

Psicología clínica

Pedro Sánchez Escobedo



Manual Moderno[®]

Psicología clínica



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/15
Bogotá, D.C.



Psicología clínica

Dr. Pedro Antonio Sánchez Escobedo

Profesor Investigador Titular "C"
de tiempo completo
de la Universidad Autónoma de Yucatán

Editor responsable:
Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de productos
- Novedades
- Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Psicología clínica

D.R. © 2008 por

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-970-729-347-2 **VERSIÓN IMPRESA**

978-607-448-128-0 **VERSIÓN ELECTRÓNICA**

Miembro de la Cámara Nacional

de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Sánchez Escobedo, Pedro A.

Psicología clínica / Pedro Antonio Sánchez Escobedo. --

México : Editorial El Manual Moderno, 2008.

xviii, 454 p.: il. ; 23 cm.

Incluye índice

ISBN 978-970-729-347-2

1. Psicología clínica. I. t.

616.89 SANC.p.

Biblioteca Nacional de México

Director Editorial:
Dr. Marco A. Tovar Sosa

Editora asociada:
Lic. Tania Uriza Gómez

Coordinador de diseño:
Ramiro Alvarado Esquivel

Diseño de portada:
Sr. Sergio Alejandro Pérez Colín

Agradecimientos

A Aida Alcocer Perera por sus aportaciones a la clínica infantil, el trabajo multidisciplinario y la interpretación y administración de pruebas psicológicas.

A Adriana Mendoza Pedraza por sus aportaciones al capítulo de medición, psicometría y pruebas psicológicas. Agradezco el aprendizaje y colaboración en los procesos de estandarización de la escala de Weschler en México.

A Santiago Viveros Fuentes por el apoyo en el diseño, ilustración, organización y modificación de este texto.

A mis incansable, y dedicadas asistentes: Sandra Martín Tún, María Fernanda Cáceres Alcocer, Paulina Carrillo Espadas y a Rubí Medrano Chan por su esfuerzo, tiempo y organización, encomiables.

Contenido

Acerca del autor	XIII
Introducción	XV
CAPÍTULO 1. La psicología clínica como campo profesional .	1
Historia	3
La psicología en México	7
Campo profesional	8
El trabajo multidisciplinario	10
Ética profesional	11
CAPÍTULO 2. Salud mental y enfermedad	17
Salud mental y física	18
Problemática de salud mental en México	21
Otras visiones de la salud mental	23
Dimensiones de la anormalidad psicológica	26
Pobreza y salud mental	30
CAPÍTULO 3. Bases biológicas de la psicopatología	33
Importancia de las neurociencias	34
Genética	36

Anatomía	39
Histología	43
Neurofisiología	48
Técnicas neurobiológicas de exploración en psicología clínica	52
CAPÍTULO 4. Una visión evolutiva	59
Psicopatología del desarrollo	60
Continuidad <i>versus</i> discontinuidad	63
Crecimiento, desarrollo y enfermedad	64
CAPÍTULO 5. Bases teóricas y técnicas de la psicometría	71
Fundamentos	72
Limitaciones de las pruebas psicológicas	73
El examinador	74
Consideraciones para el uso de pruebas psicológicas	75
Calificación de una prueba	81
Normas y estandarización de pruebas	82
Confiabilidad	85
CAPÍTULO 6. Psicometría en la clínica	91
Pruebas de aptitud para niños	91
Pruebas visomotoras	104
Pruebas proyectivas	108
Pruebas de personalidad	112
Pruebas para problemas específicos	116
Pruebas neuropsicológicas	127
CAPÍTULO 7. Arte y ciencia de la clínica	133
Anamnesis	133
Aproximación al paciente	134
Examen físico	135
Examen mental	136
Historia clínica	141
Semiología y diagnóstico psicológico	148
Expediente clínico	150

Práctica clínica basada en la evidencia (PBE)	152
CAPÍTULO 8. Entrevista clínica	155
Entrevista como herramienta	156
Transferencia y contratransferencia	158
Sobre el entrevistador	159
Sobre el entrevistado	160
Tipos de entrevistas	161
Habilidades para la entrevista	163
CAPÍTULO 9. Sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales	177
Introducción	177
Clasificación Internacional de Enfermedades (versión 10, CIE-10)	179
DSM-IV-TR	187
DSM-V	195
CAPÍTULO 10. Trastornos de la infancia	197
Apego y trastornos de ansiedad	199
Trastornos de aprendizaje	200
Trastornos del lenguaje	201
Discapacidad intelectual	207
Depresión en la niñez	209
Agresividad y trastornos de conducta	209
Trastornos extendidos del desarrollo	213
Otros trastornos de consideración	215
Estudio de caso	217
Resultados	220
CAPÍTULO 11. Trastornos del adolescente	227
Adolescente en riesgo	227
Fracaso escolar	228
Trastornos de la alimentación	230
Embarazo	232
Adicciones y abuso de sustancias	234

Conducta antisocial y delincuencia	237
Esquizofrenia	240
Estudio de caso	250
CAPÍTULO 12. Trastornos del adulto	255
Trastornos de ansiedad	255
Trastornos del afecto	261
Tipos de trastornos de ánimo	261
Alcoholismo	272
Estudio de caso	277
CAPÍTULO 13. Trastornos en la edad proveya	283
Demencia	287
Depresión	290
Estudio de caso	291
Valoración clínica	292
CAPÍTULO 14. Modelos de psicoterapia	297
Psicoanálisis	300
Conductismo	302
Humanismo	305
Terapia cognitivo conductual	306
Terapia breve	308
Terapia emotiva racional	309
Hipnosis	310
Postmodernismo	311
Resumen	313
CAPÍTULO 15. Intervención psicológica	319
Fases del proceso terapéutico	320
CAPÍTULO 16. Bases de la psicofarmacología	329
Historia	329
Sedantes y ansiolíticos	331
Antipsicóticos	335
Antidepresivos	339

CAPÍTULO 17. La ciencia y la psicología clínica	347
Características de una práctica clínica basada en la ciencia	348
El psicólogo clínico como científico-práctico	349
Pericia clínica	351
La crítica de la psicología	354
El psicólogo como investigador	355
Efectos asociados con el tratamiento	356
Estudios doble ciego	359
Iatrogenia	361
 CAPÍTULO 18. Trastornos psicomáticos	 367
El modelo psicosomático	368
Estrés y enfermedad	370
Trastornos gastrointestinales	372
Infarto al miocardio	374
Migraña	377
Asma bronquial	379
 CAPÍTULO 19. Reto del caso frontera	 385
Trastorno frontera de la personalidad	386
¿Cómo abordarlo?	389
¿Qué implican los casos frontera?	390
 CAPÍTULO 20. Perspectiva para el futuro	 393
Delimitar la profesión	393
Estándares profesionales	395
Reto de la prevención	396
La profesión desde la perspectiva del desarrollo	398
Perspectivas para el diagnóstico	400
Conclusión	402
 Referencias	 405
 Siglas y acrónimos	 419

Glosario	423
Índice	429

Acerca del autor

El Dr. Pedro Sánchez Escobedo es Profesor, Investigador Titular “C”, de tiempo completo, de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Es médico cirujano y especialista en docencia por la Universidad Autónoma de Yucatán, es maestro en psicología educativa y del desarrollo por la Universidad de Bristol en Inglaterra y Doctor en psicología y psiquiatría por la Universidad de Iowa en los Estados Unidos.

El Dr. Sánchez pertenece desde 1996 al Sistema Nacional de Investigadores de México, ha sido responsable de diversos proyectos de investigación, por los que ha recibido apoyo estatal, federal e internacional. Es miembro del Consejo Mexicano de Investigación Educativa.

A la fecha ha publicado 4 libros, más de 70 artículos originales de investigación y ha sido invitado como profesor en las Universidades de Iowa, Pacífica Luterana, Ohio, Chicago State, la UNAM y la Anáhuac entre muchas otras.

Las áreas específicas de investigación son educación especial, orientación y educación superior. Ha ejercido la práctica clínica de manera multidisciplinaria, continua y paralela a la academia.

Introducción

En la presente obra, se analizan las competencias profesionales del psicólogo en los diversos ámbitos clínicos, identificando las habilidades necesarias para una práctica eficaz. Pretendemos abordar, de manera simple y didáctica, los principales retos que afronta el psicólogo clínico en la actualidad.

Además, en esta obra se compilan algunos de los principales trastornos psicológicos que se observan a lo largo del desarrollo humano, desde una visión clínica y evolutiva. Se examinan desde una perspectiva de atención integral, multidisciplinaria y holística: de ahí el nombre de esta obra, que subraya la importancia de identificar la psicopatología en el ejercicio de la clínica.

La obra está organizada para que el estudiante de psicopatología clínica se capacite para abordar los principales problemas observados en la práctica clínica, de una manera objetiva, sistemática y eficiente.

Este libro se basa en el pensamiento clínico, metódico y fundamentado en la evidencia empírica; ofrece al profesional una visión metódica y secuencial que le permita intervenir en los problemas sufridos por quienes buscan ayuda con un psicólogo. En particular, se pretende entrenar el pensamiento científico con la finalidad de establecer pronósticos y necesidades, calcular costos y

probabilidades de mejoría en las diversas intervenciones, así como otorgar lineamientos para conducirse de manera profesional, ética y humanista.

Se pretende, también, capacitar al clínico para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes condiciones observadas, facilitar la resolución de problemas de vida cotidiana, así como los procesos de ajuste, pérdida y adaptación. De igual forma, se hace hincapié en trabajar con diversos profesionales de la salud mental en equipo, de manera cooperativa y multidisciplinaria.

Esta obra inicia desde la convicción de que los problemas de salud mental, son importantes barreras para el desarrollo personal, para la felicidad plena y el desarrollo total de los potenciales humanos y representan un importante costo, en términos de salud pública; además de ser una barrera para el desarrollo del país.

La historia de la psicología nos ha mostrado las múltiples debilidades de tener enfoques únicos basados en corrientes de pensamiento absolutas, *a priori* y excluyentes; en los riesgos y daños que representa visualizar la patología psicológica desde una perspectiva filosófica particular, sin bases científicas adecuadas ni fundamentos empíricos que permitan evaluar la efectividad de las diferentes aproximaciones terapéuticas. Por lo anterior, esta obra es ecléctica ante las aproximaciones de los problemas clínicos y combina múltiples enfoques de intervención. Sin embargo, hay cierto énfasis en las bases biológicas y en la intervención medicopsicológica de muchos de los trastornos, por ello se aduce con frecuencia a la clasificación psiquiátrica de las enfermedades mentales (DSM-IV-TR) y en consecuencia se otorgan bases para la farmacoterapia.

La visión evolutiva en esta obra implica la visión integrada y total del ser humano como una persona que nace, crece y se desarrolla. Es decir, se explican los diferentes trastornos que ocurren con más frecuencia en diferentes etapas del desarrollo, pero al mismo tiempo, se trata de dar una visión de cómo los diferentes trastornos evolucionan, se complican, sanan, persisten o se transforman a lo largo de la vida del individuo.

El énfasis pragmático en la práctica clínica, deriva de la experiencia tanto en el ámbito académico como en la práctica clínica diaria del autor. Como profesor de muchos años, el autor está consciente de las limitaciones de quienes son puramente teóricos y por tanto, no poseen los “trucos” cotidianos para la práctica clínica diaria y los artificios necesarios para el manejo de un paciente; así como de las limitaciones de quienes, esencialmente prácticos, carecen de bases teóricas, con fundamentos empíricos robustos, que les permitan tener una autorregulación de su práctica.

Se otorga especial atención a la identificación de factores protectores y de riesgo para diferentes patologías. Al final del texto se incluye un glosario de términos con la finalidad de buscar un lenguaje claro y unívoco, fácil de entender, así como una lista de siglas y acrónimos utilizados.

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

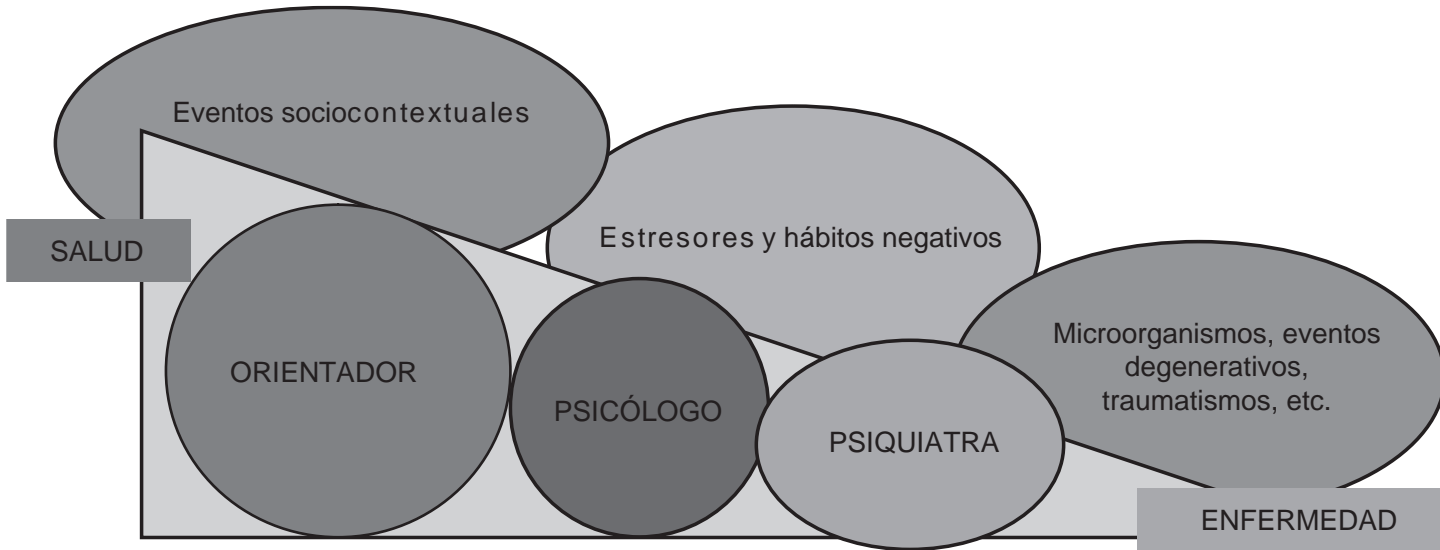


Figura 1-1. Profesiones de ayuda.

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.

El psicólogo clínico, al igual que otros profesionales de las ciencias de ayuda y de la salud, debe regirse por los principios básicos de: a) respeto por los derechos y la dignidad de las personas; b) cuidado responsable para desempeñar su profesión; c) integridad en las relaciones que el psicólogo establece con los demás para evitar conflictos de interés, y; d) responsabilidad hacia la sociedad.

Entre los problemas y dilemas éticos más frecuentes se encuentran los relacionados, en primer lugar, con problemas de competencia profesional, por ejemplo, cuando se hacen valoraciones psicológicas por personas no preparadas o interpretaciones erróneas de la aplicación de pruebas o el uso inadecuado de éstas. Esto está relacionado con acreditación, licencias profesionales y calidad de la formación profesional, aspectos de gran variabilidad en las escuelas mexicanas.

En segundo lugar, los problemas concernientes con las relaciones duales con pacientes; cuando éstos son familiares y pacientes o bien son estudiantes y pacientes; ambos casos, por lo general están contraindicados en la práctica clínica. En este tenor, y con menor frecuencia, los casos de relaciones amorosas o sexuales con los pacientes.

Un tercer aspecto para reflexionar son las quejas, cada vez más frecuentes, de cobros excesivos por los servicios psicológicos, ofrecimientos de curas milagrosas o la administración de terapias psicológicas para casos que no lo ameritan, por su grado o naturaleza. Todos estos problemas pueden agruparse dentro del rubro: práctica profesional fraudulenta.

Finalmente, otra área de conflicto ético es la del mantenimiento de la confidencialidad inherente a la atención psicológica y el discernir cuando y qué se debe develar durante un juicio legal o al informar sobre el estado de salud del paciente a los familiares de éste, al momento en que así lo soliciten. En este aspecto, cabe resaltar la obligación del psicólogo clínico de romper el acuerdo de confidencialidad cuando el paciente o alguna otra persona están en riesgo de daño para él o para otros, y en este caso debe capacitarse al profesional para proceder de las

mejores formas posibles; para dar aviso a los familiares y las autoridades correspondientes en caso necesario y para actuar como prueba de cargo o como perito en procesos judiciales en los que existe daño como consecuencia de una enfermedad mental.

Código ético

El propósito principal del código ético es garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos y ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como para educar a terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.

García (2004) analiza y discute los principios y valores éticos que deben regir la conducta profesional del psicólogo, en seguida se revisan algunos de los más relevantes.

Principios

Los principios se derivan del sentido común y de los principios básicos de convivencia social y son guías que norman la solución de problemas que se presentan en las relaciones del psicólogo con sus pacientes, con otros psicólogos y con el público en general. La siguiente lista no es exhaustiva, sin embargo incluye algunos de los más relevantes principios éticos universales que se deben considerar en la práctica clínica, ordenados con una intención de prioridad.

1. Acatar las normas morales y legales. Por ejemplo, obtener el consentimiento informado del paciente y explicar los principios de confidencialidad y las limitaciones del tratamiento.
2. Respetar los derechos humanos, ser tolerantes con la diversidad cultural, las preferencias sexuales, las diferentes posiciones políticas o ideológicas.
3. Determinar la finalización de una intervención dada la posibilidad de iatrogenia, porque ya no es útil para el paciente o porque se ha convertido en una relación dual o peligrosa para el bienestar del paciente.

4. Evitar el abuso en los cobros, bajo la premisa de que el daño patrimonial hacia el paciente es por sí mismo una acción negativa y poco ética.
5. Acreditar las técnicas de evaluación psicológica utilizadas en la práctica y explicar al paciente los procedimientos, así como las exigencias, riesgos y demandas físicas e intelectuales de las mismas.
6. Cuidar la seriedad de las declaraciones públicas en medios escritos y electrónicos, protegiendo primariamente la confidencialidad del paciente y tener cuidado de no dañar la imagen de la profesión.
7. Cuidar el uso de animales de laboratorio en los procesos de experimentación, procurando no causar daño o sufrimiento innecesario.

Los valores éticos

El valor se refiere a las creencias personales que nos impulsan a la acción, a cierto tipo de conducta con base en lo que consideramos bueno y malo. Los valores propuestos para una práctica adecuada son:

1. Actuar con la convicción de que se está haciendo lo mejor para el paciente y que se antepone su bienestar y mejoría al prestigio, logro o lucimiento profesional.
2. Cuidar la confidencialidad de la información en la práctica profesional bajo la convicción de evitar daños al paciente. En este sentido el principio hipocrático de “primero no daño” sí se debe aplicar.
3. Actuar bajo los principios de honestidad, justicia, respeto y responsabilidad; en fin, bajo la guía de los principios éticos universales.

Lozano *et al.* (2003) argumentan que la enseñanza de los valores morales se sustenta en la ausencia de modelos morales absolutos, por lo cual se precisan criterios morales propios y razonados. Por ejemplo, todos hemos tenido la experiencia de

que nuestros valores sean cuestionados y criticados por otras personas y en otros contextos distintos a los nuestros, a la vez que hemos sido críticos con otras escalas axiológicas. Esa experiencia nos ha hecho ser conscientes de que debemos cuestionar, fundamentar y defender con argumentos nuestros propios valores. Los nuevos avances en biotecnología, robótica, medicina y neurociencias, nos sitúan en situaciones nuevas a las que debemos responder con el desarrollo coherente de los valores morales que hacen la vida digna.

Por lo anterior, la educación en valores debe ser inherente a la enseñanza de los contenidos o habilidades que se pretenden desarrollar en un psicólogo clínico.

La Comisión Nacional de Ética en Psicología (CoNaEP)

En México, las acciones que violen el código ético pueden conducir a la imposición de sanciones a un psicólogo por parte de la Comisión Nacional de Ética en Psicología (CoNaEP) y de instituciones diferentes a la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP), incluyendo las autoridades judiciales correspondientes, asociaciones psicológicas estatales, comisiones de arbitraje, la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública (DGP, SEP), así como por otros organismos estatales y federales.

La CoNaEP está conformada por ocho miembros distinguidos y representantes de las diferentes áreas del gremio de la psicología: educación y desarrollo, organizacional, social, clínica, básica-experimental, investigación, docencia y ética.

De acuerdo con González-Celis (2007) la CoNaEP cumple la función de recibir y atender quejas de los usuarios de servicios psicológicos o de colegas quienes se encuentran en un dilema de naturaleza ética, o que saben de alguna persona o grupo que cometa acciones contrarias a las normas éticas.

Los casos son revisados por la CoNaEP siguiendo las normas de acuerdo con el Código Ético del Psicólogo, en el cual se señala que los psicólogos y estudiantes de psicología, miembros o no

de la Sociedad Mexicana de Psicología, asumen la responsabilidad de actuar en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todas las personas, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la psicología.

Salud mental y enfermedad

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentran, en un lugar preponderante, gozar de buena salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocupan siempre por conservar y mantener niveles óptimos saludables. Como se manifestó en la Cámara de Diputados en México “Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un Plan Nacional de Desarrollo de sus propios pobladores” (Sandoval y Richard, 2005).

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas quienes padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y personales. Aunque nos queda todavía mucho por aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) los trastornos neurológicos, psiquiátricos y del comportamiento y la discapacidad a nivel mundial llega hasta 31%.

Paradójicamente, la prevalencia de enfermedades mentales y trastornos psicológicos es mayor en los países más ricos; siendo África la región con la más baja incidencia (12%), mientras que Europa y Norteamérica con la más alta (43%).

Estos trastornos representan actualmente alrededor de 13% del total de la carga de morbilidad y discapacidad global que causan estas enfermedades, carga que para el año 2020 se estima se incrementará a 15% de la discapacidad ajustada a los años perdidos por la enfermedad.

Más sorprendente resulta saber que entre las 10 causas principales de discapacidad en el mundo están cuatro enfermedades mentales en este orden de frecuencia: la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y las demencias; más aún, se estima que la depresión llegará a ser la segunda causa de discapacidad a nivel mundial en 2020 (Murray y López, 1996).

En este capítulo, revisaremos las diversas perspectivas que permiten dilucidar si una persona se encuentra sana o enferma y analizaremos las dificultades conceptuales en la delimitación de lo que es un trastorno mental.

SALUD MENTAL Y FÍSICA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente, 130 millones de ellas sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren de esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y cerca de 15 millones intentan suicidarse.

En el transcurso de su vida, una de cada cuatro personas se verá afectada por algún trastorno mental y se calcula que una

de cada cuatro familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004).

Esto supone un costo enorme en sufrimiento humano, discapacidad y pérdidas económicas debido a padecimientos mentales y se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan 12% de la carga de morbilidad en el mundo.

Sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior a 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más de 40% de los países no disponen de una política de salud mental y en más de 30% no existe un programa dedicado a ella. Solo 10% de los países tienen una política de salud mental que incluya niños y adolescentes.

La OMS (1946) ha definido la salud en general, como un estado de completo bienestar mental, físico y social; y no meramente como la ausencia de enfermedad o dolencia; pero si definir el concepto de salud general ha sido complicado, definir el concepto de salud mental es mucho más difícil.

La literatura especializada abunda en definiciones diversas que nos dan una idea de la dificultad en el juicio de enfermedad y salud en el campo de la psicología, por ejemplo para Hadfield en el siglo XIX, la salud mental era el funcionamiento pleno y armonioso de toda la personalidad. Aún Marx opinó con respecto al tema, argumentando que la alienación o enajenación mental era la enfermedad fundamental del hombre, sólo solucionable, desde luego, con el socialismo. Pese a la diversidad de opiniones existentes, es posible consensuar tres ideas fundamentales respecto a la salud mental.

La primera es que la salud mental es una parte integral de la salud y es más que la ausencia de enfermedad. La segunda es que la salud mental está íntimamente conectada con la salud física. La tercera, tiene que ver con el sentido de felicidad, libertad, paz social y oportunidad, conceptos mucho más subjetivos, pero importantes de tener en cuenta cuando hablamos de una persona con salud mental.

Recientemente, la OMS ha redefinido el concepto de salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo está consciente de sus propias habilidades, puede afrontar el estrés normal de la vida, trabajar fructífera y productivamente y es capaz de hacer una contribución a su propia comunidad.

Las nociones de salud mental, implican además respeto por los derechos humanos, una consciencia pacífica y armónica, la capacidad de tomar decisiones individuales y la capacidad de poseer libertad, autonomía, información y otros aspectos relacionados con el logro de metas y el cumplimiento de aspiraciones.

En otras palabras, la salud mental no sólo implica la ausencia de enfermedad o de desviaciones significativas de la norma (anormalidad); sino que conlleva aspectos subjetivos de la condición individual tales como la satisfacción personal, la felicidad, la libertad y la competencia personal y la capacidad de adaptación al entorno.

Personalmente, la definición genial de Freud de salud mental "*lieben und arbeiten*" ("amar y trabajar") es casi siempre un criterio suficiente para dilucidar si un individuo esta mentalmente sano y ajustado. Es decir, una persona quien puede trabajar (estudiar, llevar un hogar, etc.) y amar (tener relaciones sociales sanas, de pareja, de convivencia comunitaria, etc.) es una persona quien quizás no requiera de servicios profesionales de salud mental. Por esto, en esta obra se hace énfasis en la relación entre la psicopatología y el desarrollo humano, ya que los factores que influyen en el desarrollo humano influyen también en la salud mental y es probable que exista una relación dinámica entre éstas.

Los trastornos mentales ocasionan costos económicos, sociales, familiares, emocionales y personales para quienes los padecen. Basten solamente dos ejemplos de índole económico: en EUA se ha reportado el costo directo de los tratamientos en 148 mil millones de dólares, esto representa 2.5% del Producto Nacional Bruto. Los costos indirectos en los países desarrollados son de 2 a 6 veces superiores en comparación con los que se registran

en los países en vías de desarrollo, donde los costos son bajos generalmente (OMS, 2005).

Otro ejemplo es Chile, con una población de 3.2 millones de habitantes, donde los costos directos del tratamiento de los trastornos mentales es aproximado a los 74 millones de dólares, lo que representa la mitad del presupuesto total de salud mental de ese país (Araya *et al.* 2001).

Los costos sociales también pueden ser significativos en términos del rechazo social, estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades de trabajo para las personas con trastornos mentales. Las familias también deben lidiar con varios aspectos como la carga emocional de cuidar al enfermo si está discapacitado y apoyarlo económicamente si no trabaja, cubrir los costos de los tratamientos como consultas, hospitalizaciones, terapias, medicamentos, transportación a los lugares de atención, etc. Asimismo debe considerarse el tiempo que algunos familiares dejan de trabajar y no percibir ingresos por tener que llevar al paciente a las consultas y tratamientos; las repercusiones en la disminución de la calidad de vida en la familia, el estrés ocasionado por la enfermedad y como consecuencia la presencia de trastornos mentales y problemas emocionales en los familiares del paciente, como la depresión y el abuso del alcohol; la discriminación ejercida por otras familias o por la comunidad sobre la familia por tener un enfermo mental en el hogar, e incluso el desgaste emocional en casos en que la discriminación intrafamiliar ocurre cuando algún integrante no acepta al enfermo, lo rechaza y lo discrimina negando así el apoyo emocional tan necesario para el paciente.

PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN MÉXICO

Antes de preocuparnos por el bienestar del individuo, su realización plena y su capacidad de autoactualización; se debe reconocer que en México existen muchos y graves problemas de salud mental que han sido pobremente atendidos. Valencia (2007) estima que alrededor de 15 millones de personas padecen algún

trastorno mental. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indican que 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) alguna vez en su vida y que solamente uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada (Medina *et al.* 2004).

Los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención, 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse, la tasa de suicidio en los últimos 20 años se ha incrementado en 125%. Según González *et al.* (2003) 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre de trastornos afectivos, principalmente depresión.

Aunque en México los problemas de salud mental en la infancia no son identificados se calcula que 7% de la población entre los 3 y 12 años de edad se encuentra afectada, por ejemplo, en las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública (SEP), se atienden anualmente aproximadamente a 140 mil niños con problemas de aprendizaje (Sánchez *et al.* 2003). Se calcula que sólo una de cada cuatro personas afectadas por trastornos mentales o psicológicos recibe atención profesional en México (Medina *et al.* 2005).

La búsqueda de atención puede tardar de 8 a 15 años y 15% de las personas con trastornos mentales prefiere automedicarse (Vitela, 2006).

Entre niños y adolescentes de 4 a 16 años de la ciudad de México, se estimó que 16% podría tener algún tipo de trastorno; la mitad de ellos presentó algún síntoma, pero la necesidad de atención se consideró únicamente para 13% (Caraveo *et al.* 2002).

No sólo la mayoría de los seguros privados excluyen las enfermedades mentales en su póliza de cobertura, también es frecuente que muchos estados no tengan la infraestructura pública suficiente para atender los trastornos mentales y del comportamiento, por lo que muchas familias en México, viven bajo el flagelo de los problemas económicos asociados al tener un familiar con algún padecimiento mental.

Al igual que en el resto del mundo, en nuestro país los trastornos mentales ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, de las 10 enfermedades más incapacitantes, 4 de ellas son trastornos mentales: la esquizofrenia, la depresión, la obsesión compulsión y el alcoholismo (Frenk *et al.* 1999).

Además, las cárceles mexicanas están llenas de enfermos mentales, muchos indigentes son enfermos mentales sin atención y en el ámbito rural se esconde y es motivo de vergüenza tener un familiar con algún trastorno mental.

De todas las personas afectadas, una gran proporción no recibe atención especializada debido a las limitaciones en la infraestructura de los servicios de salud mental; la demanda de atención es muy grande y existe un reducido número de especialistas y personal de salud mental.

González *et al.* (2003) refieren que en México, si bien se cuenta con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico, por lo tanto tienen una cobertura limitada. Se desconoce cuántos de estos trastornos se presentan en adolescentes en el nivel de secundaria.

Berezon *et al.* (2001), al analizar las creencias de la población acerca de la salud mental, reportaron que aun en situaciones en las cuales se demostró la disponibilidad de un servicio de salud mental donde era posible recibir atención, sólo 35% de personas afectadas por un trastorno mental acudió a consulta con un especialista.

En resumen, pese a los grandes avances en salud mental en el país en los últimos 25 años, las insuficiencias y deficiencias de la atención en esta área continúan siendo graves y aún hay mucho por hacer.

OTRAS VISIONES DE LA SALUD MENTAL

Más allá del aspecto médico o de atención, la salud mental también tiene connotaciones relacionadas con la filosofía y la calidad de vida. Por ejemplo, el bienestar, la adaptación y la felicidad

son conceptos implícitos en el de salud mental que por su subjetividad y dificultad como constructores científicos no han sido plenamente incorporados al concepto de salud mental.

El bienestar es uno de los conceptos claves en las diversas concepciones de salud mental y resulta también un concepto ambiguo y controversial que implica una calidad de vida y no simplemente ausencia de sufrimiento. Desde luego, lo anterior no se refiere a un estilo de vida hedonista y disipado, sino a la capacidad de gozar y el gusto por la vida. En términos filosóficos más extendidos, se relaciona con el concepto de felicidad.

Por otra parte, la adaptación puede y suele ser contemplada como función conductual general, como aspecto y atributo interno de la conducta, gracias al cual las personas tratan de sobrevivir y de vivir mejor y superarse. En este tenor, el concepto de resiliencia ha surgido últimamente con gran auge en la literatura especializada, sin encontrar definiciones heurísticas que satisfagan a todos y sin ser plenamente incorporado todavía en el concepto de salud mental.

Para el congreso mexicano (Sandoval y Richard, 2005) la salud mental está determinada por tres variables:

1. el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros
2. la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo
3. y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello

Por lo cual la salud mental implica la capacidad de procurarse vivencias satisfactorias. En otras palabras, una persona mentalmente sana es capaz de ser feliz, de procurarse una experiencia satisfactoria de la vida en lo poco o mucho que esto dependa de la persona misma. Este concepto de salud mental como la capacidad o disposición de cuidar y valerse por uno mismo en este orden para ser feliz es coherente con la evidencia empírica existente.

Además, y en atención a las múltiples guerras, genocidios y verdades en la frase de Hobbes de que “el hombre es el lobo del hombre”, la importancia de vivir en un ambiente armónico de paz y con libertades personales, no debe menospreciarse.

En años recientes, también temas emergentes como la equidad de género, la justicia ante las diferencias culturales y la necesidad de atender la decisión individual libre y personal han sido temas de interés en la discusión sobre salud mental.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en particular, ha subrayado la necesidad de atender a la mujer, en consideración de su condición de desventaja histórica, con proyectos encaminados a promover la equidad de género en las reformas del sector de la salud de la región abordando temas de salud mental como maltrato físico, abuso sexual y promoción de la salud mental. En esta perspectiva, se pretenden fomentar en hombres y mujeres las destrezas necesarias para analizar formas de relación y distribución de poder y de trabajo.

En los varones se estimula la expresión de los afectos, el respeto por la mujer y una participación más abierta en los aspectos del hogar y la educación de los hijos; mientras que en las mujeres se contribuirá a su empoderamiento, autovaloración, autoafirmación y capacidad de negociación en la toma de decisiones. En este sentido, tanto las diferencias entre los géneros en las diversas culturas como la justicia social son también elementos de un concepto más amplio de salud mental que con seguridad serán plenamente incorporados y considerados en un futuro, como parte de las políticas de promoción de la salud.

Otro enfoque notable en la promoción de la salud mental es su carácter cultural. Bajo este enfoque, la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, son características que deben ser definidas en función de los rasgos culturales de cada región, zona o grupo étnico, considerando las normas, pautas y valores sociales, culturales y religiosos que influyen y determinan los comportamientos y formas de relación.

La enfermedad mental afecta varios niveles. Por ejemplo, desde el punto de vista personal, impide el bienestar y ajuste;

desde el punto de vista laboral, la cronicidad de un problema incide de un modo negativo en su rendimiento. Desde el punto de vista familiar, la existencia de miembros con un proceso crónico constituye una carga sobre el resto de los miembros de la familia, deteriorando la convivencia o impidiendo la búsqueda de soluciones eficaces a una situación de degradación ya existente. Esta circunstancia puede afectar a estos otros integrantes del grupo familiar, facilitando la aparición de trastornos en varios niveles por lo que el carácter total y holístico de la salud mental no debe perderse de vista. En este sentido, la problemática individual debe contemplarse con una visión global que vislumbre, por ejemplo, el ejercicio de la libertad y la toma de decisiones; en muchos casos el bienestar de la persona está en función de las dediciones de vida que tome, y éstas a su vez están influenciadas por la cultura, género, nivel educativo y valores culturales circundantes. En fin, son muchas y muy diversas las avenidas de reflexión que deberán recorrerse para alcanzar un concepto de salud mental que incluya todos los aspectos relevantes de la vida del ser humano y que nos permita entender a cabalidad las formas de alcanzar una vida plena, satisfactoria y con significado positivo.

DIMENSIONES DE LA ANORMALIDAD PSICOLÓGICA

Rosenhan y Seligman (1989) describieron algunos elementos que describen la anormalidad psicológica. Por su sentido común y lo parsimonioso de su explicación, algunos de estos elementos se describen brevemente a continuación con la finalidad de hacer explícita la complejidad de los conceptos de salud y enfermedad mental. Aunque ninguno de los elementos descritos conforman un criterio suficiente para connotar a una persona como enferma mental o con un trastorno mental, estas dimensiones son útiles para juzgar la normalidad o anormalidad, la adaptación o no de los individuos en un entorno social, cultural y laboral específico.

La figura 2-2 muestra diversos eventos psicopatológicos desde una visión multidimensional.

Sufrimiento

El sufrimiento es el “dolor del alma”, la falta de confort, el malestar que es consecuente con referentes cognitivos y con activos de algún trastorno o padecimiento. En algunos casos el dolor y el sufrimiento son consecuencia de elementos biológicos, hay una causa física y una disfunción corporal. En otros, el dolor y el sufrimiento psicológicos son derivados de ideas, eventos existenciales, recuerdos y otros aspectos que no son tangibles y referidos a aspectos actuales biológicos o corporales. Por ejemplo, el sufrimiento que puede tener una madre al ver la conducta auto-destructiva de un hijo; la pena y sufrimiento que manifiesta una persona quien no ha logrado lo que se ha propuesto, la “cruda moral”, etc. En ambos casos, el psicólogo clínico tendrá un papel relevante al coadyuvar en la superación de estos estados de sufrimiento y de dolor.

Conducta maladaptativa

Mientras el sufrimiento es básicamente un aspecto afectivo y negativo que siente el individuo, la conducta maladaptativa se refiere a la parte conductual, es decir, a lo que hace. En general, la adaptación describe la capacidad del individuo de interactuar con su medio ambiente, de afrontar los problemas de manera exitosa y de ajustarse y funcionar ante el cambio dentro de las exigencias de su entorno. Los términos resiliencia y afrontamiento (*coping*) describen la capacidad de adaptación; por lo que valorar la conducta adaptativa es importante ya que éste es uno de los aspectos más relevantes para identificar la normalidad. En realidad, el estatus de enfermedad se adquiere cuando el individuo no puede funcionar adecuadamente en su entorno personal, familiar, social, escolar o laboral. Por ejemplo, la persona quien no puede tolerar cambiar de estatus en su empleo, o que no se adapta ante la separación o abandono del cónyuge, etc. Se dice, quizás con razón, que gran parte de la inteligencia y

capacidad de sobrevivencia del individuo reside en esta capacidad de adaptación, en biología el dicho “adaptarse o morir” es regla para muchas especies.

Irrracionalidad

Este aspecto no es ni afectivo ni conductual, sino cognitivo. Es decir, denota la capacidad o incapacidad del individuo para pensar racionalmente y analizar de manera inteligente su situación, conducta o sentimientos. Claramente va más allá de la dificultad para pensar, a consecuencia de una limitación biológica como en el caso de la demencia o de la discapacidad intelectual; la irracionalidad implica también que es unidimensional y que caracteriza una situación patológica. Por ejemplo, la persona quien en los aspectos laborales es muy exitosa, pero no en las relaciones interpersonales; quien fuera de la vida adaptada presenta ideas obsesivas o pensamientos irracionales respecto con una creencia o situación.

También la incapacidad para cambiar una conducta a pesar de la convicción de que ésta es negativa se puede considerar como irracional. Por ejemplo, quien tiene que verificar dos o tres veces que las puertas estén cerradas a pesar de las medidas cotidianas de seguridad.

Pérdida de control

El control, en salud mental, se refiere a la consistencia que a través del tiempo, muestra una persona con respecto a su conducta. Connota la capacidad para predecir la reacción de una persona conocida ante un evento determinado. Una persona con control de sí misma es muy predecible; pero para que exista control debe actuar de manera ponderada, racional y con propósito. La pérdida de control, caracteriza a las personas con labilidad afectiva o con carácter explosivo, como coloquialmente se les llama. Esto es un dato de patología mental, ya que en muchos casos la pérdida de control se asocia con episodios de agresión,

que conducen a la pérdida de empleo y de relaciones afectivas. Por ejemplo, cuando una persona pierde su empleo al reaccionar violenta y agresivamente ante los regaños de su jefe.

Convencionalidad

Este rasgo se refiere básicamente a la relación que hay entre la conducta o creencia particular de un individuo y la generalidad de las creencias o conductas de la comunidad o cultura específica a la cual pertenece. Es decir, connota la aceptación, la visualización, estima y connotación social de determinadas conductas o pensamientos. Por ejemplo, quien camina en traje de baño por la acera de una ciudad, será convencional si lo hace en una ciudad en la playa como Río de Janeiro; pero no sería igualmente convencional si hiciera esto mismo en una ciudad de clima templado, en la montaña, por ejemplo en Lucerna en el mes de febrero. Asimismo, la propiedad o forma convencional de que una mujer camine por las calles con el pelo suelto y pintado de rojo será, por ejemplo, muy diferente en Nueva York que en Trípoli.

Incomodidad de terceros

Esta categoría, un tanto subjetiva, es también un criterio importante de considerar para juzgar la salud mental o la capacidad de convivencia social y laboral de una persona. Es importante considerar la necesidad del individuo de adaptarse a un contexto social y de funcionar en un entorno comunitario, ya sea laboral, escolar o familiar, de forma armónica, con aceptación y capacidad de cooperación de grupo.

Muchos individuos, sin embargo, no son capaces de adaptarse al sentimiento mayoritario de comunidad y al sentimiento de interdependencia de un grupo y causan, por lo general, sufrimiento e incomodidad en otros: son hostiles, intrigantes o muestran actitudes de evasión o de boicoteo. Cuando estas conductas son más o menos persistentes, estos individuos tienden a provocar

rechazo o arruinar el ambiente. En el idioma español existe la expresión “tienen mala vibra”. Por esto, es importante evaluar si el individuo es capaz de aceptar convencionalismos sociales y si su intención y su sentimiento general es positivo o negativo. Por ejemplo, piense en un conocido quien lleva el estigma, entre compañeros, de ser la manzana de la discordia, de ser problemático y de causar malestar en el resto del grupo.

POBREZA Y SALUD MENTAL

En México, ningún libro de texto sobre psicopatología puede obviar la discusión de la relación entre la pobreza y la enfermedad mental.

La propia OMS señala que en ausencia de inversiones bien dirigidas para preservar la salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo. Por lo anterior, es importante que el lector revise con atención la figura 2.1, extraída del informe de la salud mental en México y preparada especialmente para la Comisión de salud de la LIX legislatura.

El lector podrá observar en esta figura que cuando la pobreza, la enfermedad mental y la enfermedad física se combinan, constituyen círculos viciosos casi imposibles de superar, considerando los efectos añadidos cuando éstos se presentan de manera concomitante en la vida de un ciudadano.

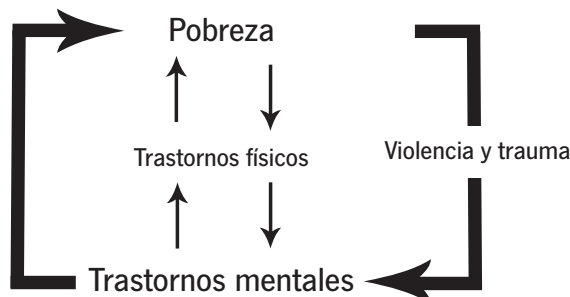


Figura 2-1. Círculo vicioso entre pobreza y enfermedad mental.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

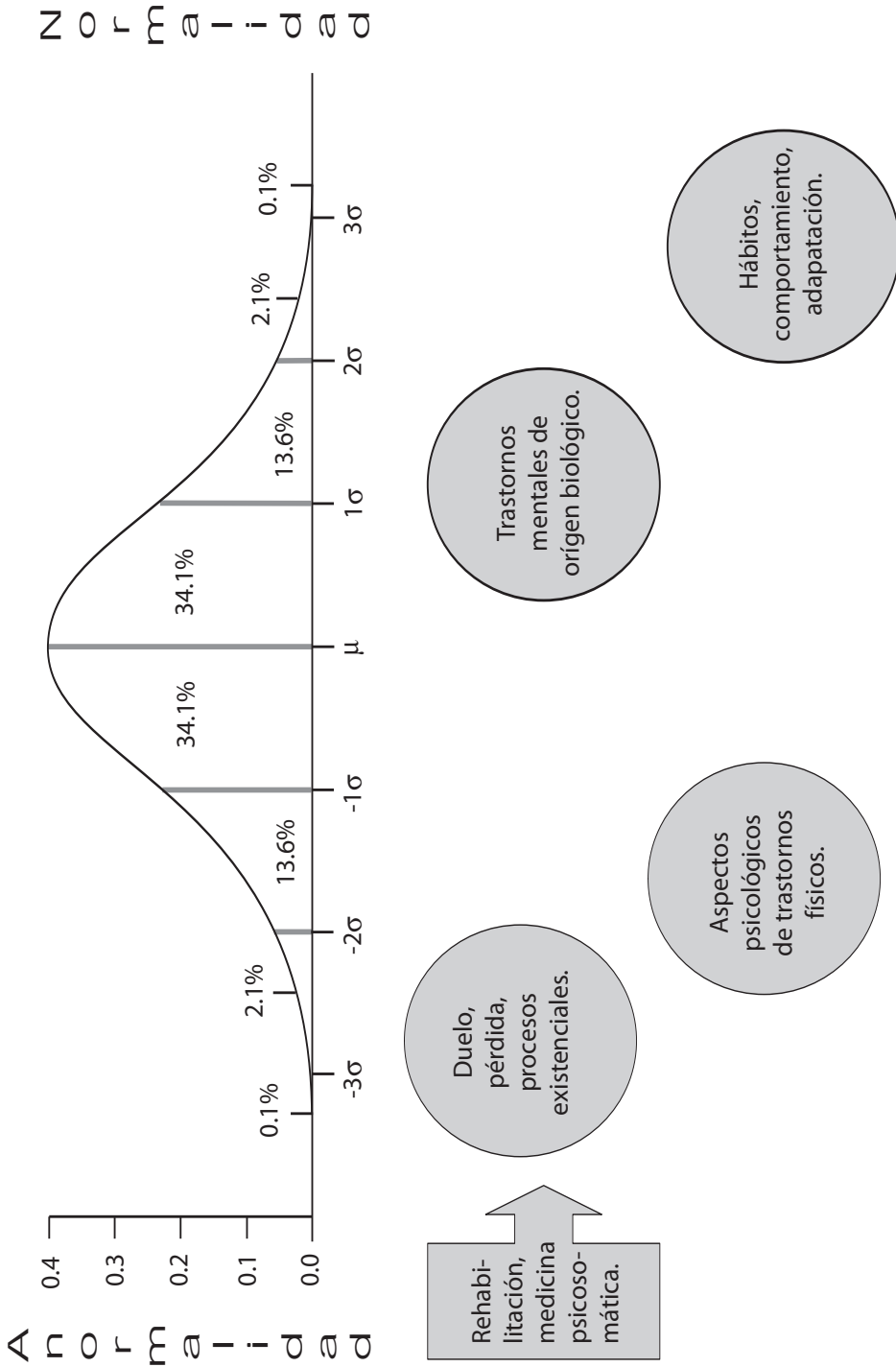


Figura 2-2. Figura que ilustra los diferentes procesos psicológicos dentro de una visión nomotética de la salud y la enfermedad.

La combinación de estas tres dimensiones también se asocia a males sociales comunes como son la drogadicción, el alcoholismo, la delincuencia y el suicidio.

Es por lo anterior entonces que también el concepto de calidad de vida se ha asociado a la buena salud mental y es un concepto consensuado por muchos especialistas que las personas que tienen niveles de vida dentro de límites de confort tienden a tener mejores niveles de salud mental.

El estudio de la calidad de vida constituye un área de interés que atañe a múltiples profesiones. El término calidad de vida apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la sociología y la Psicología (Moreno y Ximénez, 1996).

El concepto de calidad de vida es difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar. Además, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, el momento histórico y la sociedad. La calidad de vida, implica una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo, como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos. En resumen, implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo.

La calidad de vida incluye también la satisfacción personal en distintos ámbitos, que oscilan entre los aspectos materiales, financieros y hasta los políticos, referidos al bienestar psicológico, social y emocional. La calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona.

El estudio de la calidad de vida se centra en las enfermedades crónicas y terminales y se relaciona al concepto de calidez en la atención, preocupación importante de los prestadores de servicios de salud.

CAPÍTULO 3

Bases biológicas de la psicopatología

Es indudable la tendencia actual de incorporar gradualmente a la práctica clínica, teorías que explican muchos de los procesos psicológicos a funciones biológicas y por ende, que sustentan las nuevas explicaciones neurofisiológicas de la conducta, el afecto y el pensamiento.

Por la naturaleza misma del trabajo en problemas de salud y adicciones, por mencionar sólo dos de los muchos campos específicos del psicólogo clínico, esta tendencia irreversible del siglo XXI, influye mucho más en el currículo de la psicología clínica que en otros campos psicológicos.

Para el clínico, resulta fundamental entender, aunque de forma sucinta cómo se influyen mutuamente las funciones mentales y las orgánicas.

Los textos especializados, en general, señalan dos vertientes de entendimiento de la psicopatología. La primera es la idea general de que muchos signos y síntomas psicológicos tienen su explicación en eventos de tipo neuroendocrino e inmunitario. La segunda sustenta que algunas creencias, situaciones afectivas y conductas se asocian con hábitos maladaptativos con respecto a la salud; las siguientes son conductas que se asocian con el intento

para evitar enfermedades y mantener la salud: comer sensatamente, hacer ejercicio con regularidad, dormir lo suficiente, no fumar, mantener relaciones sexuales seguras, utilizar el cinturón de seguridad en los vehículos y cumplir los tratamientos médicos. Para ambas perspectivas es necesario tener bases primordiales de anatomía y fisiología del cerebro y del sistema nervioso en general.

Cabe señalar, que la vía fisiológica es distinta de la conductual; pero no son independientes, ya que el comportamiento puede afectar la fisiología y viceversa. Por ejemplo, es consenso incontestable que el consumo de tabaco, el estrés y la vida sedentaria reducen la actividad del sistema inmunitario. Bajo esta lógica de pensamiento, en sentido inverso, se postula que las funciones fisiológicas pueden influir en el comportamiento; por ejemplo, el cansancio conduce a la violencia e intolerancia familiar.

Ideas de siglos atrás, las cuales separaban la mente del cuerpo, el espíritu de lo orgánico, ahora convergen indefectiblemente en una visión unitaria y holística del individuo. En palabras de De la Fuente y Álvarez (1998) “Estamos viviendo una revolución científica inédita en el conocimiento del funcionamiento de la mente. Ahora estamos en condiciones de ofrecer explicaciones científicas de los mecanismos neurales responsables de llevar a cabo procesos mentales como la memoria, la tensión, el aprendizaje, las emociones, el lenguaje, la cognición y aún la consciencia” (p. 43).

IMPORTANCIA DE LAS NEUROCIENCIAS

Las neurociencias son ramas de la ciencia que estudian la anatomía, la fisiología, la bioquímica y la biología molecular del sistema nervioso, especialmente en lo relativo al comportamiento y el aprendizaje. En los últimos 30 años, las investigaciones sobre la función del cerebro y la fisiología cerebral han arrojado grandes descubrimientos, baste revisar el otorgamiento de los premios Nobel. En 1981, se le dio a Sperry por sus investigaciones sobre

la especialización funcional de los hemisferios cerebrales; en 1991 a Neher y Sakmann por la explicación de los canales de calcio en la sinapsis; en 1997 a Prusiner por el descubrimiento de los priones en las enfermedades neurodegenerativas, y en el año 2000 a Carlson, Greengard y Kandel por la transducción de las señales del sistema nervioso.

Todos ellos hicieron aportaciones esenciales para la comprensión del funcionamiento neural normal y de la génesis de muchos trastornos y por lo tanto de su cura o tratamiento.

Las neurociencias son el objeto de estudio interdisciplinario y multidisciplinario de biofísicos, bioquímicos, biólogos moleculares, fisiólogos y un sinnúmero de especialistas quienes revelan, todos los días, espectaculares avances que están aportando una visión más completa de las unidades estructurales de las células nerviosas y su funcionamiento.

Los avances en las neurociencias seguirán proporcionando información esencial para el análisis genético, histológico, funcional y filogenético de las enfermedades humanas y ayudarán al desarrollo de nuevas estrategias para el descubrimiento de tratamientos para las enfermedades mentales y las adicciones.

Las neurociencias integran los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas para comprender la salud y la enfermedad. A lo largo de los últimos 20 años, en la medicina conductual se ha hecho acopio de datos que demuestran la íntima conexión existente entre la salud mental y física. En las investigaciones se ha demostrado, por ejemplo, que las mujeres con cáncer de mama avanzado y 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 un menor tiempo de supervivencia entre los afectados por el VIH/SIDA, incluso después de ajustar los datos en función de otros posibles factores predictivos de la mortalidad (Reed et al., 1994).

Existen muchos textos especializados en las diversas ramas de las neurociencias y es muy basta la literatura actual acerca de las diversas aportaciones de la biología para el entendimiento de la mente.

En esta obra, sólo señalaremos algunos de los aspectos más importantes, revisando algunos principios básicos que son indispensables y que se deben tener en consideración en el ejercicio de la clínica.

GENÉTICA

En la práctica clínica, es indispensable tener algunas bases de los principios de genética, los cuales explican la aparición y curso de diversas patologías mentales. Más aún, es todavía incipiente nuestro entendimiento acerca de cómo los genes influyen en la determinación de la conducta humana. Por ejemplo, faltan explicaciones más convincentes y consensuadas acerca de la influencia genética en la aparición de los rasgos del carácter, del temperamento y acerca de los modos de reaccionar y adaptarse ante diversas circunstancias. En fin, continúa el debate de siglos sobre que ciertas conductas son primariamente aprendidas o heredadas.

El riesgo de una enfermedad mental es mayor en quienes tienen familiares con alguna patología psiquiátrica. Por lo general, los trastornos mentales no son determinados por una mutación única, ni un gen específico; sino que la herencia es poligénica y multifactorial. Varios genes asociados con los trastornos mentales corresponden a receptores cerebrales de neurotransmisores o enzimas que intervienen en el metabolismo de éstos.

El entendimiento de la estructura genética, de la transmisión genética y los avances en la identificación de muchas patologías con ciertos genotipos continúa asombrándonos. Aunque en muchas de las condiciones observadas en la clínica no es posible entablar juicios inequívocos, como en el caso de la Trisomía 21, en la cual la patología de la discapacidad intelectual es atribuida en su totalidad a un gen accesorio en el par 21; muchas

condiciones son ahora objeto de identificación y mapeo genético. Por ejemplo, hay atribuciones sobre el origen de ciertos tipos de autismo y del trastorno de atención con hiperactividad en el gen 18, otros problemas conductuales en el gen 16 y en fin se aspira que para finales del siglo XXI muchas de las enfermedades mentales tengan un locus genético bien identificado. La detección del gen 22q se asocia con el déficit de atención, hiperactividad, autismo, depresión, ansiedad y esquizofrenia. De acuerdo con Nicolini (1998) “las principales aportaciones para el entendimiento de la conducta humana probablemente surgirán de la identificación de los genes que provocan conductas patológicas donde, por lo menos, existe un consenso en la clasificación y definición de las mismas”.

Sin embargo, no somos simplemente esclavos de la genética, en palabras de Andreasen (2004) “Los genes no son sólo autócratas rígidos que dictan nuestro destino. Son, en cambio, un grupo de legisladores que deben escuchar los mensajes biológicos y responder. Ellos deciden ponerse en marcha y activarse o permanecer sin clientes, dependiendo de las circunstancias que enfrentan. Los biólogos denominan este proceso: expresión genética”.

Según Quiroga (2001) el “Proyecto Genoma Humano” está identificando genes relacionados con las enfermedades mentales, el cual revolucionará la terapéutica con la aparición de medicamentos “a la medida” de cada individuo, dirigidos a neutralizar el efecto bioquímico de la mutación y que tendrán una función preventiva más que curativa. Una de las aplicaciones importantes de la información geonómica, será la de proporcionar nuevos fundamentos para el desarrollo de tratamientos eficaces frente a los trastornos mentales y del comportamiento.

En esta vertiente de conocimiento, resultará todavía más retador discernir cómo las influencias genéticas interactúan y son moldeadas por las influencias medioambientales, el reto de entender el crecimiento y desarrollo, la aparición de patrones de conductas saludables y patológicas dependerá de la comprensión profunda de la compleja interacción entre los genes, el medio

ambiente y la persona. El debate “nature” *versus* “nurture” aún continuará candente y apasionado en los próximos años.

Los avances en las neurociencias, también nos están permitiendo entender los cambios evolutivos y dinámicos que muestran las personas durante su desarrollo. Durante el desarrollo los genes dirigen la formación del cerebro y ahora sabemos, por ejemplo, que mientras más tempranas sean las intervenciones psicológicas y físicas en los individuos afectados por padecimientos mentales, éstos responden de manera más expedita y positiva, lo anterior se le conoce como plasticidad cerebral y se le relaciona con los procesos moleculares que remodelen las conexiones sinápticas (Hyman, 2000).

La plasticidad sináptica modifica la estructura física del cerebro. Puede darse la creación de sinapsis nuevas, la eliminación de sinapsis antiguas y el fortalecimiento o el debilitamiento de las existentes. El resultado es que la información que se procesa en el circuito cambiará para incorporar la nueva experiencia.

Tanto en el periodo prenatal como durante la infancia y la edad adulta, los genes y el entorno participan en una serie de interacciones inextricables. Cada acto de aprendizaje, modifica la estructura y función del cerebro. No hay que olvidar que el éxito evolutivo del cerebro humano reside en que, dentro de ciertos límites, conserva su plasticidad sináptica durante toda la vida; este reciente descubrimiento se aparta de anteriores teorías según las cuales la estructura del cerebro adulto es estática.

En cuanto a la investigación en genética, cabe resaltar los estudios analógicos, es decir, los experimentos con otras especies como los ratones y conejos, animales con los cuales muchos laboratorios en el mundo, trabajan hoy en día introduciendo o suprimiendo sistemáticamente genes identificados; mientras otros han emprendido proyectos de generación de mutaciones aleatorias en el genoma de varios animales. Estas estrategias ayudarán a comprender la relación de los genes con sus acciones en las células, en los órganos y, en conjunto, del organismo.

En este sentido, en psicología clínica se continuarán los estudios familiares para determinar la morbilidad de ciertos padecimientos

en familias; particularmente se continuarán los estudios en gemelos idénticos, cuyo andamiaje genético es bastante parecido.

Por lo anterior, en la capacitación del psicólogo clínico, será indispensable contar con fuertes bases de genética. Desde el punto de vista de la estructura y función genética, hasta el conocimiento de los métodos de estudio e investigación de los materiales genéticos.

ANATOMÍA

El cerebro es el órgano central de las funciones cognitivas superiores, asiento de las ideas más completas, los pensamientos, las fantasías y memorias, la capacidad de percepción del mundo que nos rodea y el órgano conductor de la conducta intencionada e inconsciente. El cerebro humano permite procesar miles de millones de bytes de información. Es un órgano compacto y poderoso que pesa alrededor de 900 g y es además responsable de combinar la información genética, molecular y bioquímica con la información procedente del mundo exterior.

Andreas (2004) afirma: “El cerebro es la esencia de lo que nos define como seres humanos. Entender su estructura y su funcionamiento significa entendernos a nosotros mismos. El cerebro normal y sano es un órgano complejo, milagroso e ingeniosamente creado”.

El cerebro es el sitio donde llegan las señales procedentes de los órganos de los sentidos, de las terminaciones nerviosas nociceptivas y propioceptivas; procesa toda la información procedente del exterior y del interior del cuerpo para almacenarla como recuerdos (ver figura 3-1).

Aunque el cerebro sólo equivale a 2% del peso del cuerpo, la actividad metabólica de éste es tan elevada que consume 20% del oxígeno. Se divide en dos hemisferios cerebrales, separados por una profunda cisura; pero unidos por su parte inferior por un haz de fibras nerviosas de unos 10 cm, llamado cuerpo calloso, el cual permite la comunicación entre ambos. Los hemisferios conforman cerca de 85% del peso cerebral y su gran superficie y

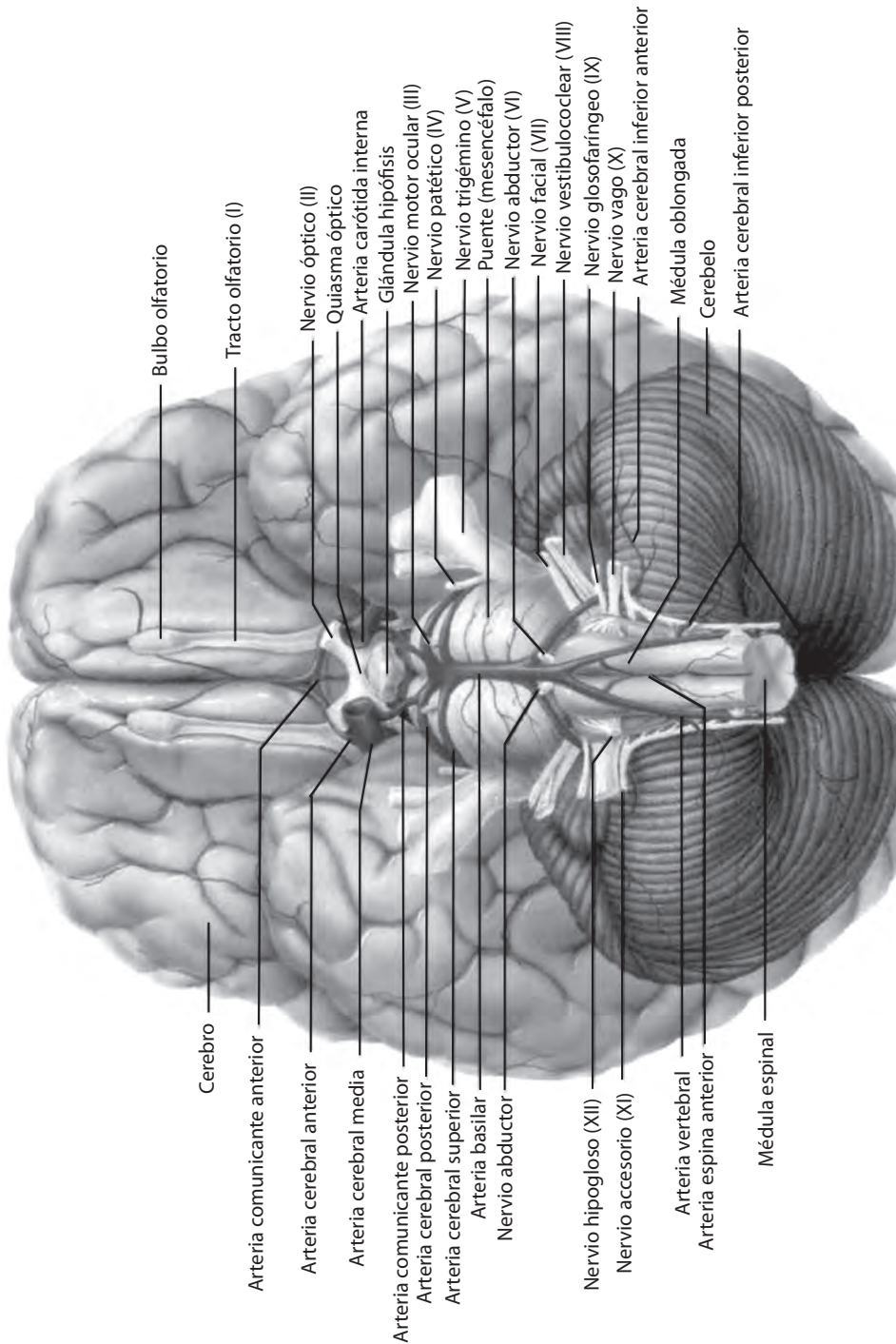


Figura 3-1. Anatomía del cerebro, corte transversal.

complejo desarrollo justifican el nivel superior de inteligencia del hombre, si se compara con el de otros animales.

Existen muchos textos especializados en las bases anatómicas funcionales del sistema nervioso, sin embargo, en este texto revisamos algunos principios generales y fundamentales, que permitan al psicólogo incorporar conocimientos especializados de anatomía y fisiología neuronal en su práctica clínica.

Anatómicamente el sistema nervioso se divide en sistema nervioso central y sistema nervioso periférico; de acuerdo con sus funciones se divide en sistema nervioso somático y sistema nervioso autónomo.

La porción central del sistema nervioso está formada por el encéfalo y su prolongación que es la médula espinal; la parte más anterior del sistema nervioso está más avanzada desde el punto de vista genético, la más caudal.

En cada hemisferio se distinguen, la corteza cerebral o sustancia gris, de alrededor de 2 o 3 mm de espesor, formada por capas de células amielínicas (sin vaina de mielina que las recubre). Debido a los numerosos pliegues que presenta, la superficie cerebral es quizá 30 veces mayor que la superficie del cráneo. Estos pliegues, cuya función es extender y multiplicar la superficie funcional de la corteza, forman las circunvoluciones cerebrales, surcos y cisuras y delimitan áreas con funciones determinadas, divididas en cinco lóbulos. Cuatro de los lóbulos se denominan: frontal, parietal, temporal y occipital. El quinto lóbulo, la ínsula, no es visible desde fuera del cerebro y está localizado en el fondo de la cisura de Silvio. Los lóbulos frontal y parietal están situados delante y detrás, respectivamente, de la cisura de Rolando. La cisura parietooccipital separa el lóbulo parietal del occipital y el lóbulo temporal se encuentra por debajo de la cisura de Silvio. Hoy en día, es bastante fácil identificar funciones específicas en diversos lóbulos, por ejemplo la personalidad en el lóbulo prefrontal, el lenguaje en la comisura frontotemporal, las funciones conductuales y la agresividad en el lóbulo temporal y los movimientos finos y las habilidades visomotoras en el lóbulo occipital.

Las vías o conexiones entre grupos de neuronas del sistema nervioso central se encuentran en forma de haces de fibras o tractos, también llamados fascículos, los cuales se ubican en columnas que descienden de las partes superiores del cerebro hacia las partes más distales que van a conectar.

La sustancia blanca, más interna, constituida sobre todo por fibras nerviosas amielínicas que llegan hasta la corteza. Desde el cuerpo calloso, miles de fibras se ramifican por dentro de la sustancia blanca. Si se interrumpen los hemisferios se vuelven funcionalmente independientes.

Otro principio importante de la organización cerebral es la representación cruzada, que explica porque muchos de los eventos corporales son controlados y percibidos en la región contraria del cerebro, así el lado izquierdo del cerebro, en general, controla las funciones derechas del organismo y viceversa.

En cada lado de los hemisferios se encuentra el diencefalo, conformado de dos masas esféricas de tejido gris: el tálamo y el hipotálamo, situados dentro de la zona media del cerebro, entre los dos hemisferios cerebrales. El tálamo es un centro de integración de gran importancia que recibe las señales sensoriales y donde las señales motoras de salida pasan hacia y desde la corteza cerebral. Todas las entradas sensoriales al cerebro, excepto las olfativas, se asocian con núcleos individuales del tálamo.

El hipotálamo está situado debajo del tálamo, en la línea media en la base del cerebro y está conformado por distintas regiones encargadas de la regulación de los impulsos fundamentales y de las condiciones del estado interno de organismo (homeostasis) como el nivel de nutrientes, la temperatura, etc. El hipotálamo también está implicado en la elaboración de las emociones y en las sensaciones de dolor y placer. En la mujer, controla el ciclo menstrual.

El hipotálamo actúa también como enlace entre el sistema nervioso central y el sistema endocrino. En efecto, tanto el núcleo supraóptico como el núcleo paraventricular y la eminencia mediana están constituidos por células neurosecretoras productoras de hormonas que son transportadas hasta la neurohipófisi-

sis a lo largo de los axones del tracto hipotálamo-hipofisiario. Allí se acumulan para ser excretadas en la sangre o para estimular células endocrinas de la hipófisis. Este sistema, explica el control general que tiene el cerebro sobre todas las funciones corporales, tanto a través de estímulos eléctricos como por la regulación de la liberación de diferentes hormonas. Por lo anterior, se le atribuye al sistema neuroendocrino la regulación de las funciones vegetativas.

El principio de telencefalización nos ayuda a entender muchos fenómenos mentales, éste consiste en organizar las funciones del cerebro desde una perspectiva evolutiva y genealógica; es claro y sucinto las funciones primordiales y vitales, e inconscientes se encuentran en las partes más bajas y antiguas del cerebro. Es decir, las funciones básicas como la respiración, el apetito, la agresión y el funcionamiento neurovegetativo se sitúan en partes asociadas con el hipotálamo y el eje hipotálamo-hipofisiario. Siguiendo esta lógica, las funciones más complejas y sofisticadas y menos vitales se encuentran en las partes más nuevas del cerebro, filogenéticamente hablando, es decir, en la corteza cerebral y en las zonas frontales y prefrontales. Así, es fácil inferir que una lesión en las partes bajas del cerebro producirá mayor riesgo de muerte al incapacitar centros de funcionamiento primario, y las lesiones en las regiones más altas, un menor riesgo mortal; pero con riesgo de más daño en las funciones superiores.

Todo psicólogo clínico debe poseer fuertes bases de neuroanatomía para entender las funciones de la mente.

HISTOLOGÍA

El tejido nervioso consiste básicamente de dos tipos de células, las neuronas y la neuroglía. Las neuronas son responsables de la emisión y la recepción de impulsos nerviosos o señales. La neuroglía aporta a las neuronas nutrientes, protección y soporte estructural. En conjunto, el cerebro contiene más de cien mil millones de neuronas, pertenecientes a miles de tipos diferen-

tes. De acuerdo con Waxman (2003) la complejidad de las acciones del sistema nervioso se refleja en una estructura rica y compleja. Es decir, el sistema nervioso puede verse como una compleja y dinámica red de computadoras interconectadas.

Neurona es el nombre asignado a la célula nerviosa y todas sus prolongaciones. Son células excitables especializadas para la recepción de estímulos y la conducción del impulso nervioso. Su tamaño y forma varía considerablemente. Cada una posee un cuerpo celular desde cuya superficie se proyectan una o más prolongaciones denominadas neuritas. Las neuritas son responsables de recibir información y conducirla hacia el cuerpo celular denominado dendritas. La única neurita larga que conduce impulsos desde el cuerpo celular se denomina axón. Las dendritas y los axones a menudo se denominan fibras nerviosas. Las neuronas se ubican en el encéfalo, médula espinal y ganglios. Al contrario de las otras células del organismo, las neuronas normales en el individuo maduro no se dividen ni reproducen. En el cuadro 3-1 se muestra la clasificación de las neuronas: por su modo de ramificación y por su tamaño.

Las neuronas del sistema nervioso central están sostenidas por algunas variedades de células no excitables que en conjunto se denominan neuroglia. Estas células, en general, son más pequeñas que las neuronas y las superan de 5 a 10 veces en número (50% del volumen del encéfalo y la médula espinal). Hay cuatro tipos principales de células neurogliales: los astrocitos, los oligodendrocitos, la microglia y el epéndimo. En el cuadro 3-2 mostramos las características de cada una de las células que componen la neuroglia.

Cabe mencionar brevemente en este apartado los tejidos cerebrales del líquido cefalorraquídeo (LCR), el cual baña el cerebro por dentro y por fuera y que contienen nutrientes y productos de la actividad cerebral. Las zonas del cerebro que contienen y producen el LCR se denominan ventrículos y el monitoreo del LCR ha sido una práctica clínica común para investigar lesiones cerebrales, infecciones del sistema nervioso central (SNC) y degeneración cerebral.

Cuadro 3-1. Clasificación de las neuronas

<i>Por el modo de ramificación</i>	<i>Disposiciones de las neuritas</i>	<i>Localización</i>
Unipolar	La neurita única se divide a corta distancia del cuerpo celular	Ganglio de la raíz posterior
Bipolar	La neurita única nace de cualquiera de los extremos del cuerpo celular	Retina, cóclea sensitiva y ganglios vestibulares
Multipolar	Muchas dendritas y un axón largo	Tractos de fibras del encéfalo y la médula espinal, nervios periféricos y células motoras de la médula espinal
<i>Por el tamaño</i>		
De Golgi tipo I	Axón largo único	Tractos de fibras del encéfalo y la médula espinal, nervios periféricos y células motoras de la médula espinal
De Golgi tipo II	Axón corto que con las dendritas se asemeja a una estrella	Corteza cerebral y cerebelosa

También, un concepto general en la histología neuronal es el carácter de la irreversibilidad, el cual hoy por hoy se sostiene, de la estructura y función neuronal. Hasta ahora, existe el consenso de que cada neurona muerta es una neurona irremplazable. El tejido nervioso, debido a su enorme sofisticación filogenética

Cuadro 3-2. Características de la neurología

<i>Estructura</i>	<i>Descripción</i>	<i>Localización</i>	<i>Función</i>
Astrocitos	Cuerpos celulares pequeños, prolongaciones largas y delgadas, filamentos citoplasmáticos, pies perivasculares	Sustancia blanca	Sostén y defensa
Protoplasmáticos	Cuerpos celulares pequeños, prolongaciones gruesas y cortas, muchas ramas, pies perivasculares	Sustancia gris	Soporte
Oligodendrocitos	Cuerpos celulares pequeños, pocas prolongaciones delicadas, sin filamentos citoplasmáticos	En hileras a lo largo de los nervios mielínicos, rodeando los cuerpos de las células nerviosas	Forman la mielina en el SNC, influyen en la bioquímica de las neuronas
Microglia	Célula neuroglial más pequeña, ramas onduladas con espinas	Dispersas por el SNC	Son inactivos en el SNC normal, proliferan en la enfermedad y la fagocitosis, acompañados por monocitos sanguíneos

Epéndima	De forma cuboidea o cilíndrica con cilios y microvelosidades, uniones en hemididura	Revisten ventrículos, conducto central	Circulan el LCR, absorben el LCR
Tanicitos	Prolongaciones basales largas con pies terminales sobre capilares	Revisten el piso del tercer ventrículo	Transporte de sustancias desde el LCR hasta el sistema hipofisario portal
Células coroideas	Lados y bases que forman pliegues, uniones estrechas	Cubren las superficies de los plexos coroideos	Producen y secretan LCR

y especificidad, ha perdido la capacidad más primitiva y vital: la de reproducirse. Si bien es cierto que muchos procesos de cura vislumbran y aspiran a cierta regeneración de los axones o la compensación de la función mediante el desarrollo de redes laterales por las neuronas remanentes que muestran crecimiento y adaptación compensatoria, el principio de daño cerebral irreversible permanece vigente.

NEUROFISIOLOGÍA

En seguida, revisaremos de forma somera algunos de los principios básicos de la fisiología neuronal. Repasaremos los conceptos de sinapsis y explicaremos de manera simple la forma como los neurotransmisores y los medicamentos farmacológicos funcionan en la hendidura sináptica. Se espera que el psicólogo clínico, consulte textos más especializados y extensos en este tópico, por lo cual sólo revisaremos elementos claves para el entendimiento de ciertos eventos clínicos.

Sinapsis

La sinapsis es la unidad funcional básica del funcionamiento cerebral, ya que en ella se conjuntan eventos eléctricos, endocrinos y celulares que explican las bases de la farmacología y la génesis de muchas enfermedades. La sinapsis encierra el enigma de muchos de los padecimientos hasta hoy desconocidos, como la discapacidad intelectual y el autismo, entre otros.

En conjunto, el cerebro probablemente aloja más de 100 mil millones de sinapsis. Los circuitos, constituidos por cientos o miles de neuronas, originan procesos mentales y conductuales complejos. Conducen el impulso nervioso sólo en una dirección, desde la terminal presináptica se envían señales que deben ser captadas por la terminal postsináptica.

Existen dos tipos de sinapsis: eléctricas y químicas, las cuales difieren en su estructura y en la forma en cómo transmiten el impulso nervioso.

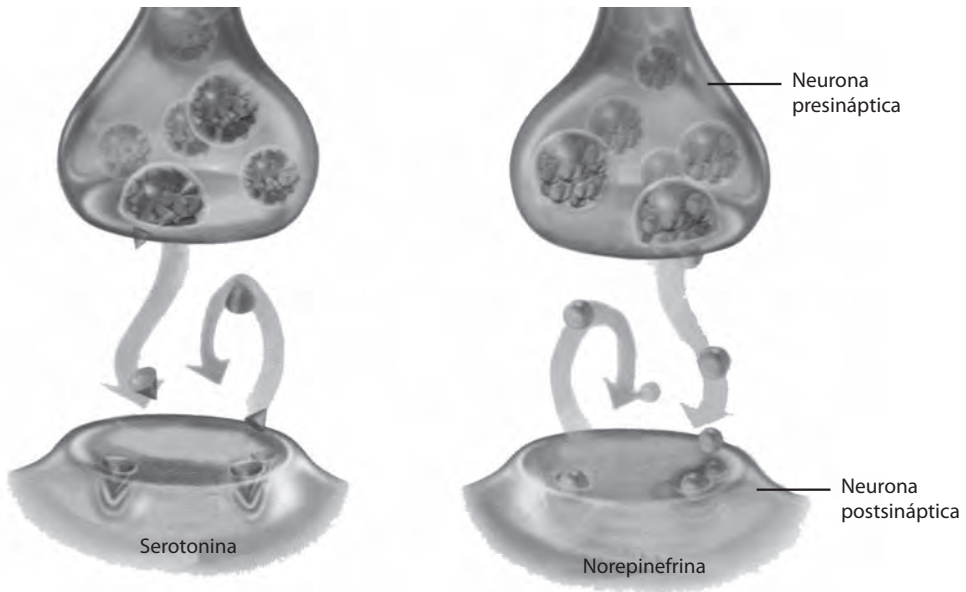


Figura 3-2. Depresión sináptica, liberación y recaptura de neurotransmisores.

Las sinapsis eléctricas se realizan a través de uniones de comunicación entre membranas plasmáticas que permiten el libre flujo de iones desde el citoplasma de la neurona presináptica hacia el citoplasma de la neurona postsináptica.

La sinapsis química se caracteriza por una hendidura sináptica, espacio intercelular de 20 a 30 nm de ancho, en donde suceden eventos de tipo endocrino a través de la liberación, recaptación y destrucción de neurotransmisores.

Al llegar el impulso nervioso a la terminal presináptica se induce la apertura de los canales para calcio sensibles a voltaje, al subir el calcio intracelular se activa la exocitosis de las vesículas sinápticas, las cuales liberan el neurotransmisor hacia la hendidura sináptica; al unir el neurotransmisor con su receptor se induce en la membrana postsináptica la apertura de los canales para cationes, produciendo la despolarización de la membrana postsináptica.

La suma de los impulsos excitadores e inhibidores, que llegan por todas las sinapsis, los cuales se relacionan con cada neurona

determina si se produce o no la descarga del potencial de acción por el axón de esa neurona.

Neurotransmisores

Los neurotransmisores son las sustancias químicas encargadas de la transmisión de las señales desde una neurona hasta la siguiente a través de la sinapsis. También se encuentran en los axones de las neuronas motoras, donde estimulan las fibras musculares para contraerlas. En este capítulo, revisaremos algunos de los neurotransmisores más significativos. En general los neurotransmisores son excitadores que tienden a despolarizar la célula postsináptica, o inhibidores que hacen lo contrario. La investigación actual, acerca de los neurotransmisores y sus sitios de acción, es muy intensa en la industria farmacéutica. Sin embargo, son muchísimos más los sitios de acción que los neurotransmisores descubiertos; y muchos fármacos aducen sus desventajas y virtudes en función de los sitios receptores diferenciales donde actúan, más que en el mimetismo con neurotransmisores producidos por el SNC.

La estructura bioquímica de los diferentes receptores y los múltiples efectos secundarios asociados con el uso de fármacos son objeto minucioso de estudio de la psicofarmacología. En seguida, mencionamos sólo algunos de los neurotransmisores clásicos, refiriendo efectos muy generales. Se invita al lector profundice sobre estos tópicos en textos especializados.

Neurotransmisores excitadores

La acetilcolina fue el primer neurotransmisor descubierto. Fue aislado en 1921 por Loewi, quien ganó el premio Nobel. La acetilcolina tiene muchas funciones: es la responsable en gran medida de la estimulación de los músculos. También se encuentra en neuronas sensoriales y en el sistema nervioso autónomo, y participa en la programación del sueño REM. Pese a ser uno de los más conocidos y estudiados, aún hoy en día se descubren nuevas funciones de esta sustancia, por ejemplo existe un vínculo entre

la acetilcolina y la enfermedad de Alzheimer, ya que hay una pérdida de casi 90% de la acetilcolina en los cerebros de quienes sufren de esta enfermedad. La famosa toxina botulina funciona bloqueando la acetilcolina, causando parálisis; el botox un derivado de esta toxina se usa para eliminar temporalmente las arrugas.

En 1946, Von Euler descubrió la norepinefrina, fuertemente asociada con la puesta en “alerta máxima” de nuestro sistema nervioso y la formación de memorias. Las anfetaminas funcionan causando la liberación de norepinefrina y esta sustancia, como fármaco, tiene innumerables indicaciones en la medicina crítica.

El glutamato es el neurotransmisor más común en el sistema nervioso central, y es importante en relación con la memoria. Curiosamente el glutamato es tóxico para las neuronas, un exceso las mataría. Algunas veces el daño cerebral o un golpe pueden producir un exceso de éste y terminar así con muchas más células cerebrales que el propio trauma.

La serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) es una sustancia sintetizada en las neuronas serotoninérgicas del sistema nervioso central y en las células enterocromafín (células de Kulchitsky) en el tracto gastroinpruebainal, el cual se genera a partir del triptófano, un amino ácido esencial aportado mediante la dieta, ya que no lo fabrica el cuerpo por sí solo. Una vez producida la serotonina tiene un importante desempeño en varios campos, por ejemplo, la regulación del deseo sexual y del apetito, el mantenimiento de la vigilia, la modulación de la ansiedad y la agresividad, también es esencial para la producción de hormonas como la melatonina.

La serotonina es un neurotransmisor íntimamente relacionado con la emoción y el estado de ánimo. Se ha mostrado que demasiada serotonina ocasiona la pérdida del control, la ira, el trastorno obsesivo compulsivo y el suicidio. Insuficiente serotonina produce el incremento del apetito por los carbohidratos y problemas con el sueño, lo cual también está asociado con la depresión y otros problemas emocionales. También juega un papel importante en la percepción. Los alucinógenos como el

LSD funcionan adhiriéndose a los receptores de serotonina en las vías perceptivas. Es también el neurotransmisor que induce la hibernación en los osos y otros animales (Boeree, 2007).

En 1973, Solomon Snyder y Candace Pert del John's Hopkins descubrieron la endorfina, nombre corto de "morfina endógena" por ser estructuralmente muy similar a los opioides (opio, morfina, heroína, etc.); la endorfina se secreta de manera natural y fisiológica en el cerebro y está implicada en la reducción del dolor y en la génesis del placer; las drogas opiáceas funcionan adhiriéndose a los receptores de endorfinas.

Neurotransmisores inhibidores

Entre los neurotransmisores inhibidores están la dopamina y el ácido gama amino butírico (GABA).

La dopamina bloquea la tendencia de esa neurona a disparar. La dopamina está asociada con los mecanismos de recompensa en el cerebro. Las drogas como la cocaína, la nicotina, el opio, la heroína y el alcohol promueven la liberación de dopamina.

En la esquizofrenia, se ha demostrado, hay grandes cantidades de dopamina en los lóbulos frontales; y las drogas que bloquean la dopamina son usadas para ayudar a los esquizofrénicos. Por otro lado, poca dopamina en las áreas motoras del cerebro ocasiona la enfermedad de Parkinson, la cual implica temblores corporales incontrolables.

En 1950, Roberts y Awapara descubrieron que el GABA funciona como un freno de los neurotransmisores excitadores que causan la ansiedad. Si el GABA está ausente en algunas partes del cerebro se produce la epilepsia.

TÉCNICAS NEUROBIOLÓGICAS DE EXPLORACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Los conocimientos acerca de la estructura y la función del cerebro han evolucionado a lo largo de los últimos años y nuevos instrumentos de investigación clínica ahora están disponibles para conocer el cerebro humano vivo: sintiendo y pensando. Las

neurociencias cognitivas, la psicometría y la clínica en combinación con las técnicas de indagación imagenológicas ofrecen cada vez más posibilidades de identificar las regiones específicas del cerebro que se utilizan para distintos aspectos del pensamiento y las emociones.

De similar importancia son los estudios que pretenden evaluar la capacidad del sistema nervioso para transmitir potenciales eléctricos; entre los estudios más comunes de gabinete que se efectúan en la práctica clínica se encuentran el electroencefalograma (EEG) y los potenciales evocados.

A continuación se describen algunas de las técnicas de uso más común en la clínica para complementar la indagación de la condición del paciente. Finalmente y por su empleo cotidiano en las neurociencias se comenta la técnica de punción lumbar para la evaluación del líquido cefalorraquídeo.

Tomografía axial computarizada (TAC)

La tomografía axial computarizada (TAC) es un método de diagnóstico que permite obtener imágenes del interior del cuerpo humano mediante el uso de rayos X, a manera de rebanadas milimétricas transversales, con el fin de estudiarlo en detalle desde la cabeza hasta los pies.

En un estudio convencional de rayos X el haz de radiación se emite de una manera difusa; pero en la tomografía axial computarizada el haz está dirigido y tiene un grosor determinado, el cual puede variar desde los 0.5 mm hasta 20 mm, dependiendo del tamaño de la estructura a estudiar.

Por su capacidad de resolución es más común utilizar la TAC en estudios de tórax y abdomen y para descartar la enfermedad de Alzheimer.

Gamagrafía

La medicina nuclear es un área especializada de la radiología que utiliza cantidades muy pequeñas de sustancias radioactivas, o

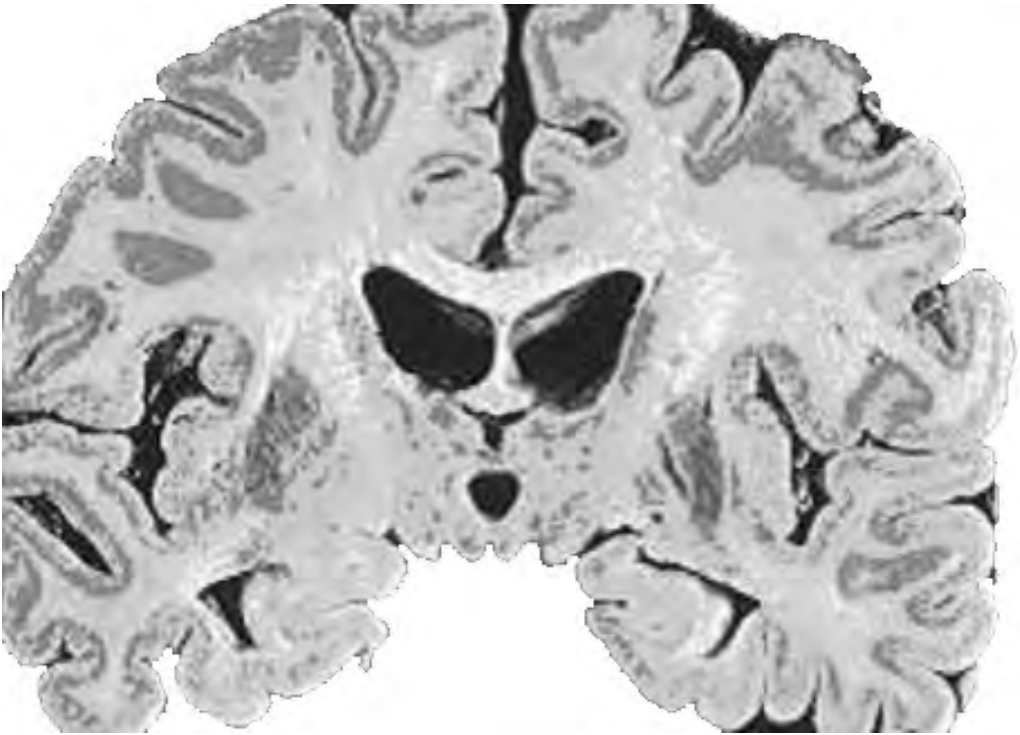


Figura 3-3. Ejemplo de corte de una tomografía del cerebro.

radiofármacos, para examinar la función y estructura de un órgano. La generación de imágenes en la medicina nuclear es una combinación de muchas disciplinas diferentes, entre ellas la química, la física, las matemáticas, la tecnología informática y la medicina. Esta rama de la radiología se utiliza a menudo para ayudar a diagnosticar y tratar anomalías muy temprano en la progresión de una enfermedad, como el cáncer de tiroides.

Como los rayos X atraviesan los tejidos blandos como piel, epidermis, grasa, músculos y vasos sanguíneos, es difícil visualizarlos con rayos X convencionales, salvo que se utilice un agente de contraste para facilitar la visualización del tejido. El método de imágenes nucleares permite la visualización de la estructura y la función de órganos y tejidos. El grado de absorción o captación del

radiofármaco por un órgano o tejido específico puede indicar el nivel de funcionalidad del órgano o tejido en estudio. Por lo tanto, los rayos X de diagnóstico se usan principalmente para estudiar la anatomía; mientras que las imágenes nucleares se utilizan para estudiar la función de órganos y tejidos.

El tipo de detector más común es la cámara gama. Cuando la cámara gama detecta la radiación, se emiten señales digitales que se almacenan en una computadora.

Las áreas en las cuales el radiofármaco se concentra en mayor cantidad se denominan “zonas calientes”, las áreas que no lo absorben y que aparecen con menor brillo en la imagen se denominan “zonas frías”.

Resonancia magnética (RMN)

La resonancia magnética (RMN) es el más reciente avance tecnológico de la medicina para el diagnóstico y utiliza ondas de radiofrecuencia dentro de un campo magnético de alto poder.

Para producir imágenes sin la intervención de radiaciones ionizantes como los rayos gama o X, la resonancia magnética se obtiene al someter al paciente a un campo electromagnético con un imán de 1.5 Tesla, equivalente a 15 mil veces el campo magnético de nuestro planeta.

Este poderoso imán atrae los protones que están contenidos en los átomos de hidrógeno que conforman los tejidos humanos, los cuales al ser estimulados por las ondas de radiofrecuencia, salen de su alineamiento normal. Cuando el estímulo se suspende, los protones regresan a su posición original, liberando energía que se transforma en señales de radio para ser captadas por una computadora, la cual las transforma en imágenes describiendo así la forma y funcionamiento de los órganos. En una pantalla aparece la imagen, la cual es fotografiada por una cámara digital, para producir placas con calidad láser, quedando listas para ser interpretadas por los médicos especialistas.

La resonancia magnética funcional (RMf) es un procedimiento relativamente nuevo para medir los pequeños y rápidos cambios

metabólicos que ocurren en una parte activa del cerebro. Las lesiones y enfermedades, como un derrame cerebral o un tumor de cerebro, pueden hacer que las funciones se desplacen a otras partes del cerebro, facilitando la aparición de alguna anomalía. Esta información puede ser crítica para planear la cirugía, la radioterapia, el tratamiento de un derrame y otras intervenciones para tratar enfermedades cerebrales.

La RMN funcional es una técnica todavía en desarrollo y mejorándose cada vez más. Si bien parece tener tanta exactitud para ubicar la actividad cerebral como cualquier otro método, hay menos experiencia con la RMf que con otras técnicas de RMN. En la mayoría de los casos el examen no es peligroso para pacientes con implantes metálicos, con algunas excepciones; por lo tanto, los pacientes deben avisarle al técnico si tienen algún implante antes del procedimiento. La RMN a menudo es más costosa que la TAC.

Electroencefalograma (EEG)

El electroencefalograma (EEG) es un procedimiento de registro de la actividad cerebral, no invasivo e indoloro utilizado para evaluar la actividad eléctrica de la corteza cerebral, especialmente útil en enfermedades como la epilepsia y síndromes de carácter orgánico cerebral. Para realizar el estudio, es necesario aplicar gel conductor, antes de colocar los electrodos, para favorecer el registro de la actividad cerebral en diversos puntos de la superficie del cráneo y de las extremidades.

Habitualmente, durante la exploración, se le pide al paciente que respire rápida y profundamente durante unos pocos minutos. También puede realizarse, en ocasiones otras maniobras, como el masaje del seno carotídeo en el cuello, compresión de globos oculares o la aplicación de estímulos de tipo luminoso intermitente. Estas maniobras se realizan para estudiar las variaciones que se producen en la actividad cerebral. Entre las ventajas de este estudio se encuentran el bajo riesgo y bajo costo; entre las limitaciones principales están en su carácter

muy genérico e inconsistente de la medición de la actividad eléctrica del cerebro.

Potenciales evocados

Es una exploración neurofisiológica que evalúa la función del sistema sensorial acústico, visual, somatosensorial y sus vías por medio de respuestas provocadas frente a un estímulo conocido y normalizado.

Cuando un tren de estímulos sensoriales de cualquier tipo llega al cerebro, provoca secuencias características de ondas en el trazado EEG, que denominamos potenciales evocados. Son diferentes para cada modalidad sensorial y su variabilidad también depende de la intensidad del estímulo. Característicamente presentan una relación estable en el tiempo respecto al estímulo.

La determinación de los potenciales evocados puede ser realizada de diversas maneras según el tipo de estímulo, por ejemplo, potenciales visuales, auditivos, somatosensoriales y motores; asimismo, se hacen potenciales evocados relacionados con eventos generalmente cognitivos.

Pese a los notables descubrimientos realizados hasta la fecha, la neurociencia se encuentra todavía en sus albores. Los futuros avances nos permitirán conocer con mayor detalle la relación entre el cerebro y las funciones mentales y conductuales complejas. Las innovaciones en imagenología cerebral, unidas con los estudios neuropsicológicos y electrofisiológicos, ofrecerán imágenes dinámicas en tiempo real del sistema nervioso en funcionamiento. La obtención de imágenes se combinará con la capacidad cada vez mayor de registrar simultáneamente la actividad de un gran número de neuronas, lo cual permitirá descifrar su lenguaje. Otros avances se basarán en los progresos de la genética. Ya está disponible de manera pública una secuencia preliminar operativa del genoma humano (Department of Energy Office of Science, 1990-2003).

Punción lumbar

A diferencia de los procedimientos descritos previamente, caracterizados por ser relativamente indoloros y no invasivos, la punción lumbar tiene por objeto obtener una muestra del líquido cefalorraquídeo (LCR) a través de la introducción de una aguja en la parte más caudal de la médula espinal.

El LCR suele ser claro y sólo contiene cantidades muy pequeñas de proteínas y azúcar (glucosa).

Durante una punción lumbar el sujeto permanecerá acostado de lado o sentado bien derecho. Le frotarán la piel de la espalda con una solución antiséptica y le inyectarán un anestésico local para insertar una aguja de pequeño calibre en la espalda a nivel de la cadera por debajo del final de la columna vertebral. Hará avanzar la aguja con cuidado hasta encontrar el LCR. Para un examen del LCR, se extrae el equivalente a 1 o 2 cucharaditas de líquido, el cual se almacena y transporta para su análisis en tubos especiales esterilizados.

En ocasiones la punción lumbar es difícil de llevar a cabo y requiere con frecuencia de varios intentos.

CAPÍTULO 4

Una visión evolutiva

La visión moderna de la psicopatología exige conocer dos factores indispensables que influyen en la conducta humana y en su juicio de valor en cuanto a su normalidad o anormalidad. La primera, es un conocimiento sobre el desarrollo humano, los diferentes estadios en los cuales el ser humano evoluciona y de las expectativas que social, cultural y físicamente se esperan de los individuos en determinados puntos dentro de un parámetro cronológico. La segunda, es la capacidad del clínico para juzgar las competencias conductuales, cognitivas y afectivas y la capacidad del individuo para adaptarse, ajustarse y responder ante las demandas del medio ambiente. En suma, existen dos criterios indispensables para juzgar la patología: el primero es el nomotético, relacionado con la norma y la comparación del individuo con otros de su misma edad, género y cultura. El segundo, es un criterio de competencia, el cual se refiere al juicio sobre si las conductas y competencias presentadas por las personas son adecuadas para responder ante las exigencias del contexto, así como a la presentación de competencias específicas ante situaciones particulares. Por lo anterior, y dada esta complejidad, resulta importante en esta obra revisar algunos conceptos elementales de la psicopatología del desarrollo. La figura 4-1 ilustra diversos estadios de desarrollo humano.

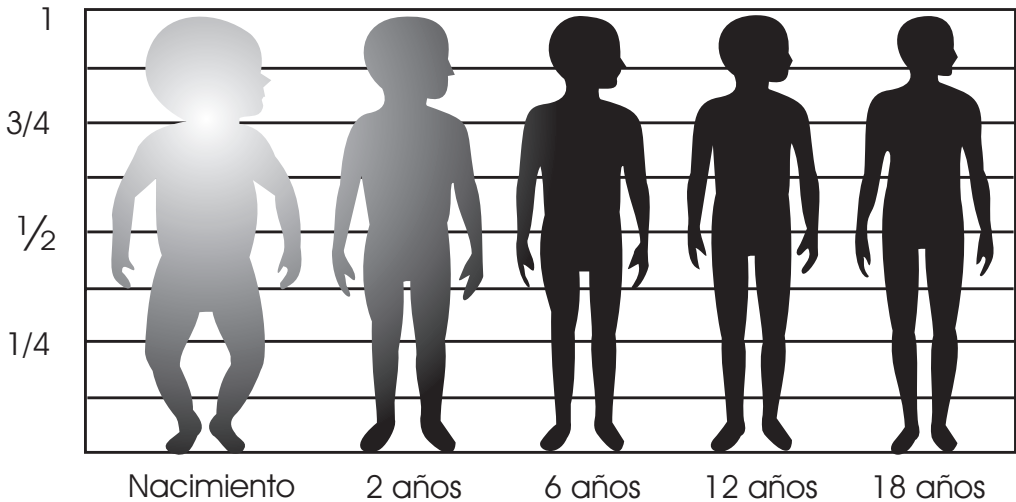


Figura 4-1. Ciclo vital.

PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

En la literatura especializada de los diversos campos de la salud mental, particularmente en psicología del desarrollo y en la psiquiatría infantil, se promueve la adopción de un marco teórico multidisciplinario en el enfoque de entidades psicopatológicas. Este esfuerzo se basa en la concepción de la conducta del estudiante desde una perspectiva que intenta integrar jerárquicamente conocimientos de las ciencias médicas y psicológicas en lo que pretende ser una visión integral y evolutiva de la salud mental (Cicchetti, 1984).

En este contexto, con el término “desarrollo” intentamos describir la evolución que la conducta humana sufre a través del crecimiento biológico y en la interacción del individuo con el medio ambiente a lo largo de la vida y pretendemos evaluar los diversos grados de desarrollo, en términos de madurez psicológica y biológica.

Tradicionalmente, las ciencias médicas y psicológicas habían adoptado diferentes marcos teóricos, a veces incompatibles o contradictorios. No resultaba extraño encontrar, ante un mismo fenó-

meno, explicaciones que no sólo eran diversas sino a veces incompatibles y que sugerían, con poca lógica, una brecha entre el aparato psicológico y la biología celular. Por ejemplo, aún es común leer en algunos textos que a medida que la persona crece su creatividad disminuye; esto es contrario a la teoría general desarrollo, pues un cerebro más sofisticado y evolucionado tendrá mayor capacidad creativa.

La psicopatología del desarrollo ha sido definida por Sroufe y Rutter (1984) como el estudio de la conducta anormal dentro del contexto de los efectos de los factores genéticos, bioquímicos, cognoscitivos, afectivos, sociales y cualquier otra influencia en el crecimiento y desarrollo.

En palabras de Sánchez (1987) la psicopatología del desarrollo se basa en el estudio del origen y curso de los patrones individuales de la adaptación conductual.

La psicopatología del desarrollo tiene un principio fundamental de trabajo, la cual le otorga una importancia sin precedente en los campos de la salud mental. Se puede aprender más acerca del funcionamiento normal del organismo mediante el estudio de su patología y más de su patología estudiando su funcionamiento normal.

El sólo hecho de manejar conjuntamente ambas condiciones distingue a la psicopatología del desarrollo de la psiquiatría tradicional y de muchas corrientes en psicología clínica, las cuales se enfocan casi sólo en eventos negativos, patológicos, deficiencias o insuficiencias.

En psicopatología del desarrollo, se conjugan adecuadamente el modelo psicológico y el médico, por esto el estudio de los niños bajo esta perspectiva exige de un reporte metódico de los rasgos normales de crecimiento y del desarrollo, además de los datos sugestivos de patología. Esta visión, permite entender al ser humano de una forma dinámica y cambiante, y concebir al paciente dentro de un contexto donde existen diversas fuerzas y como resultado de una serie de procesos orgánicos, psicológicos y ambientales.

La psicopatología del desarrollo se enfoca en la búsqueda y el entendimiento de patrones de adaptación; pero también de patrones de mala adaptación intentando establecer los eventos y factores que precipitaron la aparición de determinadas competencias conductuales y cuáles la restringen o retardan. Según Garmezy (1986), competencia e incompetencia, vulnerabilidad e invulnerabilidad son dos lados de una misma moneda.

Otro postulado importante en esta visión, establece que el funcionamiento individual es coherente a través de periodos discontinuos de crecimiento y de tiempo, a pesar de transformaciones fundamentales de la conducta manifiesta (Sroufe y Rutter, 1979). Esto tiene implicaciones prácticas para el pronóstico del curso de una condición y permite al clínico identificar vulnerabilidades y fortalezas.

De esto se deduce que una determinada forma de desajuste, estará relacionada con la historia adaptativa del individuo y consecuentemente se analiza esta conducta a lo largo de un continuo, poniendo énfasis en la trayectoria o evolución de la historia del padecimiento.

En esta perspectiva, un buen número de factores que moldean la conducta, deben ser analizados bajo una más perspectiva amplia, comparando los estados normales y anormales y los factores protectores y provocativos de la enfermedad mental; con la finalidad de sopesar las formas y los grados cómo la interacción con el medio ambiente influyen variables individuales derivadas del sustrato genético. Esta perspectiva, llamada epigénesis probabilística, nos permite explicar en términos dinámicos, por ejemplo, como se forma la autoestima en función de la autoevaluación, la interacción del crecimiento físico y el ambiente que posibilita el otorgamiento de significado al autoconcepto (Sánchez, 1987).

Desde la perspectiva del desarrollo se considera que un número importante de factores actúan simultáneamente para moldear y modificar la conducta. La magnitud, circunstancia, tiempo y ocasión, son todos factores importantes por determinar en la conducta del estudiante. Para ilustrar lo anterior, piense en el caso

de enfermedades como la esquizofrenia, cuyos intentos por prevenir la enfermedad se han efectuado sobre todo en adultos de alto riesgo, es decir, quienes tienen padres con esquizofrenia o quienes han presentado conducta antisocial, algún tipo de autismo u otro tipo de situación de estudiante en infancia, sin embargo pocos estudios establecen cuáles factores previenen la aparición de la enfermedad. Rutter (1979) reportó que de una muestra de niños con alto riesgo de padecer esquizofrenia, que estuvo bajo seguimiento, sólo 10% de éstos presentó eventualmente la enfermedad, 10 veces más que la población en general, pero mucho menos que lo esperado por el investigador.

CONTINUIDAD *VERSUS* DISCONTINUIDAD

Robbins (1976) publicó un estudio de seguimiento de 436 niños a quienes atendía en la consulta psiquiátrica y él pudo establecer que sólo los niños con problemas de conducta persistían durante la infancia y manifestarían problemas durante la adolescencia, mientras los trastornos emocionales rara vez persisten en la adolescencia. Lo anterior, ilustra la posibilidad de disminuir problemas de conducta en el adulto, si éstos se detectan, pronostican y manejan desde la etapa infantil. Cada día se otorgará más importancia a la prevención de la intervención temprana, las acciones que puedan darse en niños con conductas problemáticas o con factores de riesgo de enfermedad mental en el adulto y en las formas como debe prevenirse la aparición de trastornos del adulto o al menos disminuir las probabilidades de esto. Contrario a la opinión de mucha gente, acerca de que en su infancia y en ausencia de psicólogos, los niños crecían y se desarrollaban sin problemas, la investigación ha demostrado con amplia evidencia que muchos de los trastornos del adulto pueden prevenirse si se hace una intervención efectiva en la infancia. Por ejemplo, niños con separación de ansiedad quienes han sido tratados presentarán menor probabilidad de sufrir de agorafobia con crisis de pánico cuando sean adultos; muchos problemas de conducta adecuadamente manejados, se asociarán con

estilos más saludables de vida y problemas emocionales adecuadamente manejados promoverán relaciones de pareja más saludables y funcionales en los adultos.

La visión del individuo como un organismo que crece, se desarrolla y cambia a través del tiempo y las influencias del medio ambiente, es fundamental para una cabal comprensión tanto del individuo sano adaptado y funcional, como del individuo con desajuste y con alguna psicopatología.

CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ENFERMEDAD

En el marco de la psicopatología del desarrollo, el estudio de los niños afectados por diversos problemas conductuales y emocionales exige un reporte metódico de los rasgos normales de crecimiento y desarrollo, además de los datos sugestivos de patología.

El campo de acción de la psicopatología del desarrollo está definido y diferenciado de otras ciencias análogas como la psiquiatría y la psicología clínica por su énfasis en el enfoque en la conducta, tanto normal como anormal, describiendo los orígenes y evolución de un desorden determinado en relación con unos patrones normales de la conducta.

Esta es una visión esencialmente descriptiva, en el sentido que estudia el desarrollo del individuo utilizando la perspectiva de la psicología del desarrollo como herramienta de investigación.

Por esto, términos tales como competencia y adaptación, sustituyen la terminología del modelo médico, la cual connota implícitamente estar sano o enfermo: adaptación se refiere a la adecuación ante nuevas situaciones de la vida personal; y competencia a la aparición de determinadas capacidades del individuo, por ejemplo autocrítica a medida que el individuo madura.

Así en esta perspectiva la valoración de hechos como la separación materna, al inicio de la vida escolar, de las capacidades para establecer relaciones sociales en el contexto escolar y la adaptación ante los cambios físicos de la pubertad tienen gran importancia en la valoración y en la mimesis clínica.



Figura 4-2. Desarrollo predice la evolución de la conducta a lo largo de la vida.

Concomitante a la búsqueda del entendimiento de patrones de mala adaptación se pretende también, en la psicopatología del desarrollo, entender los aspectos evolutivos de la adaptación exitosa, se intenta establecer los eventos y factores que precipitaron la aparición de determinadas competencias y cuáles las retardan.

Los estudios longitudinales de estos niños con problemas emocionales y de conducta son capaces de despejar muchas incógnitas, las cuales pudieran ser controversiales. Por ejemplo, los cambios observados en la evolución de la psicosis maniaco depresiva, relacionados con edad y sexo, en los varones es más común en la pubertad y en las mujeres después de ésta; y otros conocimientos comunes en el ámbito clínico surgen de la observación lógica longitudinal de casos y del registro sistemático de un individuo y su enfermedad a través de su historia y de su evolución cronológica.

El reto desde la perspectiva del desarrollo, consiste en incorporar a los sistemas actuales de clasificación enfermedades mentales con cierto fluido de la progresión en el desarrollo con respecto a diversos dominios del funcionamiento humano.

Esto demanda el establecimiento de ciertos patrones indicativos del desarrollo normal, por ejemplo la talla y peso, así como de otras habilidades intelectuales propias de cada edad, competencias sociales, grados de socialización de acuerdo al contexto cultural y la edad.

La contribución de la psicopatología del desarrollo en el establecimiento de criterios de normalidad, requiere de la definición de diversas tareas durante el desarrollo de puntos de logro y eventos que los niños deben alcanzar a medida que maduran, por lo anterior resulta necesario identificar algunas conductas claves y observarlas a través del tiempo para establecer, cuando típicamente, se presentan los marcadores de cambio.

Finalmente, el marco teórico en el cual se sustenta la psicopatología del desarrollo podría ser el escenario adecuado para superar las limitaciones en el manejo de la mayoría de los casos en la salud mental y que corresponden a un sinnúmero de entidades leves, imprecisas y a veces de reactivas o transitorias, causa frecuente de consulta psiquiátrica o de asesoría psicológica.

En el lenguaje clínico, estos casos se han considerado muchas veces como casos frontera o para utilizar el término comúnmente empleado y que serán tratados a profundidad por su importancia para el clínico en el capítulo aparte en esta obra.

Aún las clasificaciones diagnósticas, como el DSM-4-TR, establecen criterios generales para una variedad de casos frontera resaltando por su importancia el de inteligencia frontera y los trastornos de la personalidad frontera de hecho, existe generalmente una enorme dificultad en el campo de la clínica para definir el umbral de un caso, en un pequeño número de pacientes que ciertamente se encuentran en la frontera de la normalidad y la anormalidad; el reto del clínico es decidir si el paciente está sano o enfermo, si el paciente está adaptado o no y sobre todo si necesita o no de intervención psicológica, psiquiátrica o de otro tipo.

En la mayoría de estos casos los síntomas son leves, inconsistentes y sobre todo poco definidos; se basan básicamente en la preocupación, malestar general y muchas veces la información del paciente carece de valor discriminatorio.

El estudio más amplio y multidimensional propuesto es la psicología del desarrollo, pues permite manejar en estos casos las limitaciones del modelo médico, bajo una perspectiva dinámica que considere el establecimiento de capacidades a través del desarrollo del individuo y de las diversas formas de adaptación ante los eventos o circunstancias durante la vida del paciente.

A través del análisis de diversos indicadores del desarrollo de la persona, cubriendo aspectos físicos, emocionales, psicosexuales y psicosociales se podrán establecer las etapas del desarrollo satisfactoriamente alcanzadas con el consiguiente establecimiento de factores protectores. Asimismo, la ubicación del problema en áreas específicas y el establecimiento de puntos concretos de inmadurez tanto biológica como psicológica permitirán una mejor evaluación de la condición de referencia, así como el establecimiento de criterios terapéuticos acordes para ser objetivamente evaluados.

Las bases teóricas que sustentan la psicopatología del desarrollo, también nos permitirán catalogar de una vez por todas las diferencias entre la conducta del estudiante y la enfermedad mental. La conducta del estudiante será definida, en términos del sexo: consistencia y circunstancia; y de esta forma determinaremos que no todas las conductas de los estudiantes confrontarán una enfermedad mental.

Lo anterior es importante ya que en la psicología, como en otros campos de la salud, es muy importante diferenciar la connotación del término problema, lo cual sugiere una condición transitoria, leve y superable; del término trastorno, el cual connota, por lo general, una condición no leve o grave e insuperable sin atención suficiente.

El concepto de enfermedad mental será definido por las características de la conducta del estudiante como extensión,

persistencia en el tiempo, grado de adaptación y la adecuación de dichas conductas ante patrones culturales y sociales. Desde este punto de vista, una conducta particular no constituye un síntoma como tal, es el significado dentro del contexto del desarrollo lo cual le otorgara valor dentro del marco de la enfermedad.

La psicopatología del desarrollo es una ciencia que apenas emerge, su valor en la unificación de las ciencias médicas y psicológicas que intervienen en el estudio de la conducta del estudiante deberá ser evaluado en función de su utilidad en la práctica clínica.

Cabe revisar la relación entre la historia y los antecedentes de la conducta y su pronóstico. El aforismo en psicología de que la conducta previa predice la conducta futura es relativamente cierto. El clínico debe de ser capaz de evaluar la evolución de una condición a través del tiempo y de identificar los patrones de conducta repetitiva que lo caracteriza.

El establecimiento del pronóstico es importante ya que tiene implicaciones de costo. En muchos casos para el paciente desde la posibilidad de mejoría y curación, y las previsiones que deberá tomar en determinadas circunstancias.

Ciertamente, muchos de los patrones repetitivos de conducta y hábitos, tanto adaptativos como maladaptativos, se generan en la infancia y sólo se modulan o mimetizan a diferentes situaciones en el transcurso de la vida. Del mismo modo en los ancianos, reaparecen conductas ya superadas como adulto, éstos regresan como hábitos conductuales indeseables.

En esta visión evolutiva de la psicopatología ya no es posible continuar con una visión unidimensional del desarrollo, la cual percibía al organismo desde una perspectiva unidireccional ascendente de lo simple a lo complejo, de lo fácil a lo difícil, de lo inmaduro a lo maduro. En esta nueva visión, el proceso de desarrollo humano debe conceptuarse en forma de campana con una trayectoria ascendente en la fase de crecimiento, con un plateau o cima variable en la vida adulta y con una fase descendente o

involutiva en la vejez, ciertamente el proceso de crecimiento implica una degeneración global de las funciones intelectuales, de todo los órganos del cuerpo humano y este descenso o involución previa a la muerte debe ser mejor entendida y conceptualizada, también como una parte normal del desarrollo humano y de nuestra transición en esta estancia finita que llamamos vida.

CAPÍTULO 5

Bases teóricas y técnicas de la psicometría

Para el psicólogo clínico, su nicho específico de poder profesional y la tarea en el campo clínico que lo distingue cualitativamente de los otros profesionales quienes laboran en el campo de la salud, es su capacidad para aplicar pruebas psicológicas, calificarlas y sobre todo, interpretarlas a la luz de las demás evidencias del proceso.

Por lo anterior, en esta obra resulta indispensable repasar las bases teóricas y técnicas de la medición en psicología y revisar, de manera somera e intencionada, algunas de las pruebas más utilizadas en la clínica.

Varios autores han defendido, con alguna razón, que el papel fundamental del psicólogo clínico y la práctica clínica, consiste en la aplicación de pruebas psicométricas para lo cual debe estar entrenado, además para la calificación e interpretación de las pruebas que aplique.

En este capítulo, se revisan de manera puntual las principales funciones profesionales del psicólogo clínico como psicómetra o examinador y las competencias profesionales necesarias para aplicar, calificar, integrar e interpretar las pruebas psicológicas utilizadas en la práctica clínica. En particular, se analiza la

forma como el profesional debe difundir, discutir y participar en el equipo multidisciplinario en la divulgación de los resultados, dándole significado para la condición del paciente (Anzola, 2005).

FUNDAMENTOS

Para que la práctica clínica tenga ciertas bases científicas, son necesarias algunas condiciones indispensables, por ejemplo, la objetividad, la independencia y sobre todo la falibilidad. Estos elementos son clave en la aplicación de pruebas psicológicas.

Las pruebas psicológicas se aplican en una amplia variedad de contextos, y esto no es la excepción para la clínica y la salud mental.

Muchas condiciones, no pueden evaluarse a cabalidad, sin el uso de pruebas psicológicas. Por ejemplo, no es posible establecer el diagnóstico de discapacidad intelectual sin la presencia de al menos dos pruebas: una de inteligencia y otra de conducta adaptativa. El juicio clínico, sobre todo en casos frontera es a todas luces insuficiente.

Esto a veces es muy difícil de entender por algunos profesionales de la salud, quienes con frecuencia se muestran dubitativos y escépticos ante la información proporcionada por las pruebas psicológicas, quizás en respuesta ante los abusos históricos de los resultados de las pruebas y los mitos en el lego respecto a los usos de las mismas.

Por lo anterior, el psicólogo clínico no sólo debe saber aplicar las pruebas, sino poder educar a los otros compañeros del equipo de salud en cuanto a la utilidad; pero sobre todo en cuanto a las limitaciones de las mismas. Ciertamente, aducir las propiedades que éstas no tienen, vislumbrar las pruebas psicológicas como panacea en la clínica o abusar de sus resultados en la interpretación han sido factores para poner en tela de juicio el papel del psicólogo en el equipo de salud. Así, en este capítulo dedicamos una sección específica para ponderar las limitaciones de las pruebas psicológicas.

LIMITACIONES DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Es importante mencionar algunas limitaciones cuando se usan pruebas psicológicas. La primera, es que ninguna prueba psicológica es elemento suficiente e indispensable para establecer un diagnóstico definitivo. Es decir, es muy arriesgado que con una sola prueba el clínico pueda emitir un diagnóstico y hacer un juicio a cabalidad sobre lo que le acontece al paciente.

Por lo general, es indispensable una batería de pruebas, la observación y la información que surge de la entrevista clínica y otros elementos provenientes de todo el proceso desde el punto de vista médico, físico, psicológico, social y contextual.

Aiken (2006) afirma que las pruebas más utilizadas por los psicólogos clínicos son, en este orden, las escalas de inteligencia de Wechsler (en todas sus versiones), el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, la prueba de Bender y las pruebas proyectivas para niños de figura humana; y para adultos, las pruebas de la percepción temática y la de manchas de tinta de Rorschach. Sin embargo, cabe resaltar que las pruebas neuropsicológicas cobran cada día más auge y son utilizadas más ampliamente en la valoración de una serie de condiciones como la demencia, los trastornos de aprendizaje, el abuso de sustancias y otras condiciones.

El segundo aspecto importante de considerar es que las pruebas necesitan de gente bien preparada, tanto para aplicarlas como para calificarlas, sobre todo para interpretarlas en donde los juicios son mucho más complejos y elaborados.

Igualmente, cabe advertir que las diversas pruebas tienen utilidades y poderes muy diferentes en la práctica clínica; por ejemplo, las pruebas de inteligencia se deben aplicar para el diagnóstico de discapacidad intelectual; mientras que para esta condición las pruebas de personalidad, de conductas delictivas antisociales, las pruebas proyectivas o de percepción temática, tendrán un valor relativamente pobre. Es decir, las pruebas psicológicas pueden jerarquizarse, ordenarse y juzgarse en función de los propósitos de la evaluación.

Lo anterior también muestra el carácter instrumental de las pruebas psicológicas, es decir, no hay pruebas buenas y malas; sino pruebas que son relevantes o no al obtener información específica de la condición del paciente.

En el ámbito clínico las pruebas sirven sobre todo para tres funciones diferentes del proceso clínico: la primera es la detección o identificación de un paciente, una persona con riesgo de una enfermedad; la segunda es proveer evidencia para el diagnóstico de la condición mórbida; y la tercera es para evaluar los progresos, si los hay, de la intervención.

EL EXAMINADOR

El psicólogo debe estar entrenado específicamente en el uso de la prueba que va a aplicar. En la práctica clínica, muchas veces he observado cómo muchos psicólogos titulados, sin experiencia específica en determinadas pruebas, aplican y califican estos instrumentos sin la menor idea de sus usos y limitaciones. El título académico de psicólogo, no es sinónimo de capacidad para aplicar todas y cada una de las diversas pruebas existentes en el mercado. Debe existir entrenamiento particular y específico en cada prueba y siempre un periodo de ensayo antes de usar una prueba de forma seria con un paciente.

De igual forma el autor apoya la idea de que otros profesionales, más allá de la psicología, como los trabajadores sociales y los licenciados en educación puedan aplicar algunas pruebas psicológicas siempre y cuando hayan sido entrenados en esta área. Principalmente, en el sistema de educación especial en donde muchos niños no son evaluados de manera adecuada por la ausencia de las pruebas psicológicas necesarias o por barreras que se imponen a muchos de los profesionales de la educación en el uso y aplicación de las mismas.

Se aconseja al psicómetra, familiarizarse con el instrumento mediante dos técnicas: estudiar con detenimiento el manual técnico que acompaña a la mayoría de las pruebas estandarizadas y

aplicarla de manera experimental o piloto antes de usarla con fines de diagnóstico.

Un examinador perito muestra cierta flexibilidad al aplicar las pruebas; la sensibilidad y la paciencia pueden dar mejores resultados, por lo cual es mejor proporcionar tiempo suficiente para que los sujetos dominen el material de la prueba, por ejemplo a través de prácticas en los reactivos de ejemplo.

Después de aplicar una prueba individual, el examinador debe recopilar y guardar en un lugar seguro todo el material. Se debe inspirar seguridad y mostrar respecto al desempeño del examinado, tal vez con un pequeño premio si se trata de un niño.

Para el empleo de los instrumentos clínicos, por lo general, es importante entrevistar al padre u otro acompañante, quizá antes y después de la prueba. Además, después de la prueba puede proporcionarse a la persona o a quien lo acompaña alguna información sobre lo que se hará con los resultados y la forma cómo van a utilizarse. El examinador debe informar sobre los resultados e interpretaciones a las personas adecuadas y las implicaciones de éste.

CONSIDERACIONES PARA EL USO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

El procedimiento que debe seguirse para aplicarse una prueba depende de la clase de instrumento, ya sea individual o grupal, de poder o por dominio evaluado. Asimismo, considerar las características del examinado, tales como edad, antecedentes culturales y educativos; condición física y mental. No importa el cuidado que se ponga al elaborar una prueba, los resultados no serán válidos a menos que se aplique y califique de manera apropiada, ya que varios factores pueden afectar el desempeño de la prueba como el grado de preparación, motivación, ansiedad, fatiga y salud del examinado; así como el grado de pericia, personalidad y comportamiento de la persona quien aplica el instrumento. También es necesario considerar las previsiones éticas y la normatividad en el uso de las pruebas psicológicas.

El lector puede revisar ampliamente los estándares para la aplicación de pruebas psicológicas, en el sitio web de la *American Psychological Association* (Asociación Americana de Psicología) (www.apa.org) de la , bajo el rubro “*Standards for Educational and Psychological Testing*”.

A continuación, se hacen algunas consideraciones respecto de algunos de los aspectos más relevantes de la aplicación de pruebas psicológicas: programación, consentimiento informado, aplicación grupal y calificación.

Programación de la prueba

Es importante planear con cuidado la aplicación de una o varias pruebas psicológicas considerando las actividades que pudieran facilitar o no el proceso. Por ejemplo, es obvio el inconveniente de someter a prueba a los niños durante la hora del almuerzo, de juego o cuando normalmente ocurren o esperan otras actividades de diversión, tampoco cuando acaban de tener lugar eventos agradables o emocionantes. Tampoco es adecuado aplicar las pruebas con las personas de edad avanzada en las horas de su siesta o inmediatamente después de las comidas.

El tiempo de la prueba rara vez debe ser mayor a una hora continua para niños o de dos horas seguidas para un adulto. Por lo menos en la experiencia propia, los niños mexicanos se fatigan fácilmente durante las pruebas después de una hora y muchos de los adultos tienden a disminuir su ejecución después de dos horas en una prueba; resulta importante programar varias sesiones cuando las pruebas son extensas y se requiere de esfuerzo y concentración por parte del examinado.

Instrucciones de la prueba

Las instrucciones informan a los sujetos sobre el propósito de las pruebas, cómo proceder para la resolución y cómo indicar sus respuestas. Las instrucciones son esenciales para el éxito del proceso de prueba. El buen examinador es capaz de dar instrucciones

claras, precisas y concisas al examinado y de garantizar que éste comprenda a cabalidad lo que se pretende hacer durante la rutina. Frecuentemente, en un inicio y cuando el examinador no está familiarizado con la prueba, éste lee las instrucciones del manual. Sin embargo, con la práctica puede explicar las instrucciones de memoria y de manera natural y es común que este procedimiento se vuelva rutinario y sistemático.

A quienes aplican todas las pruebas estandarizadas se les pide que sigan con cuidado las instrucciones para la aplicación, aún cuando una explicación posterior a los sujetos ponga en claro su tarea. Apartarse de las instrucciones estandarizadas puede dar como resultado una tarea distinta de la que los diseñadores tenían en mente. Si las instrucciones para un grupo no son idénticas para quienes se estandarizó la prueba, las calificaciones del primero no tendrán el mismo significado que las del último. El resultado sería la pérdida de un marco de referencia útil para interpretar los resultados.

Consentimiento informado

Antes de todo, es importante que el psicólogo clínico obtenga el permiso y autorización del paciente o de los padres si éste es menor de edad; o de algún pariente cercano si padece de alguna limitación de la consciencia, para aplicar las pruebas psicológicas.

Por norma ética, el paciente debe estar informado de los procedimientos a los cuales será sometido, de la utilidad y de las limitaciones de las pruebas psicológicas y deberá consentir voluntariamente para responder y participar en la evaluación.

En muchos países, por ejemplo, para aplicarle a un niño una prueba de inteligencia u otro instrumento de evaluación se requiere del consentimiento informado de uno de los padres, el tutor o alguna persona que tenga la responsabilidad legal del niño, tal procedimiento es un requisito legal. El concepto de consentimiento informado es un acuerdo que realiza un organismo o un profesional con una persona en particular o su representante legal para autorizar la aplicación de una prueba psicológica

para obtener alguna información con propósitos de evaluación o diagnóstico.

Por lo general, el requerimiento de conocimiento informado se cumple al obtener la firma de la persona quien tiene la responsabilidad legal, con base en un formato que contiene la información básica del procedimiento, el modo de aplicación, los propósitos de la prueba, el uso que se dará a los resultados, los derechos del padre o tutor y el procedimiento para obtener una copia del informe final y la interpretación de los descubrimientos.

Este es un procedimiento importante para la protección del psicólogo y evita reclamaciones innecesarias, teniendo un valor legal y profesional importante.

Desde luego, existen ciertas excepciones para la exigencia de consentimiento informado, por ejemplo en los casos de discapacidad intelectual severa, de evaluaciones judiciales efectuadas a prisioneros y por orden de un juez, de pacientes con demencia avanzada y de personas quienes han sufrido un accidente y están en un proceso de rehabilitación.

Lugar

Idealmente las pruebas deben de aplicarse en espacios cómodos, ventilados y frescos, libres de factores de distracción y con niveles de silencio adecuado para la concentración. Un letrero que diga “Pruebas en progreso, no molestar” ayuda a evitar interrupciones.

Con respecto de las pruebas en el salón de clases, se debe informar a los alumnos con anterioridad cuándo y dónde será aplicada la prueba, el contenido de ésta y qué tipo de instrumento objetivo, de ensayo u oral. Los alumnos merecen una oportunidad para prepararse intelectual, emocional y físicamente.

Rapport

Al igual que en una situación de entrevista o de terapia, en la aplicación de las pruebas psicológicas, es importante establecer

una adecuada relación de trabajo con el paciente; en muchos casos es necesario establecer rapport antes de iniciar la prueba, con la finalidad de lograr la confianza y la comodidad del respondedor.

Sin embargo, debe señalarse que el rapport no puede ser excusa para desviarse de las instrucciones y los procedimientos estándares de la aplicación de la prueba. La amabilidad y candidez del entrevistador no deben ser una invitación para vulnerar los tiempos, candados y exigencias de una prueba específica.

El comportamiento del examinador puede tener un efecto significativo en la motivación de las personas. En ocasiones, una sonrisa es suficiente para que los sujetos ansiosos o sin preparación adecuada permanezcan tranquilos, se esfuercen y tengan un mejor desempeño. Ya que el examinador tiene más oportunidades de observar a las personas en las pruebas individuales que en las de grupo, en la aplicación de una prueba individual es menos probable detectar poca motivación, distracción y estrés.

Confidencialidad de los resultados

Otra consideración que debe tenerse presente todo el tiempo respecto con las pruebas psicológicas es la confidencialidad y el uso de los resultados de las mismas. Por ejemplo, en México es práctica común que los padres o los pacientes reciban únicamente una hoja de resumen ejecutivo de los resultados de las pruebas. Esto es deseable y buena práctica, ya que en muchos casos recibir toda la prueba o el procedimiento o interpretaciones, aún en partes, puede resultar contraproducente, tanto para el bienestar del paciente como para la interpretación y significado asumidos al respecto de la condición en estudio por el paciente y como por sus familiares. Las pruebas psicológicas deben utilizarse con cautela e inteligencia y deben informarse de manera clara y precisa tanto para el paciente como para los otros profesionales del equipo de salud y de esta forma todos entiendan de manera puntual que indica la prueba de utilidad y comprender mejor la el problema de referencia.

De igual forma, el psicólogo clínico, deberá guardar la confidencialidad de los datos de las pruebas, tanto en el expediente clínico como en las sesiones clínicas de divulgación de un caso. Sólo puede divulgar esta información a terceras personas cuando el paciente ha dado por escrito su consentimiento pleno para hacer esto.

Pruebas de grupo

En México, sin embargo, es común tener que aplicar pruebas en grupo, en salones de clase en donde los pupitres se encuentran próximos; y sobre todo, cabe señalar la arraigada costumbre de copiar en las pruebas; por lo anterior, es importante tomar medidas pues en muchas ocasiones esta práctica de copiar arroja resultados falsos y hace injusta la interpretación para algunos alumnos. Entre las técnicas comunes para reducir el efecto de copia se encuentran la utilización de formas alternas de pruebas, es decir, series “A” y “B” con reactivos distintos o en orden diferente; hojas de respuesta con distinto orden; o simplemente engrapar las hojas al azar o en desorden con la finalidad de reducir las posibilidades de que dos alumnos coinciden en la misma hoja. En cualquier caso, el examinador debe estar alerta ante los engaños, así como la plática y otros ruidos innecesarios.

En una situación de prueba de grupo cuando es imposible la interacción personal con cada uno de los sujetos, el examinador tiene más limitaciones para detectar los sentimientos y el desempeño de cada persona.

Después de la aplicación de la prueba de grupo, el examinador debe recopilar los materiales empleados (manuales, hojas de respuestas, borradores, lápices, etc.). En el caso de un instrumento estandarizado, deben contarse y cotejarse los manuales de la prueba y hojas de respuestas, así como revisar los demás materiales utilizados para asegurarse de que no falte nada. Sólo hasta ese momento, las personas pueden salir o prepararse para la siguiente actividad y las hojas de respuesta pueden ordenarse para su calificación.

Casos especiales

En la aplicación de pruebas psicológicas siempre hay que estar atentos a los casos especiales. En algunas circunstancias es necesario que los examinadores sean activos y motivadores. Una situación de prueba genera ansiedad, por lo cual el examinador debe lidiar con ésta y evitar las influencias negativas de la misma. De igual modo, debe tenerse cautela al aplicar una prueba en personas muy jóvenes o ancianas, con trastornos de la percepción, retraso mental o con desventajas culturales. En ciertas situaciones, es probable que las preguntas y respuestas deban darse de forma oral, en otros idiomas o con ayuda visual adicional. La persona quien aplica la prueba no sólo debe estar familiarizada con el material, sino, además, debe estar alerta y ser flexible, cálida y objetiva. A pesar de que estas cualidades no son fáciles de enseñar, la experiencia, en varias situaciones de prueba, tiene un papel importante en la adquisición de datos. La mejor forma de aprender a aplicar pruebas psicométricas es simplemente haciéndolo con cuidado y espíritu de autocrítica.

CALIFICACIÓN DE UNA PRUEBA

Por lo general, los resultados de la calificación intentan evaluar cómo el respondedor se desempeñó junto con otros sujetos equiparables en alguna dimensión. La historia de las pruebas psicométricas muestra una tendencia por evaluar las diferencias entre los individuos respecto con las características cognoscitivas y afectivas. Mientras mejor se logre esto, el comportamiento podrá predecirse de manera más exacta a partir de las calificaciones de las pruebas. Como consecuencia, los profesionales quienes elaboran las pruebas tratan de idear reactivos que se diferencian entre los individuos en términos de lo que se mide. Al hacerlo aumenta la variedad en las calificaciones totales y determinada calificación es un indicador más preciso de la posición de un sujeto respecto del resto de la gente.

Por lo general, la calificación en una prueba psicológica o educativa estandarizada requiere de entrenamiento de los procedimientos para puntuar, sumar los puntajes y transfórmalos en puntajes estándares.

La figura 5-1 ilustra la curva base de toda intervención en las pruebas estandarizadas.

Poder calificar una prueba no implica poder interpretarla adecuadamente; pero, es casi imposible interpretar adecuadamente resultados mal calificados. Por lo anterior, el lector deberá leer las instrucciones y los manuales de procedimientos, en especial para tratar de calificar y hacer el cálculo de las sumatorias, puntajes brutos y puntuaciones individuales.

Para evaluar la utilidad de un reactivo como medida de diferencias individuales en las características de habilidad o personalidad, quienes aplican las pruebas necesitan cierta medida de criterio, para esto se pueden calcular los índices de dificultad y discriminación (Aiken, 1999).

NORMAS Y ESTANDARIZACIÓN DE PRUEBAS

Las pruebas estandarizadas son las de mayor valía en la clínica, ya que se desarrollan por expertos, de manera profesional y con fines comerciales. Todas las pruebas estandarizadas tienen rutinas preestablecidas para su aplicación y calificación, las cuales deben seguirse muy de cerca, dejando pocas oportunidades para la interpretación subjetiva y personal. Además, la estandarización de cualquier instrumento de evaluación psicológica o educativa requiere de la aplicación en una extensa muestra de individuos quienes se seleccionan como representativos de la población meta para la cual se elabora el instrumento.

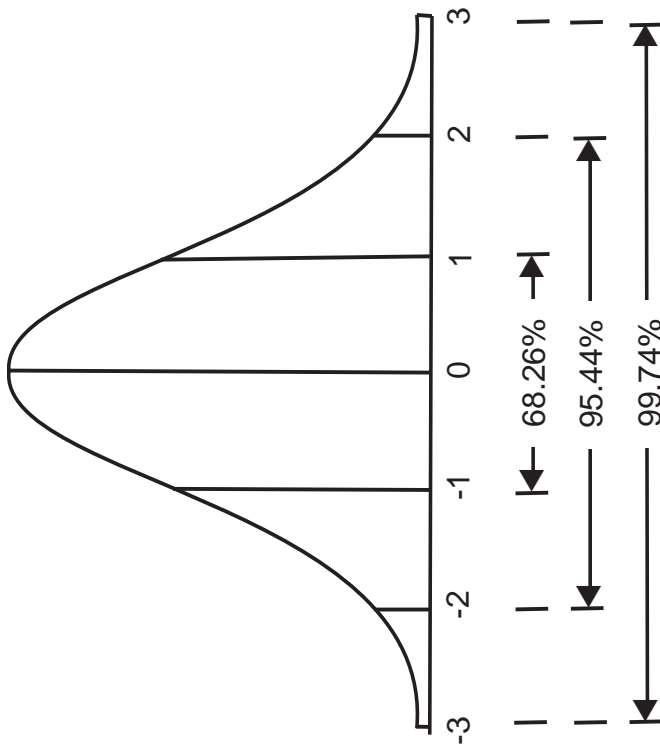
El propósito principal del proceso de estandarización es determinar la distribución de frecuencias de las calificaciones brutas para establecer los parámetros para asignar calificaciones estándares y así generar las normas. Para esto, los puntajes obtenidos por los participantes son convertidos en alguna forma de calificaciones derivadas o normalizadas.

El desempeño de una persona en una prueba se evalúa al referirse al cuadro de normas apropiado y encontrar las calificaciones convertidas equivalentes a las calificaciones brutas. La mayor parte de los manuales de las pruebas contienen cuadros de normas, los cuales enlistan las calificaciones brutas y las calificaciones convertidas correspondientes. Las tablas con las normas incluyen los equivalentes de edad, grado, rangos percentiles y calificaciones estándares. De esta manera, las normas sirven como marco de referencia para interpretar las calificaciones brutas. Las normas indican el desempeño del sujeto en la prueba respecto con la distribución de calificaciones que obtuvieron personas con la misma edad cronológica, grado, sexo u otras características demográficas y permite inferir escalas de desempeño por medio de la comparación.

Las normas publicadas en los manuales de las pruebas son útiles para comparar la calificación del sujeto con aquellas de una muestra de personas de distintas localidades, en ocasiones con toda una sección del país. Entre los tipos más populares de normas están: edad, grado, género, país, etc.

Una práctica más antigua en las pruebas es convertir la norma de edad del sujeto en un cociente, dividiendo la calificación de edad entre la edad cronológica de la persona y multiplicando el resultado por 100. De esta forma, el cociente intelectual (CI) en las antiguas escalas de Stanford-Binet, se obtenían del producto de la edad mental por 100 entre la edad cronológica.

Otro referente común de las normas son los percentiles que ubican al sujeto en un punto específico de la distribución, lo cual permite saber cuántos sujetos están por encima o por debajo del puntaje obtenido. A diferencia de los rangos percentiles, las calificaciones estándares representan las medidas en una escala de intervalo. Las normas de calificación estándar son calificaciones convertidas que tienen cualquier media y desviación estándar que se desee. Existen muchos tipos de calificaciones estándares: calificaciones Z, calificaciones CEEB, calificación de CI, Estaninas y calificaciones T (véase la curva de distribución normal).



Área entre $-n$ y $+n$ desviaciones estándar en una curva normal

Figura 5-1. Posiciones de desviaciones estándar y las áreas que encierra en la distribución normal. Tomada de Coolican H. (2005). Métodos de investigación y estadística en psicología. 3ª ed. México: Editorial El Manual Moderno. D.R. © 2005 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

CONFIABILIDAD

Ningún instrumento de evaluación puede tener valor a menos que mida algo en forma consistente o confiable. Como consecuencia, uno de los primeros aspectos que deben determinarse en un instrumento de evaluación de reciente elaboración es verificar si es lo suficientemente confiable para medir aquello para lo cual se creó. Si en ausencia de cualquier cambio permanente en una persona (debido al crecimiento, aprendizaje, enfermedad o accidente), las calificaciones de las pruebas varían en gran medida de una aplicación a la siguiente, es probable que la prueba no sea confiable y no pueda utilizarse para hacer predicciones sobre el comportamiento de la persona.

Confiabilidad no es sinónimo de estabilidad; a diferencia de la estabilidad, la falta de confiabilidad es el resultado de los errores en la medida que se producen por estados internos temporales, como baja motivación o indisposición; o condiciones externas, como un entorno incómodo o con distracciones para una prueba. Los principales índices de confiabilidad son el de Kuder-Richardson y el de Chronbach.

Teoría de la confiabilidad clásica

En la teoría clásica de las pruebas se asume que la calificación obtenida por una persona las mismas se compone de una calificación “real”, más algún error no sistemático de medida. La calificación real se define como el promedio de las calificaciones que se obtendrían si una persona presentara la prueba una cantidad infinita de veces. Se debe enfatizar que la calificación real nunca puede medirse con exactitud, sino que debe calcularse a partir de la calificación obtenida por la persona en la prueba.

Estos errores inherentes con la medición, se llaman “error estándar de medición”. Por ejemplo, pregunte la hora entre sus compañeros de clase y observará que pocas son exactas entre sí. La medición real, será pues el promedio de todas las horas

reportadas y el error estándar de medición será la diferencia entre esta cifra y la hora de su reloj, por ejemplo.

En la teoría clásica de las pruebas se supone que la varianza de las calificaciones observada para un grupo de sujetos, es igual a la varianza de las calificaciones reales más la varianza de los errores no sistemáticos de medición.

Validez

Tradicionalmente, la validez de una prueba se define como su capacidad para medir el objetivo para la que fue diseñada. Una desventaja de esta definición es la implicación de que una prueba tiene sólo una validez, que se supone se establece mediante un solo estudio para determinar si la prueba mide lo que debe medir. En realidad, una prueba puede tener muchos tipos de validez; dependiendo de los propósitos específicos con los cuales se diseño, la población a la cual se dirige y el método para determinar la validez. Entre los métodos con los cuales puede evaluarse la validez se encuentran el análisis del contenido, la relación de las clasificaciones de la prueba con las calificaciones con base en un criterio de interés y la investigación de las características psicológicas o construcciones particulares que mide la prueba. Todos estos procedimientos son útiles en el grado cómo mejoran nuestra comprensión de lo que mide una prueba. Si entendemos esto último, entonces las calificaciones proporcionan una mejor información para tomar decisiones respecto de los sujetos. Además, necesitamos preguntar qué tanto aporta una prueba en particular para la predicción y comprensión de los criterios ya conocidos. Esta es la noción del aumento de la validez, la cual analizaremos más adelante.

A diferencia de la confiabilidad, la cual está influenciada sólo por los errores de medida no sistemáticos, la validez de una prueba se ve afectada tanto por los errores no sistemáticos como por lo sistemáticos (constantes). Por esta razón, una prueba puede ser confiable sin ser válida; pero no puede ser válida si no es confiable. La confiabilidad es una condición necesaria; pero no

suficiente para la validez. Técnicamente la validez (relacionada con los criterios) de una prueba, como lo indica la correlación entre la prueba y una medida externa de criterio, nunca podrá ser mayor que la raíz cuadrada del coeficiente de confiabilidad de las formas paralelas.

Validez de contenido

La apariencia física de una prueba respecto con sus propósitos particulares (validez aparente) es, desde luego, una consideración importante al comercializarla. Sin embargo, el concepto de validez de contenido se refiere a algo más que la simple validez aparente. El asunto de la validez de contenido de una prueba se refiere al hecho de si el contenido de la prueba produce un rango de respuestas que representa 1 a 0 universos completos de habilidades, comprensiones y otros comportamientos que se supone la prueba debe medir. Ese universo de comportamiento se debe especificar con certeza. Así, si la prueba está bien diseñada, las respuestas que dan los sujetos a los reactivos serán representativas de las que serían sus respuestas al universo de situaciones en las cuales la prueba es una muestra. Un análisis de validez de contenido tiene lugar con mayor frecuencia en relación con las pruebas de aprovechamiento, en cuyo caso no existe ningún criterio externo. En las medidas de actitud, el interés y la personalidad, también se toma en cuenta la validez de contenido. La validez de contenido de una prueba de aprovechamiento se determina al evaluar el grado en el cual la prueba representa los objetivos de enseñanza. Una forma de hacerlo es comparar el contenido de la prueba con un perfil o un cuadro de especificaciones de la materia que supuestamente cubre la prueba. Si los expertos en la materia están de acuerdo en que la prueba parece y funciona como una medida de habilidad o conocimiento, la cual se supone debe evaluar, entonces se decide que posee validez de contenido. Estos juicios pueden comprender no sólo el contenido de los reactivos de la prueba, sino también un análisis de los procesos por los cuales deben pasar los sujetos para llegar a las

respuestas. Como es obvio, no es necesario que el proceso de evaluar la validez de contenido de una prueba sea hasta que ésta se elabore. Los expertos realizan los juicios sobre qué reactivos incluir desde el principio del proceso de elaboración de la prueba. Al definir el universo de contenido de la prueba y la muestra de ese universo que se incluirá, las personas quienes elaboran las pruebas toman parte en la validez de contenido.

Validez en relación con el criterio

De manera básica, todas las pruebas se validan al relacionar las calificaciones con el desempeño de las medidas de criterio; estándares o variables con los que puede compararse el desempeño de la prueba. En el caso de la validez de contenido, el criterio es el juicio de los expertos en la materia. Sin embargo, en forma tradicional, el término validez en relación con el criterio se limita a los procedimientos de revalidación en los cuales las calificaciones en la prueba de un grupo de sujetos se comparan con las calificaciones, clasificaciones u otras medidas conductuales o mentales. Algunos ejemplos de los criterios con base en los cuales se validan las pruebas son las notas escolares, calificaciones por parte de los supervisores y cantidades de dólares por ventas. Siempre que una medida de criterio está disponible en el momento de la prueba se determina la validez concurrente de ésta. Cuando las calificaciones con base en el criterio no se encuentran disponibles sino hasta algún tiempo después de aplicada la prueba, la validez de predicción de la prueba es el centro de interés.

Validez concurrente

Los procedimientos de validez concurrente se utilizan siempre que una prueba se aplica con personas de distintas categorías, como grupos de diagnóstico o niveles socioeconómicos, con el propósito de determinar si las calificaciones promedio de distintos tipos de personas son diferentes de manera significativa. Si

la calificación promedio varía de modo sustancial en cada categoría, entonces la prueba puede utilizarse como otro medio, quizá más eficiente, para clasificar a las personas en distintas categorías. Por ejemplo, las calificaciones en el inventario de multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) son útiles para identificar trastornos mentales específicos porque se ha descubierto que las personas a quienes se les diagnostica con algún trastorno en particular tienden a obtener calificaciones características en ciertos grupos de reactivos.

Validez predictiva

La validez predictiva se refiere al grado de precisión con que las calificaciones de la prueba predicen las calificaciones de criterio, como lo indica la correlación entre la prueba (indicador) y un criterio del desempeño futuro. La validez predictiva se ocupa en primer lugar de las pruebas de aptitud e inteligencia, ya que las calificaciones anteriores de este tipo de instrumentos con frecuencia se correlacionan con las notas, calificaciones en las pruebas de aprovechamiento y otros criterios de éxito.

La correlación entre una variable de indicador y una variable de criterio. La validez predicativa debe tomarse con cautela ya que en la mayoría de las pruebas es menor a 0.60, podemos entender por qué es necesario tener cuidado con las afirmaciones acerca de la capacidad de las pruebas psicológicas para predecir el comportamiento.

Psicometría en la clínica

En este capítulo, revisaremos algunas de las pruebas psicológicas utilizadas en la práctica clínica.

PRUEBAS DE APTITUD PARA NIÑOS

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV)

Un aspecto específico y distintivo del psicólogo clínico en el equipo de salud, es su formación única y específica para poder estimar la inteligencia del paciente.

La Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV) es un instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación de la capacidad cognoscitiva de niños desde los 6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses de edad. Esta batería proporciona subpruebas y puntuaciones compuestas, las cuales representan el funcionamiento intelectual en dominios cognoscitivos específicos, así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general.

Incorpora revisiones que incluyen normas actualizadas, nuevas subpruebas y un aumento en el énfasis en las puntuaciones

compuestas que reflejan el desempeño de un niño en áreas más independientes del funcionamiento cognoscitivo.

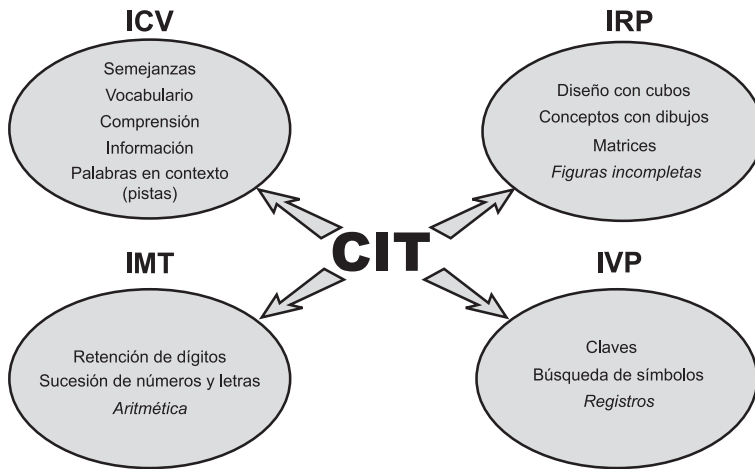
Se han actualizado todos los dibujos para hacerlos más atractivos y contemporáneos y se han realizado modificaciones a los procedimientos de aplicación y calificación para mejorar las características de la escala en cuanto a facilidad para el usuario (ver manual y prueba editados por la Editorial El Manual Moderno).

La WISC-IV está constituida por 15 subpruebas: 10 que se conservan de la WISC-III y cuatro nuevas. Las nuevas subpruebas son: Conceptos con dibujos, Sucesión de letras y números, Matrices, Registros y Palabras en contexto. La estructura de la WISC-IV se ha actualizado para reflejar la teoría y práctica actuales en cuanto a la evaluación cognoscitiva de los niños, incluyendo una mayor atención en la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Como resultado, se han hecho varios cambios importantes en la estructura de la escala y la conformación de puntuaciones compuestas de las subpruebas.

Con la WISC-IV se puede obtener un total de cinco puntuaciones compuestas y proporciona un CI (coeficiente intelectual) total para representar la capacidad cognoscitiva general del niño. También se pueden extraer cuatro puntuaciones compuestas adicionales para representar el funcionamiento del niño en dominios más independientes del funcionamiento cognoscitivo: el Índice de comprensión verbal, el Índice de razonamiento perceptual (antes llamado Índice de organización perceptual [IOP]), el Índice de memoria de trabajo (antes llamado Índice de libertad de la distractibilidad [ILD]) y el Índice de velocidad de procesamiento.

Los términos CI Verbal (CIV) y CI de Ejecución (CIE) se han reemplazado por los conceptos Índice de Comprensión verbal (ICV) e Índice de Razonamiento perceptual (IRP), respectivamente. Como el CIV, el ICV contiene las subpruebas para evaluar el razonamiento, la comprensión y la expresión verbales. Se ha elegido el término IRP para reflejar de mejor manera el mayor énfasis que se le ha dado en este índice al razonamiento fluido.

Existen 10 subpruebas esenciales divididas entre los cuatro índices de la siguiente manera: tres subpruebas para comprensión



Nota: las subpruebas suplementarias se presentan en cursivas.

Figura 6-1. Estructura del WISC.

verbal, tres para razonamiento perceptual, dos para memoria de trabajo y dos para velocidad de procesamiento. Semejanzas, Vocabulario y Comprensión, son las subpruebas esenciales de comprensión verbal; Diseño con cubos, Conceptos con dibujos y Matrices son las de Razonamiento perceptual; Retención de dígitos y Sucesión de letras y números corresponden a Memoria de trabajo; y Claves y Búsqueda de símbolos atañen a Velocidad de procesamiento. Las subpruebas esenciales deberán aplicarse en la mayoría de las situaciones cuando se desee obtener puntuaciones compuestas.

Las subpruebas suplementarias proporcionan una muestra más amplia del funcionamiento cognoscitivo e intelectual y pueden utilizarse también como sustitutos de las subpruebas esenciales. Es importante recordar que en caso de aplicar y utilizar los resultados de alguna tarea suplementaria para Comprensión verbal, deberá preferirse Información.

Como herramienta psicoeducativa, la WISC-IV puede utilizarse para obtener una evaluación completa del funcionamiento cognoscitivo general. También es posible usarla como parte de una evaluación para identificar la inteligencia sobresaliente, la

Cuadro 6-1. Estructura y nomenclatura de WISC-IV

<i>Subpruebas</i>	<i>Descripción</i>	<i>Abreviatura</i>	<i>Evalúa</i>	<i>Compuestos</i>	<i>Tipo de subprueba</i>
Diseño con cubos	Los reactivos requieren que el niño vea un modelo construido o en un dibujo de la Libreta de estímulos y que, utilice cubos en color rojo y blanco para volver a crear el diseño que ha visto, dentro de un lapso específico	DC	Capacidad de análisis y síntesis de estímulos visuales abstractos, formación de conceptos no verbales, percepción y organización visuales, procesamiento simultáneo, coordinación visomotora, aprendizaje, y la capacidad para separar figura y fondo de los estímulos visuales	Índice de Razonamiento perceptual (IRP)	Esencial
Semejanzas	En esta tarea se le presentan al niño dos palabras que representan objetos o conceptos comunes y tiene que describir en qué se parecen	SE	Mide razonamiento verbal y formación de conceptos, así como comprensión auditiva, memoria, distinción entre características no esenciales y esenciales, y expresión verbal	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Esencial

Retención de dígitos	<p>Se compone de dos partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retención de dígitos en orden directo. Requiere que el niño repita una serie de números en el mismo orden en el que el examinador los lee en voz alta -Retención de dígitos en orden inverso, en la que el niño debe decir los números en orden inverso a como el examinador los leyó -Retención de dígitos en orden directo implica aprendizaje y memoria mecánicas, atención, codificación 	RD	Mide la memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, atención y concentración	Índice de Memoria de trabajo (IMT)	Esencial
Conceptos con dibujos	<p>En esta subprueba se le presentan al niño dos o tres filas de dibujos y él tiene que elegir uno de cada fila para formar un grupo con una característica en común</p>	CD	Mide capacidad de razonamiento abstracto y categórico	Índice de Razonamiento perceptual (IRP)	Esencial
Claves A y B	<p>El niño tiene que copiar una serie de símbolos que se encuentran apareados con figuras geométricas simples o con números. Con base en una clave, el niño dibuja cada símbolo en su forma o</p>	CL	Evalúa la velocidad del procesamiento de información, memoria a corto plazo, capacidad de aprendizaje, percepción visual, coordinación visomo-	Índice de Velocidad de procesamiento (IVP)	Esencial

<i>Subpruebas</i>	<i>Descripción</i>	<i>Abreviatura</i>	<i>Evalúa</i>	<i>Compuestos</i>	<i>Tipo de subprueba</i>
	casilla correspondiente dentro de un límite de tiempo especificado		tora, capacidad de - rastreo visual, flexi- bilidad cognoscitiva, atención y motivación		
Vocabulario	Cada niño debe nombrar los objetos representados en una serie de láminas. En los reactivos verbales, el niño debe dar definiciones para las palabras que se le leen en voz alta	VB	Mide el conocimiento de palabras y la formación de conceptos verbales en el niño, mide su reserva de conocimientos, la capacidad de aprendizaje, la memoria a largo plazo y el desarrollo del lenguaje. También puede ser útil para evaluar la percepción y comprensión auditivas, la conceptualización verbal, el pensamiento abstracto y la expresión verbal	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Esencial
Sucesión de números y letras	Se le leen al niño una secuencia de números y letras; él tiene que recordar y mencionar los números en orden ascendente seguidos de las letras en orden alfabético	NL	Evalúa sucesión, manipulación mental, atención, memoria auditiva a corto plazo, formación de imágenes visoespaciales y velocidad de procesamiento	Índice de Memoria de trabajo (IMT)	Esencial

Matrices	El niño observa una serie de matrices incompletas y selecciona la parte faltante entre cinco opciones de respuesta	MT	Evalúa la inteligencia fluida y la capacidad intelectual general; el procesamiento de información visual y el razonamiento abstracto	Índice de Razonamiento perceptual (IRP)	Esencial
Comprensión	El niño responde preguntas con base en su comprensión acerca de los principios y situaciones sociales generales	CM	Evalúa razonamiento y conceptualización verbales, comprensión y expresión verbales, capacidad para evaluar y utilizar la experiencia pasada y la capacidad para demostrar información práctica. Implica el conocimiento de las normas sociales de comportamiento, juicio y madurez social y sentido común	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Esencial
Búsqueda de símbolos	El niño examina un grupo de búsqueda e indica, dentro de un límite especificado de tiempo si el símbolo, o los símbolos, estímulo con iguales a aquellos en el grupo de búsqueda	BS	La subprueba evalúa velocidad de procesamiento, memoria a corto plazo, memoria visual, coordinación visomotora, flexibilidad cognoscitiva, discriminación visual y concentración. También funciona	Índice de Velocidad de procesamiento (IVP)	Esencial

<i>Subpruebas</i>	<i>Descripción</i>	<i>Abreviatura</i>	<i>Evalúa</i>	<i>Compuestos</i>	<i>Tipo de subprueba</i>
Figuras incompletas	El niño ve un dibujo y después señala o nombra la parte faltante importante dentro de un límite especificado de tiempo	FI	para evaluar comprensión auditiva, organización perceptual y capacidad de planificación y aprendizaje Esta subprueba está diseñada para medir percepción y organización visuales, concentración y reconocimiento de los detalles esenciales de los objetos	Índice de Razonamiento perceptual (IRP)	Suplementaria
Registros A y B	El niño rastrea tanto una disposición aleatoria como una estructurada de dibujos y marca los dibujos estímulo dentro de un límite especificado de tiempo	RG	Mide velocidad de procesamiento, atención visual selectiva, vigilancia y descuido visual	Índice de Velocidad de procesamiento (IVP)	Suplementaria
Información	El niño responde preguntas en una amplia variedad de temas de conocimientos generales	IN	Pretende medir la capacidad de un niño para adquirir, conservar y recuperar información escolar y del ambiente. También ayuda a evaluar la percepción y comprensión auditivas, así	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Suplementaria

Aritmética	El niño debe resolver mentalmente en un tiempo límite una serie de problemas aritméticos presentados de manera oral	AR	como la capacidad de expresión verbal Evalúa manipulación mental, concentración, atención, memoria a corto y largo plazo, capacidad de razonamiento numérico y atención mental También puede ayudar a evaluar sucesión, razonamiento fluido y razonamiento lógico	Índice de Memoria Suplementaria de trabajo (IMT)
Palabras en contexto (Pistas)	Se le pide al niño que identifique el concepto común que se describe en una serie de pistas. Es una subprueba nueva Es necesario que, en la versión en español para México de WISC-IV se prefiera la subprueba de Información como suplementaria para el ICV, ya que, según lo observado durante el proceso de estandarización es que, en el español, la pista que se da es tan general y ambigua que se encontraron problemas que vulneran la lógica e intención de esta rutina	PC	Evalúa razonamiento verbal, capacidad analógica y de razonamiento general, abstracción verbal, capacidad para integrar y sintetizar diferentes tipos de información y para generar conceptos alternativos	Índice de Comprensión Verbal (ICV) Suplementaria

discapacidad intelectual y fortalezas y debilidades cognoscitivas. Los resultados pueden servir como guía para la planeación de tratamientos y las decisiones de colocación en ambientes clínicos y educativos, y puede proporcionar información clínica inapreciable en la valoración neuropsicológica y con propósitos de investigación.

En vista de las complejidades asociadas con la aplicación de la prueba, el diagnóstico y la evaluación, los usuarios de la WISC-IV deben tener entrenamiento y experiencia en la aplicación e interpretación de instrumentos clínicos estandarizados. También deben poseer experiencia o entrenamiento en la evaluación de niños cuyas edades, antecedentes lingüísticos e historiales clínicos, culturales o educativos sean similares a quienes valorarán.

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos III (WAIS-III)

La prueba para adultos es muy similar a la WISC-IV, la cual ha sido descrita con amplitud previamente, así ahora se hacen comentarios generales, invitando al lector a revisar el manual original y los materiales editados por El Manual Moderno.

Para su uso en México la traducción y la validación preliminar de esta escala, permitió un primer ajuste de los puntajes emanados del proceso de validación en EUA.

Más que una adaptación, el objetivo de los investigadores fue generar normas apropiadas para la población mexicana por grupo de edad; y evaluar la pertinencia de la prueba para la población de México. La validación y estandarización para México incluyó el trabajo estadístico necesario; pero con una revisión cualitativa de la propiedad de las subescalas de la prueba para la población nacional. Adaptar la WAIS-III al caso de México, requirió el establecimiento de normas por grupos de edad adecuadas al país, lo cual se hizo de manera convencional ya que técnicamente fue imposible tomar una muestra al azar por estratos de la población.

La muestra final estuvo constituida por mexicanos de zonas urbanas de diversos estratos sociales, relativamente balanceada por grupo de edad (alrededor de 10% por estrato), género (48 a 52%) y región (cerca de 25% por cada una). Sin embargo, se detectó un sesgo sobre la representación de mexicanos de nivel educativo alto, con secundaria concluida en adelante (57 a 43%, $X^2 = 4.86$; $p = .001$). De igual forma, hay mayor número de mujeres que de hombres, pero no se encontraron diferencias significativas globales por género.

Su propósito es evaluar la inteligencia de individuos de 16 a 89 años de edad. Este instrumento es fundamental para el diagnóstico psicológico y es una prueba que ha atravesado un largo camino de desarrollo y refinamiento: conserva las características positivas de las ediciones previas; pero además, presenta los rasgos psicométricos y las cualidades de estandarización que se esperan de las escalas Wechsler, por lo cual los reactivos se han actualizado, se han ampliado los límites inferior y superior (basales y topes) de medición del instrumento y se han introducido nuevas subpruebas como Matrices para cubrir más adecuadamente la capacidad de razonamiento fluido del individuo, Sucesión de letras y números para medir la memoria de trabajo y Búsqueda de símbolos para la velocidad de procesamiento. Así, la WAIS-III cuenta con 14 subpruebas: 7 verbales (Vocabulario, Semejanzas, Aritmética, Retención de dígitos, Información, Comprensión, Sucesión de letras y números) y 7 de ejecución (Figuras incompletas, Dígitos y símbolos, Diseño con cubos, Matrices, Ordenamiento de dibujos, Búsqueda de símbolos, Ensamble de objetos). Estas subescalas permiten obtener las tradicionales puntuaciones de CI, así como 4 Índices: Comprensión verbal, Organización perceptual, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.

La WAIS-III, además de traducida y precisamente adaptada al español, se presenta ahora estandarizada a nivel nacional para México en esta versión definitiva, constituyéndose en una herramienta de indudable utilidad. Su aplicación es individual, en dos horas aproximadamente.

Cuadro 6-2. Estructura y subpruebas de WAIS-III

<i>Subpruebas</i>	<i>CI verbal</i>	<i>CI de ejecución</i>	<i>CI total</i>	<i>Índice de comprensión verbal</i>	<i>Índice de organización perceptual</i>	<i>Índice de memoria de trabajo</i>	<i>Índice de velocidad de procesamiento</i>
Vocabulario	X		X	X			
Semejanzas	X		X	X			
Aritmética	X		X			X	
Retención de dígitos	X		X			X	
Información	X		X	X			
Comprensión	X		X				
Figuras incompletas		X	X		X		
Dígitos y símbolos-Claves		X	X				X
Diseño con cubos		X	X		X		
Matrices		X	X		X		
Ordenamiento de dibujos		X	X				
Búsqueda de símbolos			X				X
Sucesión de letras y números			X			X	
Composición de objetos			X				

* Subprueba opcional

Prueba de Habilidades Mentales Primarias (HMP)

La prueba de Habilidades Mentales Primarias (HMP) se desarrolla bajo el supuesto de que la inteligencia puede ser descrita en términos de varias habilidades distintas, así una persona puede poseer en alto grado una habilidad mental primaria y en cambio carecer de otra.

El objetivo de esta prueba es medir cinco de ocho habilidades mentales primarias claramente establecidas en la actualidad. La HMP permite detectar y medir las fortalezas y debilidades que un individuo posee en habilidades intelectuales específicas: Comprensión verbal, Comprensión espacial, Raciocinio, Habilidad para el cálculo, Fluidez verbal. Esta es una prueba de aplicación individual y colectiva, con un tiempo promedio de aplicación de una hora. Cada subprueba se cronometra con exactitud.

Cuadro 6-3. Estructura del HMP

<i>Habilidades</i>	<i>Factor</i>	<i>Descripción</i>
Comprensión verbal	V	Es la habilidad para entender ideas expresadas en palabras; es esencial en actividades que requieren obtener información a través del lenguaje escrito o hablado.
Comprensión espacial	E	Habilidad de visualizar objetos en dos o tres dimensiones.
Raciocinio	R	Es la habilidad para solucionar problemas basados en deducciones lógicas así como vislumbrar un plan de acción a seguir.
Habilidad para el cálculo	N	Es la habilidad de resolver de manera fácil y rápida, sencillos problemas cuantitativos.
Fluidez verbal	F	Habilidad de hablar y escribir con facilidad, está más relacionada con el uso del lenguaje que con la comprensión del mismo.

PRUEBAS VISOMOTORAS

Prueba de Bender-Gestalt

Es una prueba psicológica consistente en nueve tipos de cartas con figuras geométricas. Al individuo se le solicita copiar de memoria las figuras después de la presentación individual.

La psiquiatra estadounidense Lauretta Bender inventó esta prueba visomotriz en 1932. Se trata de una prueba no verbal, neutra e inofensiva, aplicable en niños desde los 4 años de edad.

Se basa en la teoría Gestalt; pero es muy utilizado por diferentes corrientes de pensamiento en psicología. Constituye una de las pruebas más difundidas en el mundo, incluida en una gran cantidad de baterías psicodiagnósticas. Es muy utilizada en lo referente a posibles compromisos neuronales o enfermedades orgánicas de la persona estudiada (p. ej., afasias). Irrumpe en la comprensión y reproducción de una Gestalt (la figura en relación).

Consta de un protocolo de 9 figuras geométricas entregadas por un profesional en cierto orden y posición (la prueba debe ser tomada de manera individual) y el examinado debe copiar en una hoja en blanco dicho orden y posición de las figuras. Esta es una de las pruebas más simples, geniales y útiles en la práctica clínica; en opinión del autor, uno de los mejores instrumentos para identificar daño orgánico.

Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz (VMI)

Una de las áreas por evaluar es la aptitud y la habilidad general, para esto, el clínico puede utilizar la Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz (VMI) (Editorial El Manual Moderno, 2000), la cual evalúa las capacidades de los niños para copiar formas geométricas, correlacionada de manera significativa con sus logros académicos. La VMI es un instrumento que identifica

Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz

VMI

PROTOCOLO

Formato Completo (para edades desde 3 años a adultos)

por Keith E. Beery y Norman A. Buktenica

Nombre _____ Sexo: F M

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

Escuela: _____ Grado: _____

Examinador: _____

Fecha de evaluación: _____ año _____ mes _____ día
 Fecha de nacimiento: _____ año _____ mes _____ día
 Edad cronológica: _____ años _____ meses
 (Cuenta más de 15 días como un mes.)

SUMARIO		PERFIL				
Constítense el Manual para las normas.		Puntuación estándar	VMI	Visual	Motriz	Percentil
VMI	Visual Motriz	145	-	-	-	99.7
Puntuaciones naturales:	_____	140	-	-	-	99.2
	_____	135	-	-	-	99
Puntuaciones estándar:	_____	130	-	-	-	98
	_____	125	-	-	-	95
Puntuaciones escaladas:	_____	120	-	-	-	91
	_____	115	-	-	-	84
Percentiles:	_____	110	-	-	-	75
	_____	105	-	-	-	63
Otras puntuaciones:	_____	100	-	-	-	50
	_____	95	-	-	-	37
	_____	90	-	-	-	25
	_____	85	-	-	-	16
Comentarios y Recomendaciones	_____	80	-	-	-	9
	_____	75	-	-	-	5
	_____	70	-	-	-	2
	_____	65	-	-	-	1
	_____	60	-	-	-	.8
	_____	55	-	-	-	.3

Comienza la prueba en la página final. Dé vuelta al Folleto de manera que el borde de encuadernación quede hacia el estudiante. Si se usan las subpruebas, siempre examine en este orden: VMI → Visual → Motriz.

El Manual Moderno
 A. Soriano 206, Col. Hipólito, México 06100, D.F.
 S. de C. V.

Figura 6-2. Muestra del protocolo VMI. Reproducida con autorización de Beery: Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz (VMI). D.R. © 2000 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

debilidades y fortalezas como una base para remediar, e incluso prevenir, muchos de los problemas de aprendizaje y de conducta.

Se utiliza para identificar de manera temprana niños con necesidades especiales mediante la evaluación del grado cómo ellos pueden integrar sus habilidades visuales y motrices.

La VMI es una prueba de percepción visual que consta de una secuencia de formas geométricas –en grado ascendente de complejidad– para copiarse con lápiz y en papel, las cuales permiten evaluar la integración visomotriz de los examinados desde los 3 hasta los 17 años 11 meses de edad.

Incluye dos pruebas suplementarias: Percepción visual y Coordinación motriz, las cuales pueden aplicarse de manera independiente.

La VMI es considerada como la prueba más válida e investigada en su tipo y puede aplicarse de manera individual o colectiva y su tiempo de aplicación es de alrededor de 15 minutos.

Método de evaluación de la percepción visual de Frostig, 2a ed. (DTVP-2)

La prueba clásica de Marianne Frostig pretende evaluar la presencia y el grado de dificultades de la percepción visual o visomotriz y consta de ocho subpruebas: Coordinación ojo-mano, Posición en el espacio, Copia, Figura-fondo, Relaciones espaciales, Cierre visual, Velocidad visomotora y Constancia de forma.

La DTVP-2 ofrece mejores niveles aceptables de confiabilidad, validez de contenido, construcción y relación con el criterio. Es una prueba libre de cultura, es decir, no presenta sesgos de raza, género y dominio manual.

La interpretación se hace con 3 cocientes compuestos: Percepción visual general, Percepción visual con respuesta motriz reducida e Integración visomotora. Con una media de 100 y una desviación estándar de 15. Se aplica de manera individual en un tiempo promedio de 40 minutos.

MP 45-4

DTVP-2

Método de evaluación de la percepción visual de Frostig

Segunda Edición

FORMA DE REGISTRO DEL PERFIL/EXAMINADOR

Sección I. Datos de identificación

Nombre: _____ Niño _____ Niña _____

Año Mes Día

Fecha de institución: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Nombre del examinador: _____

Título del examinador: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Sección II. Registro de las puntuaciones de las subpruebas y de los compuestos del DTVP-2

Subprueba	Puntuaciones estándar de las subpruebas			Puntuaciones de los compuestos						
	Puntuación cruda	Equivalente de edad	Percentil	PVG	PMR	IVM	Compuesto	Cocientes	Percentil	Equivalente de edad
1. Coordinación ojo-mano							Percepción visual general			
2. Posición en el espacio							Percepción visual con respuesta motriz reducida			
3. Copia										
4. Figura-fondo							Integración visomotora			
5. Relaciones espaciales										
6. Cierre visual										
7. Velocidad visomotora										
8. Constancia de forma										
Suma de puntuaciones estándar de las subpruebas=										

Sección III. Perfil de las puntuaciones de la prueba

Puntuaciones de las subpruebas				Puntuaciones de los compuestos			Puntuaciones de otras pruebas															
Puntuaciones estándar	Coordinación ojo-mano	Posición en el espacio	Copia	Figuras-fondo	Relaciones espaciales	Cierre visual	Velocidad visomotora	Constancia de forma	Puntuaciones estándar	Cocientes	Percepción visual general	Percepción visual con respuesta motriz reducida	Integración visomotora	1	2	3	4	5	6	7	Cocientes	
	20	*	*	*	*	*	*	*	*	20	150	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
19	*	*	*	*	*	*	*	*	19	145	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	145
18	*	*	*	*	*	*	*	*	18	140	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	140
17	*	*	*	*	*	*	*	*	17	135	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	135
16	*	*	*	*	*	*	*	*	16	130	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	130
15	*	*	*	*	*	*	*	*	15	125	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	125
14	*	*	*	*	*	*	*	*	14	120	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	120
13	*	*	*	*	*	*	*	*	13	115	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	115
12	*	*	*	*	*	*	*	*	12	110	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	110
11	*	*	*	*	*	*	*	*	11	105	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	105
10	*	*	*	*	*	*	*	*	10	100	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100
9	*	*	*	*	*	*	*	*	9	95	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	95
8	*	*	*	*	*	*	*	*	8	90	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	90
7	*	*	*	*	*	*	*	*	7	85	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	85
6	*	*	*	*	*	*	*	*	6	80	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	80
5	*	*	*	*	*	*	*	*	5	75	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	75
4	*	*	*	*	*	*	*	*	4	70	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	70
3	*	*	*	*	*	*	*	*	3	65	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	65
2	*	*	*	*	*	*	*	*	2	60	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	60
1	*	*	*	*	*	*	*	*	1	55	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	55

© 1993 por PRO-ED
© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Las copias adicionales de esta forma (MP45-4) se pueden solicitar a:
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora num. 206, Col. Hipodromo, 06100, México, D.F.

0403

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 6-3. Muestra de la Forma de registro del perfil/Examinador. Hammill, D.; Pearson, N. & Voress, J. (1995), Método de evaluación de la percepción visual de Frostig, DTVP-2. D.R. © 1995 por Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V.

PRUEBAS PROYECTIVAS

Tradicionalmente y quizás por influencia de los psicoanalistas del siglo XIX, las pruebas colectivas han sido los instrumentos más tempranamente reportados y utilizados en los ámbitos clínicos para evaluar pacientes, especialmente niños.

Aunque es bien sabido que este tipo de pruebas poseen las más pobres propiedades psicométricas, su uso extendido en la práctica clínica cotidiana nace de revisar el valor, significado y uso de éstas en la práctica profesional.

Las pruebas proyectivas se basan en el principio de las pruebas psicodiagnósticas, según el cual las diferencias individuales resaltan más claramente a medida que el estímulo es menos estructurado. Éstas se utilizan en la exploración del área emocional. Existen numerosas pruebas proyectivas, como los gráficos proyectivos, los cuales adquieren un papel primordial dado sus características de practicidad y economía.

Una de las pruebas proyectivas clásicas para niños es la prueba de dibujo de la figura humana, la cual explora aspectos de la personalidad del sujeto en relación con su autoconcepto y su imagen corporal. Los supuestos subyacentes son psicodinámicos en su naturaleza ya que cada vez que un sujeto gráfica una persona ésta es una proyección de su propio yo.

Además de la secuencia, tamaño de la imagen, aditamentos y accesorios, el análisis de algunas de las partes del dibujo brinda pistas de los sentimientos de la persona. Por ejemplo, los brazos y manos: se relacionan funcionalmente con el yo y la adaptación social y de la necesidad o grado de dominio que el sujeto desea tener sobre el mundo externo, de sus aspiraciones y el grado de confianza y seguridad con el cual se relaciona con los demás.

La producción gráfica es una expresión de la personalidad menos controlada que el lenguaje oral, por lo tanto, permite una aproximación a los estratos más básicos de la personalidad, donde muchas defensas se ven disminuidas. Por su propiedad recreativa, tienen la ventaja de facilitar el rapport, clima de

confianza y aceptación, que procura lograr el evaluador a lo largo de las sesiones. En el caso de niños pequeños o con poco lenguaje expresivo constituyen una herramienta muy útil. Toda conducta ya sea un dibujo, un cuento, una canción o un tema de conversación es reflejo de la personalidad; de manera que también las producciones espontáneas y el mismo lenguaje corporal adquieren un importante valor interpretativo. También es frecuente el uso de pruebas con dibujos que invitan a contar historias con base en imágenes presentadas una por una, o completar historias ya comenzadas, las cuales se hacen más útiles cuando el niño cuenta con una mayor riqueza del lenguaje.

Para información más amplia sobre diversos instrumentos para valorar niños en la práctica clínica, el lector puede revisar el texto de Esquivel, Heredia y Lucio (2007).

Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo HTP

La técnica de dibujo proyectivo HTP es una de las pruebas de mayor difusión y empleo en la evaluación de la personalidad. Ofrece abundante información clínica, es breve y puede aplicarse prácticamente a cualquier sujeto, con poca instrucción, alteraciones en el desarrollo, impedimentos de lenguaje o diferencias culturales, entre otros.

Buck y Warren (1995) proponen lineamientos para interpretar el dibujo proyectivo, el cual tiene un lugar importante en diversas áreas de la actividad clínica: puede considerarse como una muestra inicial de conducta que permite valorar las reacciones del individuo frente a una situación poco estructurada; como indicador del pronóstico con base en la habilidad del paciente y del clínico para permanecer en contacto y articular experiencias bajo estas circunstancias; para alentar el interés, comodidad y confianza entre el entrevistador y el cliente; como herramienta de diagnóstico debido a la información que puede revelar y su relación con otros instrumentos.



Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes

J.N. Buecher, C. Williams, J.R. Graham, R.P. Archer, J.S. Berg, P. Smith y B. Kasimati, con Bob G. Baker, Paul S. First, y J. C. Nock

Inventario multifásico de la personalidad (revisado para adolescentes) Copyright © 1992, (reimpreso, 1970). 1-93, 1-94, 1-94; con el consentimiento de la Universidad de Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. y C.V. En condición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1998. Permisión otorgada por Lusa, E. (1997). Traducción del Minnesota Personality Inventory-A Adolescent Form K-TR, por la Universidad de Minnesota.

Formulario de datos personales: Nombre, Dirección, Ocupación, Escolaridad, Edad, Fecha de aplicación, Estado civil, Referido por, Clave de perfil, Iniciales del calificador.

Nota: Este perfil está impreso en café y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.

Perfil de escalas de contenido y suplementarias (normas mexicanas) MP-4B-C-2

Contenido



Tabla de descripción de las escalas de contenido y suplementarias, incluyendo nombres como ANS-A (Ansiedad-adolescentes), OBS-A (Obsesividad-adolescentes), DEP-A (Depresión-adolescentes), etc.



0405

Figura 6-4. Muestra del perfil del MMPI-A. Reproducida con autorización de Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). D.R. © 1998 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., en coedición con la Facultad de Psicología de la UNAM.

N.E.: Este perfil sólo se vende impreso, cualquier otra presentación se considera ilegal.

MMPI-2

Perfil de escalas básicas

(Normas mexicanas con K agregado)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
 Copyright © 1985 (revisión 1970), 1943, 1940
 Esta perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota
 © 1985 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1984
 Adaptación al español por E. Lucio
 MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
 son M.P.R. por University of Minnesota

Nombre: S.R. Hatheway y J.C. McKinley
 Dirección: Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
 Ocupación: MP 46-6.1
 Fecha de aplicación: _____
 Estado civil: _____

Edad: _____
 Referido por: _____
 Iniciales del calificador: _____

Nota: Este perfil está impreso en modo de ejemplo. NO LO ACEPTE si es su un solo color

Factor K	FEMENINO															
	To	T	L	F	K	Hs + 5K	D	H	Dp+4K	Mf	Pa	Pi + 1K	Es + 1K	Ma + 2K	Is	To Tc
1	120	115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45
2	115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
3	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35
4	105	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30
5	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25
6	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20
7	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15
8	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10
9	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5
10	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0
11	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5
12	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10
13	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15
14	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20
15	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25
16	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30
17	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35
18	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40
19	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45
20	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50
21	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55
22	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60
23	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65
24	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70
25	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75
26	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80
27	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85
28	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90
29	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95
30	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100



Puntuación natural _____
 Puntuación natural ? _____
 Factor K agregado _____
 Puntuación natural con K _____

Figura 6-5. Muestra del perfil del MMPI-2. Reproducida con autorización de Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2). D.R. © 1995 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., en coedición con la Facultad de Psicología de la UNAM. N.E.: Este perfil sólo se vende impreso, cualquier otra presentación se considera ilegal.

La prueba pretende evaluar las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar, funcionamiento intelectual y coordinación visomotriz.

El manual incluye apartados especiales para interpretar los rasgos de dibujos hechos por niños y adultos, de manera independiente, y un apéndice especial en relación con los trazos efectuados por niños maltratados.

Prueba de Rorschach

La prueba de las manchas de tinta de Hermann Rorschach es una técnica proyectiva clásica que, desde su aparición pública, ha gozado de amplia aceptación. Ninguna otra creación ha sido objeto de tan gran número de artículos científicos, y es probable que ninguna otra prueba psicológica haya sido aplicada a más millones de personas en todo el mundo.

La Rorschach se ha utilizado para investigar sobre la delincuencia juvenil, el alcoholismo, la tartamudez, las interrelaciones cultura-sociedad y muchos otros campos.

Gracias al Rorschach es posible evaluar funciones como: prueba de realidad, funcionamiento del ego, relaciones interpersonales, apercepción, funcionamiento afectivo y trastorno de pensamiento, entre otros.

Consiste en mostrar 10 láminas en secuencia, sin límite de tiempo.

PRUEBAS DE PERSONALIDAD

Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas (A-D)

Considerando que el cine, la televisión, la prensa, la calle y aún los ambientes más próximos como la escuela y la familia pueden ser fuentes de conductas agresivas que en ocasiones –cada vez más frecuentes– se transforman en antisociales y delictivas, afectando en particular a niños y adolescentes. Seisdedos (1999) diseñó esta prueba para detectar la existencia de conductas

Intereses de la familia (continuación)
Estoy interesado en . . .

	Intereses prioritarios	Intereses no prioritarios en este momento	No es de interés actualmente	Intereses prioritarios	Intereses no prioritarios en este momento	No es de interés actualmente
Conseguir más apoyo para mí (de los amigos, pareja, vecinos, sacerdotes)						
Conseguir más apoyo para mi pareja (de los amigos, vecinos, sacerdotes)						
Tener tiempo para mí						
Divertirme y entretenerme con mi familia						

Intereses de la comunidad
Estoy interesado en . . .

	Intereses prioritarios	Intereses no prioritarios en este momento	No es de interés actualmente	Intereses prioritarios	Intereses no prioritarios en este momento	No es de interés actualmente
Conocer a otras familias						
Unirnos a grupos de apoyo para padres o grupos para niño(a)s con necesidades especiales						
Aprender acerca de los recursos y agencias que brindan ayuda para:						
Cuidados médicos						
Cuidados dentales						
Ayuda financiera						
Alimentación						
Vivienda						
Herramientas, ropa, provisiones						
Transporte						
Seguro de salud						
Servicios de empleo						

Figura 6-6. Muestra de la Encuesta AEPS de Intereses familiares. Bricker, D. (2000), Sistema de Evaluación, Valoración y Planeamiento de Programas para Infantes y Preescolares. Brookes Publishing Co. & Health Professions Press. D.R. © 2000 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

antisociales y delictivas en niños y adolescentes de entre los 11 y 19 años de edad.

Es un cuestionario de 40 reactivos que recogen una amplia gama de comportamientos sociales indicativos de propensión o presencia de conductas de tipo delictivo.

Con base en análisis factoriales, se determinaron las dimensiones cubiertas por el cuestionario: un factor de conducta delictiva o delincuente (D), es decir, comportamientos ilegales, así como un factor de conductas antisociales (A), las cuales rozan la frontera con lo que está fuera de la ley.

El ámbito más probable de aplicación del cuestionario A-D será sin duda el escolar, pues muchas de las conductas a las que se refiere la prueba suelen detectarse –o incluso hacerse manifiestas– en dicho escenario.

Las normas separadas para varones y mujeres se presentan en percentiles y puntuaciones S.

El Cuestionario (A-D) fue validado para México por Sánchez (2001) y se puede aplicar de forma individual o colectiva en 10 minutos.

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A)

Diseñado por Butcher y colaboradores y basado en la obra original de Hathaway y Mckinley fue adaptado al español y estandarizado para México por Lucio (1998).

Pretende identificar los principales problemas personales, sociales y conductuales, así como la psicopatología del adolescente. La prueba presupone que la conducta de los adolescentes, como la de los niños, debe considerarse dentro del contexto familiar. Los efectos del desarrollo cognoscitivo, social y moral sobre el funcionamiento psicológico dificultan el proceso de evaluación de la personalidad de los adolescentes. Los síntomas y problemas pueden ser exagerados o ignorados.

El MMPI-A es la primera forma del MMPI desarrollada de manera específica para adolescentes. Este instrumento derivado

del MMPI original conserva, por tanto, muchos de los rasgos de éste, a la vez que introduce nuevas características que son muy apropiadas para los adolescentes hoy en día. El MMPI-A se utiliza primordialmente para la identificación, diagnóstico y elaboración de planes de tratamiento en una gran diversidad de escenarios: hospitales, escuelas, práctica privada, centros de atención para menores infractores, etc.

Consta de 478 reactivos y puede aplicarse a jóvenes de 14 a 18 años de edad. Los primeros 350 reactivos permiten la calificación de las escalas clínicas y tres de validez. Se elaboraron para esta versión escalas de contenido y suplementarias, las cuales permiten abordar problemas familiares, trastornos de la alimentación y farmacodependencia, entre otros problemas comunes entre los adolescentes. El MMPI-A se ha revisado de manera cuidadosa para que el contenido y lenguaje sean pertinentes con los jóvenes.

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)

Esta es la batería clásica para evaluar los principales patrones de personalidad y trastornos emocionales, adaptada al español y estandarizada para México.

Consta de 567 reactivos de respuesta Verdadero o Falso, ordenados de manera que permiten la calificación de las escalas básicas (clínicas y de validez) con los primeros 370 reactivos. Para esta revisión se desarrollaron nuevas escalas, de contenido y suplementarias, que permiten mayor amplitud y precisión en la evaluación psicológica. El MMPI-2 proporciona tres perfiles acorde con el número de escalas que comprende. Asimismo, se ha eliminado en la prueba todo contenido sexista, racial y anticuado y, en cambio, se han aportado nuevas formas de puntuaciones *T* (uniformes) que facultan la comparación entre escalas.

A la versión actual se agregan ahora las subescalas *Is*, derivadas de Introversión social, las cuales reflejan las siguientes características de personalidad: timidez, perturbación o ambas; evasión social y alienación del yo y de los demás.

Las 42 escalas y 3 subescalas de esta reestandarización hacen del MMPI-2 la mejor herramienta objetiva de evaluación de la personalidad en cuanto a psicopatología, síntomas principales de desadaptación social y personal, indicativos de disfunción psicológica e identificación de estrategias de tratamiento.

Puede aplicarse a sujetos de 18 años de edad o mayores, con un nivel de instrucción de sexto grado de primaria.

Al MMPI-2 se incorporaron nuevas escalas para proporcionar indicadores adicionales de la validez del protocolo y dimensiones de contenido clínicamente relevantes. Se aplica en hora y media aproximadamente.

PRUEBAS PARA PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pruebas para niños y adolescentes

Sistema de evaluación, valoración y planeamiento de programas para infantes y preescolares (AEPS)

Bricker diseñó esta prueba con la finalidad de medir la evolución de las habilidades funcionales y las necesidades de infantes y preescolares con discapacidades o en riesgo de presentar retrasos en el desarrollo. Es también una guía para los especialistas (terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, especialistas en comunicación, intervencionistas en aulas de clase, además de psicólogos) cuando seleccionan objetivos de intervención, así como para maximizar las oportunidades de los niños y sus familias, ayudando a los primeros a lograr conductas de adaptación y solución de problemas para su desenvolvimiento independiente.

Para la medición del desarrollo infantil, el instrumento aborda seis dominios clave: Motriz grueso, Motriz fino, Cognoscitivo, Social, Adaptativo y Comunicación social. Consta de una prueba AEPS, así como de herramientas paralelas de evaluación y valoración que pueden manejarse con las familias; metas para planes de educación personalizada y de ayuda familiar, métodos de desarrollo de planes de intervención, etc.

Puede emplearse con niños de 0 a 6 años de edad cronológica quienes presenten síndrome de Down, parálisis cerebral, trastornos del sistema nervioso central (SNC), epilepsia, deficiencias sensoriales y retrasos en el desarrollo; del mismo modo con niños prematuros, hijos de padres farmacodependientes o adolescentes, etc. Se aplica de forma individual en hora y media aproximadamente.

Evaluación de precursores instrumentales para la adquisición de la lectoescritura (Facilito)

Leer y escribir son actos complejos y distintivamente humanos. Casi todo el aprendizaje, tanto formal como cotidiano, está ligado con la lectura y la escritura.

Esta prueba de Fuentes (2002) tiene el propósito de identificar la situación del niño ante las habilidades que pueden facilitarle el aprendizaje de la lectura y la escritura, y permite evaluar siete precursores básicos para el aprendizaje de la lectoescritura. Además, ofrece ejercicios idóneos para la obtención de las siguientes habilidades: Articulación de palabras, Imitación vocal, Discriminación visual, Expresión oral, Expresión gráfica, Trazo de líneas e Imitación gráfica de secuencias de líneas. Este

Cuadro 6-4. Áreas de evaluación de FACILITO

<i>Área de evaluación</i>	<i>Orden de aplicación</i>
Articulación de palabras	1
Imitación vocal	2
Discriminación visual de tamaño	3
Discriminación visual de forma	4
Discriminación visual de ubicación	5
Discriminación visual de conjuntos	6
Discriminación visual de elementos de conjunto	7
Expresión oral	8
Expresión gráfica	9
Trazo de líneas	10
Imitación gráfica de secuencias de líneas	11

IMP
50-2



FACILITO

EVALUACIÓN DE PRECURRENTES INSTRUMENTALES PARA LA ADQUISICIÓN DE LA LECTOESCRITURA

Segunda Edición

Protocolo

Nombre: _____	
Sexo: _____	Fecha de nacimiento: _____
Fecha de aplicación: 1ª _____	2ª _____

I. Articulación de palabras		
Fonemas con error		

II. Imitación vocal		
----------------------------	--	--

III. Discriminación visual		
1) Tamaño		
2) Forma		
3) Ubicación		
4) Conjuntos		
5) Elementos de conjunto		

IV. Expresión oral		
1) Denominación de objetos		
2) Descripción de situaciones		
3) Narración de secuencias		

V. Expresión gráfica		
1) Ilustración de objetos		
2) Ilustración de situaciones		
3) Ilustración de secuencias		

VI. Trazo de líneas		
1) Líneas rectas		
2) Líneas curvas		

VII. Imitación gráfica de secuencias de líneas		
1) Copia de secuencia		
2) Copia de secuencia con espacios intermedios		

OBSERVACIONES

© 1990 Teresa Fuentes Navarro
 © 1999 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 206. Col. Hipódromo 06100,
 México, D.F.



Derechos reservados. Prohibida la reproducción parcial o total de este material por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo la fotocopia, grabación o cualquier sistema de almacenamiento, sin permiso previo y escrito de la Editorial.

Figura 6-7. Muestra de Protocolo FACILITO. Reproducida con autorización de FUENTES: Evaluación de precurentes instrumentales para la adquisición de la lectoescritura (FACILITO), 2ª. ed. D.R. © 1999 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

instrumento se aplica en niños de segundo y tercero de jardín de niños, así como con quienes están por ingresar al primer grado de educación primaria.

Se puede aplicar tanto individual (evaluación), como grupal (ejercitación); con un tiempo de aplicación de 45 minutos.

Detección de riesgo en la escuela primaria (¡Detector!)

El índice de fracaso en la educación primaria en México es alarmante: en los informes se señala que 3 de cada 10 niños quienes ingresan a la escuela primaria no la terminan.

¡Detector! (Sánchez, 2001) es una prueba con la cual se pretende detectar de manera temprana algunos de los problemas más comunes que afectan el desempeño escolar de los niños de primaria y permitir la referencia oportuna con el profesional correspondiente.

Es un instrumento computarizado que permite al psicólogo, profesional de la salud, maestro, director escolar, etc., recabar de modo sistemático la información necesaria para conformar hasta 20 hipótesis diagnósticas sobre alumnos de 5 a 13 años de edad: déficit de atención (con y sin predominio de hiperactividad), disfunción cerebral, trastorno afectivo, problema alimentario, problema de ansiedad, problema de conducta, problema emocional, problema de lenguaje, problema psicomotor, trastornos generalizados del desarrollo, problema de salud, discapacidad intelectual, problema de socialización, problema escolar, autoestima pobre, enuresis, discapacidad de aprendizaje, epilepsia, sonambulismo y pica.

Los usos de ¡Detector! son diversos: detección temprana y canalización oportuna de los alumnos con problemas, incrementar las probabilidades de éxito escolar, optimación del tiempo de trabajo requerido para la evaluación, aumentar los recursos de las escuelas primarias, homogeneización de grupos escolares, simplificación de los procedimientos de admisión a los servicios de educación especial, atención oportuna, servicio adicional de la escuela hacia los padres, y muchos más.

Se aplica por computadora y en línea a los padres del niño, con un tiempo promedio de 40 minutos.*

* www.manualmoderno.com/pruebas_detektor.htm

Inventario MacArthur-Bates del Desarrollo de Habilidades comunicativas (CDI)

El propósito de la prueba CDI es evaluar las habilidades de comunicación en niños de 8 a 30 meses de edad y permite estimar el desarrollo del habla en los tres primeros años de vida. Consiste en formatos estandarizados de registro, los cuales completan los padres de acuerdo con el progreso que sus hijos presenten en tales habilidades permitiendo registrar de manera puntual las conductas actuales y las emergentes del niño en relación con su capacidad para comunicarse con otros.

El inventario I está diseñado para uso con niños de 8 a 18 meses de edad en evolución típica; se compone de dos partes principales: Primeras palabras (subdividida en Comprensión temprana, Comprensión de las primeras frases, Maneras de hablar y Lista de vocabulario); y Gestos y acciones (Primeros gestos, Juegos con adultos y rutinas, Acciones con objetos, Jugar a ser adulto e Imitación de otros tipos de actividades de adultos).

El inventario II se elaboró para niños de 16 a 30 meses de edad y evalúa diversos aspectos de la adquisición de vocabulario y gramática; se encuentra dividido en dos secciones medulares: el Uso de palabras (Lista de vocabulario y Cómo usa y comprende el niño el lenguaje) y; Oraciones y gramática (Formas de verbos, Ejemplos y Complejidad de frases). Se aplica de forma individual con una duración promedio de 30 minutos.

Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (CMAS-R)

El objetivo de esta prueba es identificar el nivel y naturaleza de la ansiedad crónica en niños, ya que conforme los niños tienen más oportunidades de tomar decisiones, y con las expectativas multiplicadas de los padres, compañeros y ellos mismos de elegir opciones sensatas, aumenta la probabilidad de que sufran ansiedad.

Este instrumento de autoinforme fue diseñado para evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Se pide al individuo que responda a cada pregunta con “Sí” o “No”. La puntuación conduce a un índice de

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial
El Manual Moderno, S. A. de C.V.
México, D.F. – Santafé de Bogotá

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: ____ Sexo (encierre uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: ____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Sí" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Si" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?". Si es así, encierra en un círculo "Sí". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
M:	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
 Traducido y reimpreso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
 Av. Señora 206, Col. Hipódromo 06100, México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

MP 47 - 2

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
 No lo acepte si está en un solo color.

Figura 6-8. Muestra de Hoja de respuestas CMAS-R. Reproducida con autorización de Reynolds: Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R). D.R. © 1997 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. "All rights reserved by Western Psychological Services".

ansiedad total. Además, la CMAS-R proporciona cuatro calificaciones adicionales: ansiedad fisiológica, inquietud o hipersensibilidad, preocupaciones sociales, concentración o ambos y mentira.

La escala es útil para psicólogos quienes atienden niños con estrés académico, ansiedad ante los exámenes escolares, conflictos familiares o de farmacodependencia.

Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS)

ChIPS es una entrevista psiquiátrica altamente estructurada, cuya base se encuentra estrictamente en los criterios del DSM-IV. Esta entrevista detecta la presencia de 20 trastornos psiquiátricos, entre ellos: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad por separación, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, anorexia, bulimia, enuresis, encopresis, esquizofrenia y psicosis.

El propósito de esta prueba es coleccionar información de manera rápida y eficiente que permita al clínico sondear la presencia de 20 trastornos en niños y adolescentes entre los 6 y los 18 años de edad.

Además, ChIPS cuestiona los factores estresantes psicosociales, incluyendo el abuso o abandono del niño.

Pruebas para adultos

Eje V de Kennedy (Eje K): evaluación psiquiátrica del funcionamiento del paciente

Con esta prueba diseñada por Kennedy se pretende evaluar de manera global el funcionamiento de pacientes de 13 a 80 años de edad (aunque los límites pueden extenderse desde los 5 en adelante) facilitando el diagnóstico y seguimiento del tratamiento que se brindará. ¿Cómo se puede organizar la gran cantidad de datos que nos aporta un paciente, remarcando la utilidad clínica, durante la evaluación previa, a lo largo y después del tratamiento?

El Eje K comienza siendo una opción para la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) o GAF, la cual se muestra en el DSM-IV-TR; pero va más allá, pues no sólo proporciona una puntuación como la EEAG, sino que, además, brinda resultados en siete subescalas: Deterioro psicológico, Habilidades sociales, Violencia, Habilidades de actividades de la vida diaria-ocupacionales, Abuso de sustancias, Deterioro médico y Deterioro



**ChIPS/Hoja de registro
Perfil**



Clave de identificación: _____ Fecha: _____
 Nombre del niño: _____ Hora de inicio: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Hora de término: _____
 Origen étnico: _____ Sexo: _____ Entrevistador: _____
 Lugar (marque uno): Paciente interno, Paciente externo, Escuela, Otro lugar de investigación: _____

Trastorno	Síntomas	Diagnóstico	Duración	Diagnóstico del clínico
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad <i>Tipo:</i> con predominio de Déficit de atención con predominio Hiperactivo-impulsivo Combinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje I
Trastorno negativista desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno disocial <i>Aparición:</i> Infancia, Adolescencia <i>Gravedad:</i> Leve, Moderado, Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje II
Abuso de sustancias <i>Sustancia(s):</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fobia específica <i>Tipo:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje III
Fobia social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno de ansiedad por separación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje IV
Trastorno de ansiedad generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje V
Trastorno por estrés posttraumático <i>Tipo:</i> Agudo, Crónico <i>Aparición:</i> Regular, Retrasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno por estrés agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje V Actual: Año pasado:
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno depresivo mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno distímico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipomanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enuresis <i>Tipo:</i> Nocturna, Diurna, Ambas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encopresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Factores de estrés psicosocial:				
Otros factores de estrés:				
Observaciones conductuales:				
Apariencia:		Afecto:		
Esfuerzo:		Nivel de actividad:		
Comportamientos fuera de lo común:				

Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS) First Published in the United States by American Psychiatric Press, Inc. Washington, D.C. and London, England. Copyright © 1999 Elizabeth B. Weller, Ronald A. Weller, Mary A. Fristad y Manjoo Rooney. All Rights Reserved.
 Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS). Edición original publicada en Estados Unidos de América por American Psychiatric Press, Inc. Washington, D.C. y Londres, Inglaterra. D.R. © 2001 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Av. Sonora 206. Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc, 06100 México, D.F.



0606

secundario. Aunado con las bondades intrínsecas de efectuar esta medición, las siete subescalas permiten obtener un nivel de peligrosidad.

Con una serie de cuestionarios, a través del Eje K se pretende calificar personas con cualquier tipo de funcionamiento, es decir, permite la medición incluso de quien es saludable o superior, por lo cual puede ofrecer un panorama acertado de una recuperación total. Las puntuaciones del Eje K pueden ser complementos útiles para la toma de decisiones clínicas, tales como ingresos, transferencias, altas o cambios en medicación.

Perfil de estrés

Nowack desarrolló este instrumento para evaluar 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo para la salud en personas de 20 a 68 años de edad.

Uno de los términos que actualmente forman parte de nuestro vocabulario cotidiano es “estrés”. Éste representa un aspecto inevitable de la vida; lo que marca las diferencias entre los individuos es el modo en como cada uno lo afronta. ¿Qué sucede cuando en la relación entre el sujeto y el entorno, se percibe como amenazante o desbordante de los recursos de la persona y peligroso para su bienestar?

El Perfil de estrés consta de 123 reactivos que permiten abordar áreas como hábitos de salud, conducta tipo A, estilo de afrontamiento, bienestar psicológico, red de apoyo social, etc., además de contar con una medida de sesgo y un índice de inconsistencia en las respuestas.

Los usos del Perfil de estrés son múltiples: para los clínicos, proporciona información sobre estilos de vida y conductas relacionadas con la salud que pueden estar contribuyendo a la presencia de enfermedades y trastornos físicos o psicológicos vinculados con el estrés; por tanto, facilita al personal de la salud tomar decisiones sobre el tratamiento para estos pacientes. Puede aplicarse también en programas de promoción para la salud, compañías de seguros y cualquier investigación con

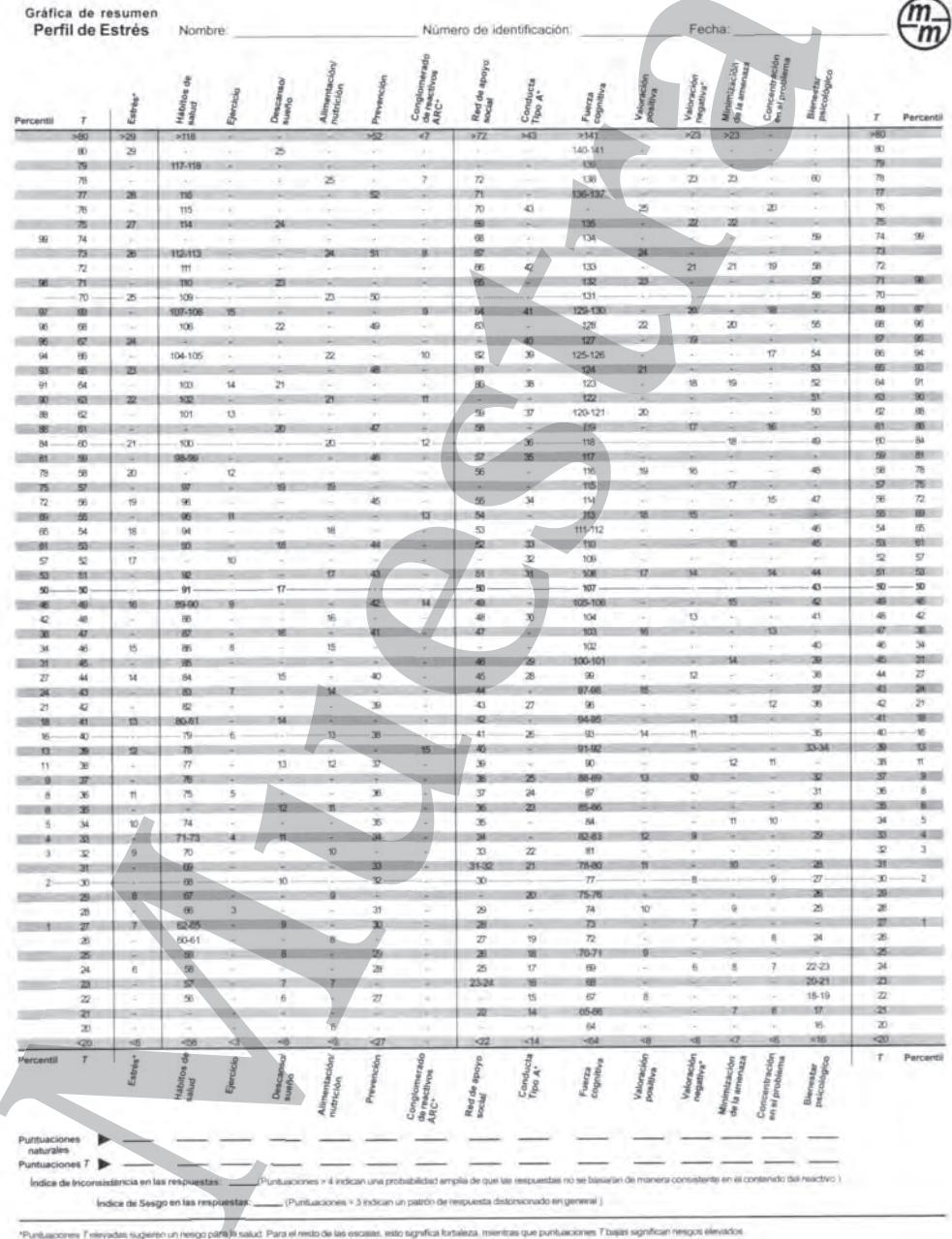


Figura 6-11. Muestra de la Gráfica de resumen del Perfil de estrés de Nowack. D.R. © 2002 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. “All rights reserved by Western Psychological Services”.

finés clínicos, experimentales o epidemiológicos. Se aplica en 25 minutos, aproximadamente.

Inventario de ansiedad: rasgo-estado (IDARE)

Diseñada por Spienberg y Díaz Guerrero con esta prueba se pretenden medir dos dimensiones de ansiedad: estado (cómo se siente el sujeto en ese momento) y rasgo (cómo se siente generalmente).

Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo; sin embargo, cuando la ansiedad se presenta como una diferencia individual, relativamente estable, se constituye como rasgo de la personalidad.

La escala A-Rasgo del inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las cuales se pide a los examinados describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado, también consta de 20 afirmaciones; pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

La escala A-Rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional propensos a la ansiedad, y para evaluar el grado hasta el cual los estudiantes quienes solicitan los servicios de asesoría psicológica o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica.

La escala A-Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Se aplica en 15 minutos.

PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS

Con frecuencia, los niños enviados para evaluación en ambientes clínicos y educativos presentan indicaciones de problemas complejos que requieren una valoración minuciosa utilizando instrumentos intelectuales, funcionales y neuropsicológicos. La neuropsicología clínica estudia la relación entre la conducta y la disfunción cerebral. Es posible que los profesionales de psicología, psiquiatría, neurología, medicina conductual, enfermería y

trabajo social soliciten valoraciones neuropsicológicas para identificar individuos, quienes posiblemente tengan problemas neuropsicológicos subyacentes o para valorar las capacidades de personas que presentan lesiones neurológicas conocidas. Las valoraciones neuropsicológicas también se utilizan para el diagnóstico diferencial entre trastornos neurológicos y psiquiátricos. Aunque originalmente Wechsler no tenía el propósito de que sus escalas se emplearan como instrumentos neuropsicológicos, es cada vez más frecuente que se les reconozca como una parte integral de las baterías neuropsicológicas (Hynd *et al.*, 1998).

En una valoración neuropsicológica, es común que la prueba de inteligencia se aplique como parte de una batería más amplia de pruebas para evaluar múltiples dominios del funcionamiento psicológico y cognoscitivo. Aunque las puntuaciones de subprueba y puntuaciones compuestas estándar constituyen partes importantes de información en las valoraciones neuropsicológicas, el desempeño en las escalas Wechsler se considera principalmente en combinación con el desempeño del niño en otras pruebas neuropsicológicas aplicadas como parte de la evaluación.

Examen del estado mental mínimo (MMSE)

Es la prueba cognitiva abreviada de mayor validez y difusión internacional (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). El puntaje máximo es de 30 y, originariamente, el valor límite o de corte fue de 24; sin embargo, los resultados deben ser interpretados de acuerdo con diferentes criterios, tales como la edad, el nivel educacional y otras variables personales. Se recomienda utilizar el valor límite de 26, valor utilizado en la mayoría de los estudios internacionales. Un resultado por debajo del valor límite sugiere deterioro cognitivo; pero un resultado considerado “normal” no lo descarta. En nuestro medio existen múltiples versiones, muchas de las cuales son simples traducciones del inglés. Con el MMSE se evalúa: orientación, memoria, atención, capacidad para seguir órdenes y escritura.

La principal aportación de esta prueba consistió en proporcionar un instrumento para la detección de deterioro cognitivo y que se pudiese aplicar en poco tiempo. Según sus autores, esto era especialmente importante para determinadas alteraciones como demencia, en las cuales el paciente rápidamente se cansaba, y por tanto dejaba de colaborar.

Miniexamen cognoscitivo (MEC)

Lobo y colaboradores (1979) adaptaron el MMSE esta prueba para una muestra española; pero introduciendo cambios en algunas preguntas que afectaban la puntuación total, de este modo en lugar de obtenerse un total de 30 puntos, como sucedía con la versión original, en este caso se obtienen un máximo de 35 puntos. A esta versión los autores la llamaron Miniexamen Cognoscitivo (MEC), extendiéndose su uso rápidamente, y conviviendo con otra adaptación, en este caso sí totalmente fiel, del MMSE. El punto de corte establecido para la detección de demencia en población española se sitúa en 23 o menos.

Short-Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)

Es una prueba muy breve, de 10 preguntas que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo (Pfeiffer, 1975). A pesar de su brevedad, presenta una aceptable capacidad discriminativa. El sistema de puntuación se resume en la asignación de 1 punto a la pregunta incorrecta. Entre 0 y 2 errores se considera normal; entre 3 y 4 errores, deterioro leve; entre 5 y 7 errores, deterioro moderado; y más de 8 errores, deterioro grave.

Prueba Luria Nebraska

Esta batería clínica fue diseñada para evaluar un extenso rango de funciones neuropsicológicas. Basada en los primeros esfuerzos

teóricos y las técnicas de diagnóstico clínico del neuropsicólogo ruso Luria, fue desarrollado con procedimientos de construcción y validación muy rigurosos. La batería estandarizada consta de 269 preguntas, las cuales proporcionan un perfil para las siguientes 14 escalas: motora, rítmica, táctil, visual, lenguaje receptivo, lenguaje expresivo, escritura, lectura, aritmética, memoria, intelectual, patognomónico, hemisferio izquierdo y hemisferio derecho. Diseñada para sujetos con una edad a partir de los 15 años, también ha sido aplicada satisfactoriamente con adolescentes de 12 a 15 años. El tiempo de aplicación es considerablemente menor que el de otras baterías ampliamente usadas y con la misma capacidad para diagnosticar la presencia de disfunciones cerebrales o para determinar la lateralización y la localización.

Ayuda a comprender e interpretar la escala en su conjunto y el papel individual de cada una de sus preguntas, con intención de completar el diagnóstico. Cada capítulo se divide en tres partes: la primera examina el contenido teórico; la segunda discute las intercorrelaciones entre las preguntas; y la tercera describe la estructura de cada escala, basándose en una población de 270 individuos, divididos entre sujetos con daños cerebrales, sujetos con problemas psiquiátricos y sujetos normales.

Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)

La Editorial El Manual Moderno, en coedición con la Universidad de Guadalajara y la Facultad de psicología de la UNAM, publicaron la Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI) (Matute, E.; Rosselli, M.; Ardila, A. & Ostrosky-Solís, F., 2007); cuyo objetivo es evaluar las características neuropsicológicas de niños y jóvenes en edad escolar así como poder valorar las características de las habilidades cognitivas y conductuales que se considera que reflejan la integridad del Sistema Nervioso Central. Es un instrumento dirigido a la evaluación de niños a partir de los 5 años hasta jóvenes de 16 años de edad.

La ENI es de aplicación individual y pretende apoyar en el diagnóstico y trabajo en problemas de aprendizaje como dislexias,

disgrafias y discalculias, al igual que los problemas en el desarrollo del lenguaje los cuales constituyen un capítulo amplio dentro de la neuropsicología infantil.

La ENI comprende la evaluación de 11 procesos neuropsicológicos: atención, habilidades construccionales, memoria (codificación y evocación diferida), percepción, lenguaje oral, lectura, escritura, cálculo, habilidades visoespaciales y la capacidad de planeación, organización y conceptualización.

Las 12 subpruebas del instrumento abarcan las relaciones entre la audición, el habla, la lectura y la escritura y son: Analogías habladas, Vocabulario oral, Cierre morfológico, Oraciones sintácticas, Eliminación de sonidos, Secuencias rimadas, Secuencias de oraciones, Vocabulario escrito, Decodificación visual, Decodificación auditiva, Ortografía visual, Ortografía auditiva. Además consta de dos Anexos: uno para evaluar la lateralidad manual y el otro, la presencia de signos neurológicos blandos. El diseño de esta prueba permite realizar un análisis cualitativo y otro cuantitativo de las ejecuciones de cada niño.

Las normas de la prueba se obtuvieron de una muestra de 540 niños mexicanos y 248 colombianos. La ENI consta de 13 pruebas, 59 sub-subpruebas, 43 sub-sub-subpruebas, más 1 prueba de lateralidad manual, 10 sub-subpruebas y 3 sub-sub-subpruebas de evaluación de signos blandos.

Esta es una prueba exhaustiva y comprensiva, por lo que el autor felicita a los desarrolladores de esta batería.

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 qué 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.

CAPÍTULO 8

Entrevista clínica

Independientemente del contexto profesional donde se ubique el psicólogo clínico, sea este un hospital, gabinete, prisión, clínica de rehabilitación, centro para el control de adicciones, barraca militar o escuela; de la misma manera si el paciente se encuentra en una cama, en una silla de ruedas o cómodamente sentado, la entrevista psicológica es la herramienta esencial y primordial de trabajo y el procedimiento metodológico hace al psicólogo clínico distintivo de otros miembros del equipo multidisciplinario en las ciencias de la salud. Es la entrevista clínica, como técnica y proceso de la clínica psicológica, el procedimiento que mejor debe dominar cualquier psicólogo clínico. La entrevista es la herramienta para trascender la mera semiología descriptiva e interpretar las percepciones del contexto y la visión de la situación por parte del paciente.

Gracias a la entrevista el psicólogo hace contacto con el paciente, a través de una interacción intencionada, sistemática y profesional con la finalidad de evaluar los pensamientos, sentimientos y conducta de éste. En este capítulo, se aborda especialmente el

proceso de la entrevista como una herramienta en el ámbito clínico, mientras que en el siguiente capítulo se aborda con mayor profundidad el proceso terapéutico en psicología clínica.

ENTREVISTA COMO HERRAMIENTA

La entrevista psicológica es una relación de índole profesional, en la cual existe una diferencia de poder entre los participantes. Por un lado, se ubica el psicólogo, como experto, desempeñando un trabajo particular y acotado por una serie de principios técnicos, éticos y de proceso. Como entrevistador, el psicólogo pretende ayudar al entrevistado con base en una responsabilidad laboral y profesional.

Por otro lado se encuentra el entrevistado, el paciente, quien recibe la ayuda y se encuentra libre de exigencias laborales y profesionales. Es por ende, una relación desigual y estructurada, es decir, no se da de forma espontánea o libre: es un acto profesional regido por cánones y reglas que se deben considerar. Es un proceso con riesgos y vicisitudes cuyo resultado muchas veces es incierto.

En la entrevista clínica el entrevistador es quien lleva el control, pero quien la dirige es el entrevistado. La relación entre ambos delimita el campo de la entrevista y todo lo que en ella acontece; sin embargo el clínico debe permitir que el campo de la relación interpersonal sea predominantemente establecido y configurado por él, ya que éste responde como profesional del proceso y resultados de la misma.

De acuerdo con Bleger (2002) la entrevista es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales se verifica y aplica el conocimiento científico.

La entrevista clínica tiene características sui generis, las cuales se deben considerar, por ejemplo, es en sí misma un proceso

de indagación clínica, y a la vez una forma de intervención, donde las divergencias y contradicciones del entrevistado nos dan luz acerca de su estado mental y nivel de confusión conceptual respecto a un problema, pero al mismo tiempo este análisis le permite clarificarlo y resolverlo.

La entrevista psicológica es un proceso único, la cual evoluciona de acuerdo con lo que sucede entre los mundos dinámicos y cambiantes e irrepetibles en un momento dado de la vida. En ella se combinan las delimitaciones de la práctica profesional con las libertades inherentes al ser humano, de pensar e imaginar sin límites, de sus fantasías, deseos, miedos, aspiraciones, secretos y motivaciones (todas variables psicológicas por excelencia) son abordadas de manera específica e intencionada por el psicólogo en el ámbito clínico.

En la entrevista clínica, existe inexorablemente un conflicto constante entre la objetividad de lo observado y la intersubjetividad surgida del diálogo. El análisis, durante la interacción entre el entrevistado y el terapeuta, transforma y significa la realidad, dándole connotaciones diferentes a un mismo hecho reportado, en el tiempo o circunstancia.

En la entrevista el entrevistador forma parte del campo, es decir, en cierta medida condiciona los fenómenos que él mismo va a registrar.

La entrevista es también un método de investigación en el cual las observaciones que se registran en la misma, dan pie al origen de hipótesis clínicas, las cuales se van validando o invalidando durante el proceso.

Durante una entrevista el clínico debe identificar los puntos principales del problema planteado por el paciente, ordenarlos según la importancia de éstos, para poder identificar cuál es el punto principal que afecta a la persona; debe hacer que la persona se dé cuenta de ellos y además se deben diseñar estrategias para ayudar en la resolución del problema, y así orientar al individuo hacia el éxito en sus actividades cotidianas.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

La transferencia y la contratransferencia son conceptos clásicos de las teorías psicodinámicas, los cuales deben repasarse cada vez que se discute el proceso de entrevista clínica.

La transferencia es deseable en la entrevista ya que consiste en la proyección de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado, hacia el entrevistador. El descubrimiento de la transferencia, permite al psicólogo identificar pautas de conducta, sentimientos y pensamientos que éste ha establecido a lo largo de su vida, especialmente en la relación interpersonal con el medio familiar. La identificación de la transferencia es clave para discernir entre la información que puede aportar voluntariamente el paciente, a través del discurso intencionado; o inconscientemente, a través de los lapsos, los juegos de palabras, las discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal y sobre todo de los silencios y omisiones; o bien de relatos repetitivos aparentemente sin importancia, los cuales al ser devueltos en la entrevista adquieren significados no antes conscientes.

Con la transferencia, al imputar al entrevistador cualidades o aspectos afectivos inmerecidos, el entrevistado aporta aspectos importantes de su personalidad, de sus miedos y aspiraciones, que no puede manifestar de manera abierta, consciente e intencionada.

La contratransferencia, por otra parte, es indeseable en la entrevista y se refiere a los fenómenos que aparecen durante la entrevista como parte de la agenda inconsciente del entrevistador. La contratransferencia es generalmente inevitable y negativa para el proceso y debe estar en el centro de la capacitación del clínico, con la intención de enseñarle a identificar sus propios disparadores, agendas ocultas, asuntos inconclusos y tareas pendientes.

Resulta importante revisar estos conceptos, dada la importancia del hecho de que el clínico haya pasado por el proceso de

una terapia personal, la cual le permita identificar los aspectos que inconsciente pudieran detonarse durante el proceso de entrevista y ser fuente de contratransferencia, por ende, de “contaminación” de la entrevista clínica. ¿Cuándo estuvo por última vez en el lugar del entrevistado?

SOBRE EL ENTREVISTADOR

Cuando el psicólogo clínico asume el papel de entrevistador se convierte, él mismo, en el instrumento de trabajo. Su psique, indefectiblemente, entra a ser parte de la relación interpersonal con el entrevistado ya que son sus capacidades de apego, interconexión, sensibilidad e intuición, las cuales se ponen en juego al interactuar con otro ser humano.

Como responsable del producto de la entrevista, el entrevistador, debe estar consciente de los riesgos y limitaciones de su papel en la entrevista. Es decir, debe mantener un equilibrio entre la objetividad del observador y la sensibilidad del ser humano quien interactúa de manera real con alguien quien sufre de angustia y ansiedad y desea resolver una situación o conflicto; de otra forma, probablemente sus servicios serían innecesarios o de paga innecesaria.

Al enfrentar la situación del paciente, el clínico enfrenta sus propios miedos y temores, sus aspiraciones y deseos: su propia vida, salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones.

Por lo anterior, el entrevistador debe de operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo relativamente ajeno y objetivo, observando y controlando lo que ocurre en el proceso, con el fin de conseguir las metas preestablecidas. Esta disociación con la que debe operar el entrevistador es a su vez funcional y dinámica, en el sentido de que debe actuar permanentemente la proyección y la introyección, ser lo suficientemente flexible para permanecer en los límites de una actitud profesional (Bleger, 2002).

Más aún, el entrevistador debe jugar los papeles que le son promovidos por el entrevistado; pero sin asumírselos en totalidad. Jugar el papel significa percibir el rechazo, comprender; hallar los elementos que lo promueven, las motivaciones del entrevistado para que ello ocurra y utilizar esta información para esclarecer el problema o promover la modificación en el entrevistado. Permite, percibir las diferentes tonalidades afectivas, sospechar la simulación y cuestionar la intencionalidad del entrevistado, todos estos aspectos subjetivos; realidades que no pertenecen al mundo físico, pero que pueden conocerse a través de la interacción con otro ser humano, quien siente, percibe e intuye al igual que uno.

SOBRE EL ENTREVISTADO

En psicología clínica el entrevistado es el paciente y además el objeto de observación y el sujeto de atención. Es el receptor de los servicios profesionales del psicólogo y tiene diferentes grados de responsabilidad en el curso de la entrevista.

Cuando la entrevista es voluntaria y solicitada por el entrevistado, es muy probable que éste tenga cierto grado de introspección de que algo no anda bien, de que algo ha cambiado o se ha modificado, incluso se percibe a sí mismo con ansiedad y temores; en suma, es muy probable que tenga consciencia de un problema y al tiempo tenga deseos de resolverlo. Por el contrario, cuando el entrevistado es referido y obligado, presentara con frecuencia resistencia, evasión y simulación ante el entrevistador.

En el primer caso, cuando la entrevista es procurada, los enfoques poco directivos y la participación activa del paciente conducen a una resolución satisfactoria del proceso y nuevas formas de percibir la situación y de significado. Por lo general en estos casos es fácil establecer las reglas del juego, las metas y conducir las entrevistas de forma secuencial hacia la terminación del proceso.

En el segundo caso, los enfoques más directivos e intencionados son necesarios, dada la frecuencia de que el entrevistado sea víctima de enfermedades mentales o físicas, resultado de un

accidente o de una situación de guerra, o bien, porque han sido referidos por el médico o por un juez y no solamente presentan poca consciencia del problema, sino que carecen del deseo de ser evaluados o de compartir su situación. Más aún, en México es muy común que el paciente desconozca los posibles beneficios de la intervención psicológica, y que éste presente prejuicios negativos hacia ésta, lo cual lo hace proclive a resistir o rechazar la entrevista.

Por lo anterior, el clínico deberá recurrir al uso de todo el arsenal de recursos que posea: pruebas proyectivas y estandarizadas, cuestionarios estructurados, juegos y circunloquios; en fin, hará uso de cualquier artificio ético para obtener la información necesaria para completar la evaluación.

Por lo anterior resulta fundamental que el clínico aprecie y evalúe tempranamente las condiciones generales del entrevistado y proceda de manera natural, intencionada e inteligente para establecer una estrategia de relación, con la finalidad de ganar la confianza del entrevistado; aunque no hay reglas establecidas para lograr lo anterior, cualquier psicólogo clínico perito y veterano coincidirá en señalar que la confianza del paciente es clave y fundamental para lograr cierto grado de éxito en la entrevista.

TIPOS DE ENTREVISTAS

La entrevista es una interacción humana con diferentes formas y tipos específicos, cada una de ellas tiene características particulares de acuerdo con el momento y las circunstancias que la rodean (Rodríguez, 1998). La entrevista es una técnica que exige de mucha capacitación y así dominar las habilidades requeridas para obtener la información necesaria para el juicio clínico de forma efectiva y profesional.

La entrevista puede clasificarse en varias categorías según su análisis, por ejemplo: voluntaria si el paciente acude por su propia decisión; o compulsiva y obligatoria si la entrevista es parte de un juicio o proceso penal.

En cuanto al método puede ser cerrada: si las preguntas ya están previstas, tienen un orden y una guía a seguir; o puede ser abierta: si el entrevistador tiene libertad para aportar información.

En cuanto al manejo la entrevista puede ser directiva: el entrevistador mantiene control sobre el entrevistado con preguntas específicas y definidas; o libre (no dirigida): si el entrevistado puede llevar el ritmo y la agenda. En la entrevista directiva la especificidad y enfoque se hacen a costa de la información espontánea, la cual refleja las características y valores del entrevistado de una manera natural. En la entrevista libre las preguntas son amplias para mantener hablando al entrevistado, mientras el entrevistador escucha cuidadosamente sin interrumpir ni discutir. El reto es interpretar los datos que podrían ser inadecuados e incompletos. Ciertamente, algunos paradigmas teóricos tradicionalmente han preferido un esquema u otro, por ejemplo, el enfoque psicodinámico utiliza técnicas no directivas como la libre asociación; mientras que en los enfoques conductual y cognitivo conductual se utilizan métodos más estructurados y dirigidos. Cabe señalar que en una visión clínica pragmática las estrategias y los tipos de entrevista a utilizar serán prescritos por el problema por abordar, adoptando una visión instrumental de las técnicas en función de los propósitos de la intervención profesional.

Con el adecuado manejo de la entrevista se puede obtener mucha información, evaluando la situación de una persona basándose en la comunicación que se establezca con la misma; con este procedimiento se obtiene información directa o indirecta de gran valor para alcanzar un juicio clínico (Sánchez y Valdés, 2003).

La efectividad de la entrevista no se basa solamente en las habilidades del entrevistador para manejarla y obtener la información deseada; también hay que considerar la disposición del entrevistado para con el entrevistador; por ejemplo, los pacientes califican mejor al psicólogo cuando lo pueden escoger, que cuando es asignado y cuando los pacientes tienen expectativas

positivas hacia el proceso (Casado, 1998). En seguida revisaremos algunas habilidades esenciales para desarrollar una entrevista psicológica en el campo clínico.

HABILIDADES PARA LA ENTREVISTA

Atención

La atención es la primera habilidad que debe tener el psicólogo clínico, ya que de ésta depende mucho la utilización de las demás habilidades; pero esto no quiere decir que sea suficiente para una orientación exitosa. Todas las habilidades son importantes y están entrelazadas, mientras más habilidades posea el psicólogo clínico, la capacidad de ayuda de éste será mayor porque podrá interpretar y hacer un seguimiento adecuado de la información que el paciente le transmita.

El propósito de la habilidad de atención es alentar al paciente para expresar sus ideas, dar al paciente un sentido de responsabilidad, ayudarle a relajarse y sentirse cómodo en la sesión de consejo, aumentar la confianza y seguridad del paciente en el psicólogo clínico y así poder hacer inferencias más precisas sobre las expectativas del paciente.

Egan (1981) comenta que un buen psicólogo clínico debe ser perceptivo, atender cuidadosamente a la otra persona y escuchar tanto los mensajes verbales como los no verbales (atención psicológica).

Según Benjamín (1980), atender implica una preocupación por todos los aspectos de la comunicación e incluye escuchar el contenido verbal y observar las claves verbales y no verbales para descubrir los sentimientos que acompañan el discurso del paciente.

La conducta de atender consiste en escuchar efectivamente y observar cuidadosamente, por lo cual atender físicamente tiene dos funciones: comunicar al paciente que se le escucha y atender de manera activa, y demuestra preocupación e interés. En el

proceso es importante observar cómo el paciente se relaja y se siente cómodo cuando se le escucha, porque siente que realmente es importante para la otra persona.

Para cumplir lo anterior, el psicólogo clínico debe conducirse de una forma preestablecida, establecer contacto visual, postura corporal y seguimiento verbal preciso con el paciente. En la atención, se debe mirar cara a cara, mantener una postura abierta, un buen contacto con los ojos, inclinarse hacia el otro y permanecer relativamente relajado y cómodo.

Algunos datos que sugieren falta de atención son: pobre contacto visual, mirada fija o vacía, postura tensa o interrumpir frecuentemente al paciente. Peor aún, en algunos casos el psicólogo realiza otras cosas durante la entrevista toma apuntes, parece distraído o desinteresado o simplemente no presta cabal atención al cliente.

Cabe recordar que la atención y escucha activa son las bases fundamentales de la clínica psicológica y éstas no pueden descuidarse.

Escuchar

Cuando se habla de oír, se subraya el proceso fisiológico que tiene lugar cuando las ondas sonoras recibidas por el oído causan una serie de vibraciones y son transmitidas al cerebro; pero escuchar, es un proceso psicológico, el cual, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc. (Alemany, 1977).

Escuchar de manera atenta permite explorar ideas y sentimientos e identificar nuevos asuntos de análisis. Una buena escucha ayuda para comprometer al paciente a ser sincero y retribuir la atención brindada. Escuchar activamente implica animar al paciente para hablar, más todavía para expresarse y revelar sus pensamientos y sentimientos.

El psicólogo clínico es primariamente un receptor de la información que emite el paciente, misma que debe ser procesada en términos de enfoque, clarificación y ubicación de las preocupaciones

que tiene el paciente. Para esto, saber escuchar es una habilidad muy importante, porque a través de esta actividad se colecta la información primaria acerca del problema o conflictos por los cuales pasa el paciente; además, en esta habilidad, se encuentran inmersos la atención, la observación y la comunicación, aspectos fundamentales para el desarrollo adecuado de una sesión de orientación.

Según Tyler (1991), ser diestro para escuchar es primordial para lograr una orientación eficaz, esto implica estar alerta tanto del paciente como del ambiente que lo rodea; implica estar atento a los sentimientos y pensamientos del propio psicólogo clínico. La atención puede ser clasificada como la destreza de escuchar, debido a que escuchar se define como la recepción de mensajes de un paciente, enfocando la atención, en lo que el paciente está expresando verbal y no verbalmente. Escuchar es tan importante, que algunos expertos equiparan la pericia del psicólogo clínico en relación inversa con el tiempo que éste habla en la sesión.

Sintonía

La sintonía durante la entrevista clínica es la capacidad del entrevistador para lograr una conexión efectiva con el paciente, de tal forma que éste sea consciente de que está siendo escuchado y que se está respondiendo a su discurso, sus sentimientos y sus preocupaciones.

Al comunicarle al cliente que está siendo escuchado le dará mayor confianza, apertura y seguridad para continuar el diálogo. Canto (1997) menciona tres aspectos necesarios para lograr que el paciente sienta que está siendo escuchado: el contacto visual, la postura y el seguimiento verbal.

El psicólogo clínico debe iniciar con el contacto visual, ya que a partir de éste se forman las buenas o malas impresiones que facilitarán el desarrollo de la sesión.

El contacto visual debe ser iniciado por el psicólogo clínico, las impresiones fuertes, favorables o desfavorables se forman

dependiendo de la clase y cantidad de contacto visual, esta conducta es imperativa, por lo cual es importante hacer notar al paciente el uso variado del contacto, de lo contrario se puede causar un sentimiento de incomodidad al tener la mirada fija.

El psicólogo clínico debe adoptar una postura con la cual se sienta relajado y cómodo, lo cual hará sentirse interesado en la comunicación. El lenguaje corporal y los gestos reflejan muchas cosas que no se dicen verbalmente, como el interés por el paciente, importante denotación para el logro de una buena interacción paciente-psicólogo clínico, que transmite seguridad y confianza al paciente.

Por último, con el seguimiento verbal preciso el psicólogo clínico le comunica directamente al paciente que está siendo escuchado con precisión, ya sea repitiendo las palabras clave de lo que el paciente dice, alentándolo para continuar con frases como: uhhh, aja, ¿sí?, o simplemente asintiendo con un gesto con la cabeza. Para un seguimiento verbal preciso, el psicólogo clínico debe evitar pasar a otros temas o cortar bruscamente lo que el paciente dice, así como tampoco interrumpir cuando éste hable, es necesario saber escuchar para posteriormente elaborar las preguntas pertinentes, en el momento adecuado. De esta manera se promueve el desarrollo favorable de la entrevista y al finalizar, si se escuchó bien y atentamente, se podrán obtener conclusiones eficazmente.

En el seguimiento verbal preciso el psicólogo clínico comunica respuestas verbales que va escuchando y observando; es importante que las respuestas verbales sean precisas, es decir, que expresen realmente lo que el paciente está pensando o sintiendo. Según Cormier y Cormier (1991) existen cuatro respuestas de escucha básicas:

1. La clarificación: es una pregunta utilizada detrás de un mensaje confuso del paciente y que pretende precisar el significado.
2. La paráfrasis: consiste en la repetición de las palabras y pensamientos principales del paciente.

3. El reflejo de sentimientos: consiste en repetir la parte afectiva del mensaje y subrayar los sentimientos asociados con la idea.
4. La síntesis: es un resumen de los principales temas tratados por el paciente, elaborado por el psicólogo clínico, con la finalidad de corroborar la fidelidad de lo registrado.

Observación

La observación es una habilidad clínica por excelencia, la cual diferencia al perito del experto, al novicio del veterano y hace la diferencia en muchos casos. Durante la entrevista el psicólogo puede observar el tono, porte, grado de orientación, talante, aliño, tez y otros datos clínicos del paciente, como erupciones, forma de caminar, movimientos y otras muchas cosas relevantes para el diagnóstico. Sin embargo, a diferencia del médico, el psicólogo debe, a través de la observación acuciosa de la comunicación no verbal, poner en claro la diferencia existente entre lo que dice el paciente y lo que realmente pretende dar a entender.

La comunicación no verbal es un proceso eminentemente inconsciente que nos describe emociones y sentimientos y los manifiesta por medio del comportamiento humano

Acevedo (1988) define la comunicación no verbal como una dimensión de los intercambios significativos de ilustración recíproca entre lo verbal y lo inconsciente. A lo largo de la entrevista, el entrevistado emite mensajes no verbales que acompañan, subrayan, corroboran y tal vez desmienten o contradicen sus propios mensajes verbales. La comunicación no verbal es un arsenal de información que no se interrumpe ni un solo minuto, como se interrumpe en cambio la expresión verbal.

Según Ivey (1991) la difícil y compleja tarea del psicólogo consiste en observar la dirección de pensamiento y comportamiento para entender esa cosmovisión única que posee de las cosas y puede ser evaluado en la clínica a través de: contacto visual, lenguaje corporal, tono de voz, velocidad del habla, uso del espacio físico y del tiempo, entre otras cosas.

En cuanto al lenguaje corporal, uno de los más relevantes y fáciles de percibir es la postura del cuerpo. El paciente puede, por ejemplo, cruzar los brazos (dato más evidente de rechazo o defensa), deslizarse en el asiento (cansancio o evasión) o cruzar las piernas (poca apertura). También entran en esta categoría los gestos faciales. La mayoría de las veces se realizan de manera inconsciente y tienden a comunicar un mensaje más sincero que las palabras.

El tono de voz y la velocidad del habla del paciente indican mucho acerca de la condición en la cual se encuentra, principalmente de su estado emocional. Hablar rápido es a menudo asociado con nerviosismo e hiperactividad, mientras que hablar lento se asocia con letargo y depresión.

Entre los aspectos de la comunicación no verbal por observar son los silencios o interrupciones abruptas del discurso, la forma de saludar y el apretón de manos, la actitud general, el grado de sintonía afectiva, etc.

Una sonrisa, un gesto de preocupación, manos temblorosas, movimientos de los pies, entre otros, pueden decir muchas cosas sobre el paciente. Un gesto triste permite al psicólogo clínico conocer los sentimientos de la persona, aún cuando ésta no lo exprese verbalmente. El tono de voz cuando habla acerca de otro refleja sus sentimientos, ya sean de odio, amor, tristeza, etc., el paciente también puede demostrar enojo por la manera de decir las cosas o incomodidad con su postura y movimientos.

Información

En la mayoría de las entrevistas en el ámbito clínico, el psicólogo proporciona información relevante y valiosa para el paciente. Como parte del equipo de salud una de las funciones fundamentales del psicólogo es educar y orientar al paciente, generalmente involucrado en una serie de procedimientos médicos, psiquiátricos o de rehabilitación.

Por lo anterior, es importante desarrollar durante la capacitación la habilidad para dar información. Sobre todo si se considera

que en ocasiones, el problema fundamental del paciente se deriva de la falta de información.

Esta habilidad para informar consiste en la comunicación verbal hacia el paciente de datos sobre algún aspecto de su problemática. Por ejemplo, informarle sobre los efectos secundarios de una medicación particular y los riesgos de ciertos procedimientos quirúrgicos con la finalidad de que el paciente pueda evaluar los riesgos y consecuencias y tome mejores decisiones. También se puede informar para corregir mitos o prejuicios que obstaculizan la adherencia a ciertos tratamientos, la toma de medicamentos o la realización de estudios clínicos importantes para establecer un diagnóstico preciso.

Resulta importante para el psicólogo clínico distinguir las diferencias entre informar y aconsejar. En la información se le brindan datos al paciente y se le permite tomar decisiones por sí mismo sobre alguna problemática; mientras al aconsejar se le indica al paciente qué hacer en determinada situación.

Empatía

La empatía se define como la capacidad del psicólogo de ponerse “en los zapatos del paciente” o de ser capaz de intentar ver la situación desde la perspectiva del paciente.

Aunque este es un término fundamental en los paradigmas humanistas, como habilidad de comunicación en la entrevista, la empatía es una herramienta fundamental dentro del arsenal terapéutico del psicólogo.

Por medio de la empatía, el psicólogo clínico se gana la confianza del paciente, así él se siente con la libertad de decir lo que piensa y lo que siente sin miedo de ser juzgado o criticado por sus sentimientos ante el problema.

Cuando se habla de problemas en el ser humano, implica tratar con sentimientos y emociones que acompañan al mismo. Sin embargo, expresar los sentimientos no siempre es fácil o socialmente aceptable, especialmente para los hombres quienes muchas veces reflejan sentimientos de manera indirecta por medio

de comunicaciones no verbales como gestos, posturas, permanecer en silencio, dificultad para hablar, depresión, fatiga, dolores de cabeza, sudoración, entre otras. El trabajo del psicólogo clínico es hacer que el paciente sea consciente de sus sentimientos y sea capaz de expresarlos, es decir, que no los niegue ni tenga miedo de demostrarlos y aprenda a aceptarlos.

Interrogatorio

El interrogatorio se compone de dos elementos: el cuestionamiento y el sondeo. El primero consiste en la formulación sistemática y no de preguntas durante la entrevista clínica y el segundo simplemente en hacer ciertas preguntas con fines de comunicación o procesamiento, es decir, el cuestionamiento es teleológico y tiene fines prácticos en la recolección de información y el sondeo es fenomenológico y pretende, facilitar el proceso de la entrevista.

El psicólogo clínico debe utilizar el cuestionamiento y el sondeo de manera inteligente, tanto para analizar cada uno de los puntos involucrados en el problema, como para hacer que el paciente se sienta satisfecho con la entrevista.

Sin duda alguna, una de las principales cualidades de un buen clínico reside en su habilidad para hacer preguntas pertinentes, enfocadas y oportunas. Lo anterior se conoce técnicamente con el cuestionamiento, es decir, la habilidad de hacer preguntas de una manera secuencial, intencionada y adaptativa.

En ambas habilidades, la clave fundamental consiste en la capacidad para hacer preguntas pertinentes, abiertas o cerradas, según sea la necesidad, no inquisitiva y con un propósito preestablecido por el clínico.

Con el sondeo se pretende “romper el hielo” e iniciar una conversación, establecer el rapport, relajar al paciente o bien aliviar alguna presión. Por otra parte, con el cuestionamiento se busca coleccionar información específica del paciente y generar una comunicación centrada en un aspecto particular. Cormier y Cormier (1991) formulan una serie de consejos para el uso de preguntas dentro de una entrevista:

- a) Formule preguntas centradas en los problemas del paciente y no en la curiosidad o necesidades del psicólogo clínico.
- b) Después de una pregunta, permita una pausa que dé tiempo suficiente al paciente para responder.
- c) Formule solo una pregunta cada vez.
- d) Evite preguntas acusadoras o antagonistas.

Es a través de las preguntas, de la compilación y el análisis de las respuestas del paciente, de la observación de las discrepancias entre lenguaje verbal y no verbal y de lo referido por el paciente en cuanto lo que piensa, siente y desea que el clínico pueda establecer las diferentes hipótesis diagnósticas durante la entrevista.

Clarificación

Como dijimos, la clarificación es una pregunta utilizada para aclarar un mensaje confuso del paciente. Ésta puede emplearse para explicitar el mensaje previo del paciente y para confirmar la exactitud de su percepción del mensaje; comprobar lo que usted ha escuchado del mensaje y hacerle saber al paciente que está siendo escuchado. Según Cormier y Cormier (1991) la clarificación consta de cuatro fases:

- a) Identificación del contenido de los mensajes verbales y no verbales del paciente.
- b) Identificación de las partes vagas y confusas del contenido del mensaje del paciente.
- c) Decidir cómo iniciar la clarificación (se sugieren frases como “¿Estás diciendo que...?” “¿Podrías hablarme más de...?”, etc.).
- d) Evaluar la efectividad de la clarificación, si ésta es efectiva se debe de lograr que el paciente profundice en el tema en cuestión.

Paráfrasis

La paráfrasis es una de las habilidades básicas de comunicación en la entrevista de orientación. La paráfrasis es una destreza, la cual demuestra al paciente que el psicólogo clínico está atendiendo a lo que él dice. En la paráfrasis se repiten las palabras y pensamientos más significativos del paciente. Cuando dicha declaración se hace en palabras exactas se le conoce como refraseo y cuando se realiza con palabras similares o parecidas, pero conservando el significado original, se le llama parafraseo. Ésta se concentra primariamente en el contenido verbal, es decir, en el contenido que se refiere a los eventos, la gente o las cosas.

Para ser diestro en esta habilidad, el psicólogo clínico debe estar atento al mensaje del paciente, identificar la parte más importante y significativa del mensaje y devolver en su oportunidad el mensaje con menos palabras.

Entre los propósitos de la paráfrasis están: comunicar al orientado que el psicólogo clínico entiende lo que está tratando de decir, promover una discusión más amplia del tema o simplemente devolver el discurso para que el entrevistado analice lo que él mismo dice.

La paráfrasis permite al psicólogo clínico verificar sus percepciones del contenido verbal de las declaraciones del paciente y responder a los mensajes cognitivos.

La paráfrasis puede confundirse con la habilidad de reflejo del sentimiento, sin embargo pueden diferenciarse en que la primera se refiere a hechos y la segunda, como su mismo nombre lo dice, se centra en los sentimientos.

Reflexión del sentimiento

La reflexión del sentimiento se utiliza para repetir la parte afectiva del mensaje del paciente. Tiene como propósitos ayudar al paciente para sentirse comprendido, animarlo para expresar más sentimientos, hacer catarsis y facilitarle el manejo y la discriminación de sus sentimientos.

La reflexión del sentimiento debe ser no inquisitiva y realizarse en un plano netamente emocional, con la intención simple de dar espacios para expresar, reconocer y aceptar sentimientos.

Para lograr un acercamiento constructivo se debe recurrir al reconocimiento de los sentimientos y emociones existentes en la entrevista y propiciar su expresión. Durante la entrevista, el psicólogo clínico debe comunicarse no sólo a nivel cognitivo sino también en el nivel afectivo.

La habilidad del psicólogo clínico para transmitir el mensaje de confianza con el paciente, al grado de que éste pueda reflexionar sobre sus sentimientos, se basa en la suposición de que el psicólogo clínico pueda mantenerse en contacto, identificar y expresar sus propios sentimientos, lo cual lo enfocaría para ayudar al paciente a identificar y expresar sus propios sentimientos.

Existen dos etapas en la reflexión del sentimiento, la primera de ellas consiste en localizar la presencia de palabras o las conductas no verbales que muestren el sentimiento, y una segunda que consiste en devolver al cliente, poniendo en palabras, estos sentimientos.

Sánchez y Valdés (2003) recomiendan evitar frases estereotipadas que ocasionan culpabilidad en el paciente, o tenga otro sentimiento y no le permita continuar, por ejemplo, “Usted se siente...”. De igual modo, se debe evitar reflejar los contenidos de los sentimientos con las mismas palabras que ha utilizado el paciente o expresar los sentimientos con demasiada superficialidad o con excesiva profundidad.

En contraste con la paráfrasis, la reflexión del sentimiento se enfoca primariamente en el elemento emocional de la comunicación del paciente y es una respuesta empática al estado o la condición emocional del mismo.

Por último, cabe señalar que en esta habilidad hay un mayor riesgo de contratransferencia, por lo cual el profesional debe estar atento al juego de sus propias emociones en este proceso.

Confrontación

La confrontación como habilidad en la entrevista es una de las más difíciles de dominar y utilizar. Se define como el acto de identificar y poner en la mesa las discrepancias, los conflictos y los mensajes ambivalentes, los cuales se producen en los pensamientos, sentimientos y acciones del paciente. La confrontación permite que el paciente explore otras formas de percibir su problemática, y sea más consciente de las discrepancias entre sus pensamientos, sentimientos y acciones. Esto tiene el propósito de producir un cambio en él.

Todo psicólogo clínico debe tener algunos años de experiencia para poder distinguir en qué momento es propicio y necesario realizar una confrontación y la mejor manera de hacerlo.

En un principio es difícil discriminar el momento exacto cuando surge la confrontación de los momentos comunes, por esto el respaldo de prácticas previas es necesario para encontrar el momento crucial para orillar a una confrontación. Es necesario tomar en cuenta que la confrontación conlleva el riesgo de producir incomodidad y disgusto en el paciente; sin embargo, muchas veces durante la entrevista es indispensable llegar a confrontar el paciente si se desea un cambio en la conducta o en el pensamiento.

También es importante señalar que el psicólogo clínico debe confrontar al paciente de acuerdo con su propio estilo y personalidad y hacerlo de la manera menos dura.

Los pacientes pueden reaccionar de distintas formas, distorsionar los mensajes de la confrontación, ya que no todos se encuentran debidamente preparados para enfrentarla. En algunos casos, pueden negar la presencia de la incongruencia o mostrarse confundidos sin entender el mensaje de la confrontación o bien aceptarla de manera falsa para evitar que el psicólogo clínico siga insistiendo en el tema.

La importancia de la confrontación como herramienta para el psicólogo clínico es que brinda la oportunidad para poner sobre la mesa la esencia del problema y llevar al paciente al análisis de una manera más objetiva.

Para realizar la confrontación se hace necesario que el psicólogo clínico identifique el tipo de discrepancia, prepare la presentación de la misma al paciente en la entrevista y estudiar la reacción de éste.

Confrontar es mucho más que una exposición de las observaciones e inferencias del psicólogo clínico. La misma naturaleza de la confrontación es en sí misma conflictiva, pues la información que se maneja en ella es en algunos casos dolorosa para el paciente y por tanto únicamente podrá ser efectiva si se presenta con una sólida base de confianza, aceptación y entendimiento entre el orientado y el psicólogo clínico. Por lo anterior, la confrontación es una habilidad importantísima en la entrevista, que a pesar de sus riesgos, permite desarrollar insight en el paciente.

Interpretación

Con la interpretación se proporciona al cliente una perspectiva diferente de sí mismo u otras explicaciones de sus actitudes y conductas (Cormier y Cormier, 1991). También con la interpretación se pretende, a partir de la información colectada en la entrevista, establecer asociaciones o relaciones causales entre conductas, ideas o sentimientos y entre estos.

Las interpretaciones efectivas no son disociadas de las ideas expresadas por el paciente y hacen énfasis en los elementos con una connotación positiva.

Cuando la interpretación es efectiva contribuye al aumento de la autoexploración del paciente, el establecimiento de relaciones causales en su problemática y le permite confrontar puntos de vista diferentes acerca de sí mismo. El objetivo final de la interpretación es promover el cambio en el paciente, por esto el psicólogo clínico, al usar la habilidad de interpretar durante la entrevista, debe utilizarla en el momento oportuno, ya que al igual que la confrontación, la aceptación y contribución de la interpretación de lo expresado, exige de apertura y confianza por parte del paciente.

CAPÍTULO 9

Sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, es muy importante reconocer que grandes abismos conceptuales han sido superados en las clasificaciones y nomenclaturas de las enfermedades mentales. Hasta hace apenas 30 años en México, se utilizaban en la psicología clínica y psiquiátrica términos ambiguos, poco claros y hasta confusos para determinar una serie de enfermedades mentales. Por ejemplo, el término “neurosis” se utilizaba indistintamente para connotar estados de ansiedad, trastornos de ánimo o algunos cuadros disociativos y se empleaba de manera laxa y poco clara; de tal forma que aún entre los profesionales de la salud mental, no era posible tener un mismo concepto de una condición, dependiendo del contexto, perspectiva teórica o circunstancia en la cual se emitía el diagnóstico. Este franco desacuerdo exigía que al referir o canalizar un paciente, de un profesional a otro o de una institución a otra, se debiera hacer nuevamente un proceso de diagnóstico y un nuevo esquema de tratamiento, lo cual incrementaba costos y complicaciones para el paciente.

En otras palabras, existían numerosos y diversos términos para tratar una misma condición, ocasionando una pobre comunicación interprofesional, confusión diagnóstica, altos costos de tratamiento y poca eficiencia en el mismo.

Para superar lo anterior, a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de manera paralela la *American Psychiatric Association* (APA) hicieron grandes esfuerzos para llegar a clasificaciones o listas nominales que nos sirvieran para nombrar de manera consensuada diversos cuadros clínicos y trastornos mentales.

En este capítulo revisaremos las dos principales clasificaciones para entender los trastornos mentales, la primera es la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) empleada por la OMS, y la segunda es la última versión de el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, mejor conocida como DSM-IV-TR, de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

Gracias a estos sistemas tenemos obras simples y heurísticos clínicos, las cuales nos permiten la interlocución profesional de una manera expedita, clara y consensuada. Ambas clasificaciones exigieron de la conformación de comités clínicos o de “fuerzas de tarea” como eran llamados los grupos de expertos en campos clínicos, teóricos y de investigación que fueron creados con la finalidad de encontrar los mejores nombres para denominar los trastornos mentales y delimitar los principales signos y síntomas para realizar el diagnóstico del mismo. Asimismo, otorgan criterios para identificar un número importante de implicaciones de tipo terapéutico, la incidencia y la prevalencia de éstos, de las entidades que deben considerarse en el diagnóstico diferencial, las diferencias en proporciones entre hombres y mujeres, algunas consideraciones de pronóstico y otros aspectos relevantes en determinadas condiciones clínicas.

En todos los casos se invita al lector a consultar las obras originales, las cuales en extenso, describen los diversos trastornos mentales y las consideraciones para su diagnóstico; pueden revisarse tanto por la vía electrónica como en textos impresos.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (VERSIÓN 10, CIE-10)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) fue desarrollada para rastrear estadísticas de mortalidad, por esto fue en un principio una lista de causas de muerte, cuya 1a edición fue publicada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la 6a edición cuando por primera vez se incluyeron también causas de morbilidad. En este momento la lista en vigor es la 10a edición, publicada en 1992; pero ésta es parte de un proceso activo, ya que cada tres años se publican actualizaciones de la obra.

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad.

Cada condición de salud puede ser asignada en una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares.

En este manual, cada trastorno se acompaña de la descripción de sus características clínicas principales y secundarias que, aunque menos específicas, son también relevantes. Además incluye pautas para el diagnóstico, que indican el número y los síntomas específicos que suelen requerirse para un diagnóstico fiable. Sin embargo, en la redacción de dichos síntomas se ha mantenido un cierto grado de flexibilidad para que la clasificación pueda ser utilizada en situaciones clínicas complejas, en las cuales deben tomarse decisiones diagnósticas antes de que el cuadro clínico haya podido ser totalmente aclarado o cuando la información es aún incompleta. En algunas ocasiones para evitar repeticiones innecesarias, se proporciona la descripción clínica y pautas para el diagnóstico de ciertos grupos de trastornos,

además de aquellas específicas de cada trastorno aislado dentro del grupo.

La CIE es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas y tiene un carácter eminentemente descriptivo. Establece diagnósticos con definiciones para cada uno de ellos. El capítulo V (designado también con la letra F) está dedicado a las enfermedades mentales. La CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo permite laxitud en la apreciación clínica.

Después de consultar este manual, son importantes algunos señalamientos para el estudiante de psicopatología, por ejemplo, en la mayoría de los casos el término “ansiedad” se utiliza con más frecuencia y el término “angustia” parece significar una mayor gravedad. Los apartados de psiquiatría infantil han abandonado muchas palabras tradicionales porque han sido utilizadas de manera muy poco precisa. Por ejemplo, la desventaja de tener que decir “trastorno específico de la lectura” o “trastorno generalizado del desarrollo” frente a “dislexia” o “autismo” se ve compensada por una mayor precisión.

Grados de diagnóstico

El manual también permite diversos grados de precisión o seguridad en el diagnóstico, dependiendo de los requisitos y las exigencias que sean cumplidas durante el proceso de evaluación. Cuando los requisitos exigidos en las pautas para el diagnóstico se cumplen fehacientemente el diagnóstico puede ser formulado con seguridad. Sin embargo, en muchos casos es útil registrar el diagnóstico a pesar de que las pautas no se satisfagan totalmente con grados menores de confianza, por esta razón los términos probable o provisional pueden usarse (“a descartar” en el DSM-IV).

Las definiciones sobre la duración de los síntomas están, asimismo, pensadas más como pautas generales que como requisitos estrictos. El clínico debería utilizar su propio criterio sobre la conveniencia de escoger un diagnóstico, aunque la duración de un síntoma determinado sea ligeramente mayor o menor de lo requerido.

Principales diferencias entre la CIE-10 y la CIE-9

La CIE-10 es mucho más amplia que la CIE-9. Los códigos numéricos (001-999) de la CIE-9 fueron sustituidos en la CIE-10 por un sistema de codificación alfanumérico: códigos de una letra seguida de dos números que completan el nivel de tres caracteres (A00-Z99) con subdivisiones numéricas decimales con mayor detalle (López-Ibor, 2006).

En el capítulo donde se explican los trastornos mentales en la CIE-9 sólo tenía 30 categorías de tres caracteres (290-319); mientras que en la CIE-10 hay 100 categorías. Sin embargo, varias de estas categorías no se utilizan ahora, para permitir la introducción de cambios en la clasificación sin la necesidad de rediseñar el sistema entero.

Para facilitar el uso de la clasificación, los trastornos se agrupan según el tema principal común o la semejanza diagnóstica, más que siguiendo la dicotomía neuro-psicótico. Por ejemplo, *ciclotimia* (F34.0) figura en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)], en lugar de estar en la sección F60-69 [Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto] y todos los trastornos debidos al consumo de drogas están agrupados en F10-19, con independencia de su gravedad.

Se han agrupado en F00-F09 todos los trastornos cuya causa sea orgánica, lo cual hace más fácil el uso de esta parte de la clasificación en relación con la CIE-9.

La reordenación de los trastornos mentales y del comportamiento debido a las sustancias psicoactivas en F10-19 ha resultado también más útil que el sistema anterior. El tercer carácter indica la sustancia usada, el cuarto y quinto carácter, el síndrome

psicopatológico, por ejemplo, de intoxicación aguda y estados residuales. Esto permite la información sobre todos los trastornos relacionados con la sustancia, aunque sólo se usen las categorías de tres caracteres.

El bloque que comprende la esquizofrenia, los estados esquizotípicos y los trastornos de ideas delirantes (F20-F29) se ha ampliado con la introducción de nuevas categorías, tales como esquizofrenia indiferenciada, depresión postesquizofrénica y trastorno esquizotípico. La clasificación de psicosis aguda breve, se ha ampliado bastante en comparación con la de la CIE-9.

La clasificación de los trastornos afectivos se ha visto influenciada por la adopción del principio de trastornos agrupados conjuntamente con un tema común. Términos como “depresión neurótica o endógena” no se han usado; pero sus equivalentes próximos pueden encontrarse entre los diferentes tipos y niveles de gravedad de la depresión que están ahora especificados (incluyendo la distimia [F34.1]).

Los síndromes conductuales y los trastornos mentales asociados con disfunciones fisiológicas y cambios hormonales, como trastornos de la alimentación, trastornos del sueño no orgánicos y disfunciones sexuales se han agrupado en F50-F59 y se han descrito con mayor detalle que en la CIE-9; debido a las necesidades crecientes de tales clasificaciones en la psiquiatría de enlace.

El bloque F60-F69 contiene nuevos trastornos de la conducta adulta como el juego patológico, la piromanía y el robo; y los trastornos de la preferencia sexual están diferenciados claramente de los trastornos de identidad genérica; la homosexualidad está incluida como una categoría (no así en el DSM-IV).

En fin, la CIE-10 en conjunto ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad. La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes. Por el contrario, en ocasiones, puede ser necesario condensar las categorías para conseguir algunos grupos suficientemente amplios,

por ejemplo, las clasificaciones de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Terminología

El destacado psiquiatra español López-Ibor (2006) comenta que la edición española del capítulo F (V) sobre trastornos mentales y del comportamiento no se trata simplemente de la traducción de la versión inglesa, sino que incorpora los resultados de la investigación en lengua española para utilizar en nuestro idioma una terminología psiquiátrica moderna e internacional, con un lenguaje técnico preciso y la superación de algunos anglicismos y barbarismos y comenta:

A pesar de todo, la jerga psiquiátrica actual queda lejos de la tradición lexicológica de la medicina, la cual es de raíz griega. Es el precio que ha habido que pagar por la degeneración semántica de muchos vocablos y por el hecho de que gran parte de la investigación nosológica actual nació en los Estados Unidos.

En la versión española el vocablo trastorno se utiliza con mayor amplitud que en la inglesa, porque por un lado define el ámbito de la nosología y por otro conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento. Por ejemplo, no todas las variaciones de la personalidad se incluyen en el capítulo F (V), se omiten la personalidad histérica o paranoide; no se utiliza la palabra delirio, sino la de idea delirante y la eliminación de la palabra (humor) innecesaria en español para el trastorno bipolar. De igual forma se utilizan términos más comunes en la práctica clínica tradicional como crónico en vez de persistente (*persistent*) y extendido, en lugar de perversivo (*pervasive*).

El término trastorno se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea utilizar otros conceptos como enfermedad o padecimiento. Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento

o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

El término psicógeno no ha sido utilizado en los títulos de las categorías, debido a que tiene distintos significados en las diferentes lenguas y diferentes escuelas psiquiátricas. Cuando aparece en el texto, el término debe ser interpretado en el sentido de que el clínico considera qué acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno. Por los mismos motivos, el término psicósomático no se usa en la CIE-10. Además este término puede implicar que los factores psicológicos no jueguen un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicósomáticas. Los trastornos así denominados en otras clasificaciones aparecen en los apartados F45 (trastornos somatomorfos), F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F52 (disfunción sexual de origen no orgánico) y F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar).

La distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantenía en la CIE-9 se elimina en la CIE-10. Sin embargo, el término neurótico persiste para un uso ocasional, por ejemplo, en el caso de los trastornos: F40-49 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). Mientras el término psicótico se ha mantenido como término descriptivo, sin presuponer mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas.

Los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía se han empleado de acuerdo con las recomendaciones del sistema adoptado

por la OMS. En algunas ocasiones el término se ha usado en un sentido amplio cuando se podía justificar por la tradición clínica.

Aspectos prácticos

Las secciones F80-F89 (trastornos del desarrollo psicológico) y F90-F98 (trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia), abarcan únicamente los trastornos específicos de estas edades. Varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas de casi cualquier edad y por lo tanto pueden ser utilizados para niños y adolescentes. Por ejemplo, F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F51 (trastornos no orgánicos del sueño) y F64 (trastornos de la identidad sexual). Algunos tipos de fobias que se presentan en la infancia plantean problemas concretos de clasificación, tal y como se especifica en F93.1 (trastorno de ansiedad fóbica de la infancia).

Se recomienda a los clínicos seguir la regla general de anotar todos los diagnósticos que se necesiten para abarcar todo el cuadro clínico. Cuando se registre más de un diagnóstico, suele ser conveniente escoger uno de ellos como diagnóstico principal, quedando los demás como secundarios o adicionales. Debe darse prioridad a los diagnósticos más relevantes en relación con el motivo por el cual se recogen.

En muchos casos será el trastorno que motivó el ingreso en el hospital, el seguimiento ambulatorio o en la unidad hospitalaria de día. En otros casos, desde un punto de vista de la trayectoria vital del enfermo, el diagnóstico más importante puede corresponder al trastorno que padece el enfermo a lo largo de los años, el cual puede ser distinto de aquel que motiva la consulta actual. Por ejemplo, el caso de un enfermo con esquizofrenia quien acude por presentar de forma aguda síntomas de delirium tremens. Si existen dudas acerca del orden en que deben registrarse varios diagnósticos, tal vez se deba a que el clínico no conoce con certeza el propósito para el cual va a ser destinada la información; una

regla simple consiste en registrar los diagnósticos en el orden numérico en el cual aparecen en la clasificación.

Los capítulos más relevantes para los servicios de salud mental, en otra parte del manual son:

- Capítulo VI. Enfermedades del sistema nervioso (G).
- Capítulo XVII. Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q).
- Capítulo XVIII. Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (R).
- Capítulo XIX. Lesiones, intoxicaciones y otras secuelas de causas externas (S, T).
- Capítulo XX. Causas externas de morbilidad y mortalidad (X).
- Capítulo XXI. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (Z).

Por último, cabe señalar que el diagnóstico debe ser registrado anotando el código y el texto diagnóstico correspondiente. Lo mismo debe hacerse para los diagnósticos adicionales de otros capítulos.

Perspectivas futuras de la CIE-10

Considerando que el desarrollo de la clasificación es un proceso activo y vigente, es necesario tomar en cuenta que el futuro depara nuevas versiones y modificaciones a la clasificación actual. Por ejemplo, existen otras versiones del capítulo V (F) de la CIE-10, las cuales han sido o están siendo desarrolladas en paralelo con la presentada aquí, son:

- a) Conjunto de Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI-10).
- b) Sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos.
- c) Clasificación simplificada para asistencia primaria.

- d) Breve glosario, de formato y tamaño similares al actual glosario del capítulo V (Trastornos mentales).

Estas versiones serán publicadas por separado y serán sometidas a estudios de campo internacionales en un futuro próximo.

DSM-IV-TR

El Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición revisada, el cual a partir de ahora denominaremos por sus siglas DSM-IV-TR, es el criterio más actual y relevante en la clínica psicológica y psiquiátrica, y supera en varios aspectos al CIE-10, ya que posee una tradición de mayor apertura, autocrítica y transformación adaptativa mostrada por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (ANP).

Es mucho más completo y preciso, se realizó incorporando la evidencia de la investigación y la experiencia clínica.

La utilidad y credibilidad del DSM-IV-TR han dependido de sus objetivos clínicos, de investigación y educacionales, se basa en fundamentos empíricos sólidos que proporciona una guía útil para la práctica clínica. Los autores también han querido que esta obra sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la colecta de datos en el ámbito clínico bajo el supuesto de que una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos clínicos.

Este manual es ampliamente usado tanto por clínicos como por investigadores de muy diferentes orientaciones, por ejemplo, investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, conductuales, interpersonales y familiares. Lo usan psiquiatras, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, psicólogos clínicos y muchos otros profesionales de la salud, se puede usar en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria.

Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar, realizar y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Es producto de varios grupos de trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre secciones específicas del manual, conformados por expertos quienes representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias, que aceptaron trabajar como grupo de consenso siguiendo un proceso formal de discusión, análisis y deliberación basado en la evidencia científica disponible.

La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV-TR posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo.

Historia

A lo largo de la historia la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales siempre fue evidente; pero era muy difícil lograr acuerdos, sobre todo entre clínicos de diferentes escuelas y orientaciones, por esto muchas nomenclaturas se han diferenciado en el énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. Es más, los criterios de clasificación han variado dependiendo de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico.

En EUA el impulso inicial para realizar una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico, de incidencia y prevalencia de ciertos trastornos mentales para el censo de 1840. En el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, parestia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917, la Comisión Nacional de Higiene Mental, diseñó un plan adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística.

La ANP y la academia de medicina de Nueva York, en 1921, trabajaron juntas para realizar la primera clasificación nacional de enfermedades mentales para diagnosticar pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

Más adelante, el ejército de EUA realizó una nomenclatura mucho más amplia para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial. Al mismo tiempo, la OMS publicó la sexta edición de la CIE, y por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de los veteranos de guerra e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

Se desarrolló también una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como la edición del *Diagnostic and statistical manual: mental disorders (DSM-I)*. El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas y fue el pionero, como manual oficial, de los trastornos mentales con utilidad clínica. El uso del término *reacción* en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la cual los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad ante factores psicológicos, sociales y biológicos.

En parte debido a la poca aceptación de la taxonomía de los trastornos mentales contenida en la CIE-6 y la CIE-7, la OMS patrocinó una revisión de los sistemas diagnósticos que elaboró el psiquiatra británico Stengel. Se puede afirmar que su trabajo ha inspirado muchos de los avances recientes en la metodología diagnóstica: especialmente el énfasis en la necesidad de explicitar definiciones como medio para realizar diagnósticos clínicos fiables. Sin embargo, la posterior revisión que condujo al DSM-II y a la CIE-8 no siguió las recomendaciones de Stengel. El DSM-II fue similar al DSM-I; pero eliminó el término *reacción*.

El DSM-III se realizó junto con la CIE-9 publicada en 1980. El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral

respecto a las teorías etiológicas. Este esfuerzo fue facilitado por el extenso trabajo empírico, realizado en aras de la construcción y validación de los criterios diagnósticos y el desarrollo de entrevistas semiestructuradas. La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial; su función primordial era coleccionar información sobre la morbilidad y mortalidad. Por el contrario, el DSM-III se elaboró con el objetivo adicional de proporcionar nomenclatura médica para clínicos e investigadores que rápidamente superó en uso y preferencia a la CIE-9.

Entusiasmados por los avances del DSM-III, pronto se conformaron comisiones para la revisión y designación de los criterios diagnósticos, surgiendo en 1987 el DSM-III-R, mismo que fue reemplazado por una revisión mayor y más trascendente: el DSM-IV recibido con gran anticipación en 1994. En el año 2000 se publicó la última revisión (el DSM-IV-TR), mismo que constituye hasta hoy la frontera del conocimiento en psicopatología clínica.

Características generales

El DSM, más que un manual, se ha constituido como un proceso de trabajo colegiado y multidisciplinario, el cual ha permitido superar muchas limitaciones históricas en el diagnóstico psicopatológico. Por ejemplo, ha establecido criterios y protocolos tanto para la revisión de la literatura especializada y la consideración de elementos teóricos, como para la delimitación de las variables de estudio, de la medición y del juicio de relevancia de elementos clínicos y de intervención. Ha señalado derroteros con altos niveles de rigor científico y clínico para la inclusión de patologías, para detectar estudios por considerar en el análisis de las diversas categorías y se ha mostrado estricto en la consideración de diversos hallazgos. En particular, llamó la atención la metodología basada en solicitar de manera sistemática la opinión de las personas quienes no estaban de acuerdo con las conclusiones o acuerdos preliminares para evaluar la fortaleza de los criterios y procedimientos.

Cuando la revisión de la literatura especializada revelaba una ausencia de pruebas (o pruebas discordantes) en la resolución de un tema cualquiera, se hacía uso, muy a menudo, de dos recursos adicionales antes de tomar decisiones: el análisis de datos no publicados por un tercero y los estudios de campo.

El análisis de datos relevantes no publicados ha sido posible gracias a una subvención de la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation para la *American Psychiatric Association* (ANP). La mayoría de los 40 reanálisis de datos realizados para el DSM-IV supusieron la colaboración de varios investigadores de diferentes lugares. Estos investigadores sometieron conjuntamente sus datos ante las preguntas realizadas por los grupos de trabajo concernientes a los criterios incluidos en el DSM-III-R o a los que pudieran incluirse en el DSM-IV.

Este análisis adicional de datos también ha hecho posible la realización de diversos tipos de criterios, probados posteriormente en los estudios de campo del DSM-IV. A pesar de que la mayoría de las series de datos utilizados en los reanálisis se extrajeron de estudios epidemiológicos, clínicos o terapéuticos, resultaron de gran utilidad para aclarar los problemas nosológicos con los cuales se enfrentaron los grupos de trabajo.

En cuanto a los estudios de campo, cabe destacar al *National Institute of Mental Health* (NIMH), en colaboración con el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) y el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), los cuales han patrocinado 12 de los estudios de campo principales y así han permitido a los grupos de trabajo comparar distintas opciones además de estudiar el posible impacto de los cambios sugeridos. Con los estudios de campo se han comparado el DSM-III, el DSM-III-R y la CIE-10, y han propuesto una serie de criterios para el DSM-IV. Para realizar estos estudios se escogieron individuos representativos de diferentes ámbitos socioculturales y étnicos con el fin de establecer una generalización de los resultados y probar algunos de los más complicados aspectos del diagnóstico diferencial. En los 12 estudios de campo se incluyeron más de 70 lugares y se evaluaron más de 6 mil individuos. Se recogió información

sobre la fiabilidad y funcionamiento de cada criterio, así como de los puntos específicos de cada uno de ellos. Este tipo de estudio fue de utilidad también para vincular la investigación con la práctica clínica, determinando cómo se aplican en la práctica los cambios derivados de la investigación.

El DSM-IV es una clasificación basada en categorías, en la cual se dividen los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, ha sido el enfoque empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque por categorías es siempre más adecuado cuando todos los elementos de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones de este sistema de clasificación. En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos quienes padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso en los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, más atención para los casos límite y enfatizar en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. Para el reconocimiento de la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios politéticos, en los cuales sólo es necesario presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general (p. ej., el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad requiere sólo 5 de los 9 rasgos definitorios). Algunos participantes en el proyecto sugirieron que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R, en el cual se empleó un modelo categorial. En el

sistema dimensional se clasifican los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y sin límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (definiendo atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones; por esta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Es más, aún no existe un acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar. Sin embargo, es posible que el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales origine una mayor aceptación como método de transmisión de la información y como herramienta de investigación.

Los cinco ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR, son:

- Eje I. Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II. Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- Eje III. Enfermedades médicas.
- Eje IV. Problemas psico-sociales y ambientales.
- Eje V. Evaluación de la actividad global.

En los contenidos pueden distinguirse las siguientes secciones principales

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
3. Trastornos mentales por enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.

4. Trastornos relacionados con sustancias.
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
6. Trastornos del estado del ánimo.
7. Trastornos de ansiedad.
8. Trastornos somatomorfos.
9. Trastornos facticios.
10. Trastornos disociativos.
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
12. Trastornos de la conducta alimentaria.
13. Trastornos del sueño.
14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
15. Trastornos adaptativos.
16. Trastornos de la personalidad.
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Precauciones

El DSM-IV-TR es una clasificación de los trastornos mentales elaborado para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica no hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías; pero utilizarse con cautela y juicio clínico.

Cuando las categorías, los criterios y las definiciones contenidas en el DSM-IV-TR se emplean en medicina forense, existe el riesgo de que la información se malinterprete o se emplee de manera incorrecta. Este peligro se produce por la discrepancia existente entre las cuestiones legales y clínicas.

Aunque se ha hecho un importante esfuerzo en la preparación del DSM-IV-TR, para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural, debe tenerse precaución con poblaciones cualitativamente muy diversas o alejadas de los patrones occidentales de conducta. Por ejemplo, en algunos grupos

indígenas, es aceptable “hablar con personas fallecidas” durante el duelo o “hablar con Dios” durante la oración, éstos no son necesariamente signos de psicosis.

DSM-V

El DSM es un proceso de revisión sistemática y autocrítica de criterios consensuados para normar la práctica clínica. Por lo anterior, ha sido imposible establecer criterios absolutos e infalibles sobre cuándo realizar cambios y publicar nuevas ediciones.

El umbral para realizar revisiones ha sido más alto para el DSM-IV que para el DSM-III y el DSM-III-R. Las decisiones debían estar justificadas mediante una base racional y una revisión sistemática de datos empíricos relevantes. Para aumentar la utilidad clínica y el uso del DSM-IV, se han simplificado y clarificado los tipos de criterios, siempre que haya podido justificarse mediante datos empíricos. Se ha intentado establecer el mayor equilibrio posible entre la tradición histórica, la compatibilidad con la CIE-10, las pruebas obtenidas de la revisión de la literatura especializada, los análisis de los datos no publicados, los resultados de los estudios de campo y el consenso sobre cada tema.

Aun así, existe todavía insatisfacción en algunas categorías, las cuales no fueron subsanadas por los cambios en la última edición y por tanto se trabaja con denuedo y entusiasmo en la 5a edición del DSM, esperada para 2009.

La preparación de DSM-V sigue la tradición de alto rigor científico, eclecticismo, pluralidad y esfuerzo por consensuar. De hecho, el lector puede enviar sus comentarios y experiencias para ponerlos a consideración de los diversos comités que están trabajando en esta obra, a través de la página web destinada para este propósito (DSM-V, 2007).

La gran diferencia con las ediciones anteriores reside en el énfasis puesto en la investigación empírica antes del comienzo del proceso formal de la revisión para aumentar la probabilidad de que los datos necesarios estarán disponibles para comprobar

las preguntas de diagnóstico planteadas por los grupos de trabajo. Por lo anterior, los diversos comités en el DSM-V desarrollaron protocolos de investigación con el fin de estimular la investigación y discusión en el campo con objeto del comienzo eventual del proceso de la revisión de DSM-V en 2007. Fueron producidos bajo sociedad, entre la APA y el INSM con la meta de proporcionar algunos incentivos de la dirección y del potencial para la investigación. Las limitaciones en el paradigma de diagnóstico actual, incorporado al DSM-IV actual sugieren que los esfuerzos futuros de la investigación se deben centrar en refinar los síndromes ya definidos para crear nuevos paradigmas que permitan describir las causas de los trastornos.

Los protocolos principales cubren los temas siguientes: ediciones básicas de la nomenclatura; neurología; ciencia de desarrollo; desórdenes de la personalidad y desórdenes emparentados; desórdenes mentales e inhabilidad; y cultura y diagnosis psiquiátrica.

Los seis protocolos fueron publicados por *American Psychiatric Publishing* (2002) en una monografía que indicó la agenda de la investigación para el DSM-V. Adicionalmente, protocolos en problemas de género, geriatría y en problemas de la infancia ahora se están desarrollando.

La clasificación es un procesos continuo, constante y vivo.

CAPÍTULO 10

Trastornos de la infancia

La niñez ocupa un lugar privilegiado en nuestra sociedad, sin embargo, pese a los avances y la cobertura de ciertos indicadores de salud mental; aún quedan grandes desafíos por resolverse en México en materia de los derechos de niños y niñas, así como de las responsabilidades de los padres hacia ellos.

El concepto general de salud mental es una prioridad al abordar los trastornos de la infancia en México, ya que muchos niños o adolescentes pueden presentar problemas que requieran atención clínica y no se definan como trastornos mentales. Por ejemplo, problemas de relación con pares y adaptación social, problemas relativos al abuso o abandono, duelo, problemas académicos, de conducta, entre otros.

En términos de psicopatología, el maltrato, el abuso y la pobreza extrema en los niños conllevan daños irreparables para su identidad e integridad, de ahí la importancia de la puesta en marcha de políticas sociales efectivas para retirar de las calles a niñas y niños dedicados al comercio, mendicidad, violencia y prostitución.

Para un desarrollo integral, físico, intelectual y afectivo es necesario contar con actividades orientadas a la educación, el deporte y la cultura; pero en México, existen grandes segmentos

de población infantil que son explotados, obligados a trabajar o viven en condiciones de insalubridad, abuso o maltrato.

En México, los accidentes ocupan el primer lugar en las estadísticas relacionadas con los niños de 5 a 14 años, y en los niños de 1 a 4 años constituyen la primera causa de muerte (Quintanar y Solovieva, 2003). La complejidad del problema se relaciona con la ocurrencia súbita e inesperada, la recuperación es habitualmente lenta y los costos del fenómeno, ya que por cada muerte infantil ocurren dos casos de invalidez (Gámez y Palacios, 1998).

En la descripción de las patologías de la infancia, es inevitable referirse, como una fuente primaria de información al DSM-IV-TR, el cual es finalmente el criterio consensual universal mejor aceptado para la clasificación, tratamiento y entendimiento de los problemas en psicopatología y los diversos trastornos sufridos por los niños que por su frecuencia, se refieren a trastornos de aprendizaje, de comunicación, de conducta, discapacidad intelectual y trastornos extendidos del desarrollo.

Cabe señalar el importante papel del psicólogo en la intervención y evaluación de los niños, sobre todo por la capacidad de éste para aplicar pruebas que permitan caracterizar las ejecuciones, porque permite profundizar en la comprensión de las causas del fracaso escolar, de los retardos en el desarrollo y los cuadros clínicos de daño cerebral en la infancia.

En esta obra evitaremos repetir los criterios del DSM-IV-TR, los cuales pueden ser consultados en su fuente original; en cambio, enfatizaremos en el análisis de los diversos trastornos relacionados con la experiencia clínica, la variación de los casos y el contexto específico donde éstos ocurren. Por lo general, tomaremos siempre los criterios primordiales de los diversos trastornos y se sugiere nuevamente al lector interesado consultar la obra original para los puntos más detallados relativos al diagnóstico, comentando aspectos de la práctica clínica relevantes por considerar.

APEGO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En los últimos años ha existido un considerable interés en la atención de los problemas de ansiedad en los niños, los cuales fueron recién descubiertos o consensuados como trastorno. De hecho, no fue sino hasta las postrimerías del siglo XX cuando muchos trastornos de la infancia fueron formalmente reconocidos, por ejemplo, hasta la década de los setenta éstos eran definidos en términos de las conductas distintivas como la fobia escolar y la ansiedad de separación, los cuales son ahora reconocidos como trastornos de la infancia.

La importancia de asumir e identificar muchos de los trastornos de ansiedad reside en que la identificación temprana y la posibilidad de una pronta intervención permiten, en muchos casos, prevenir la aparición de trastornos de ansiedad en la edad adulta o disminuir la severidad de una condición específica. Rutter y Garmezy (1983) aportaron evidencia acerca de que la agorafobia y las crisis de pánico pueden ser evitadas y aún significativamente disminuidas si los niños con trastorno de separación de ansiedad fueron tratados exitosamente durante la infancia. Es decir, existe una continuidad en el desarrollo de la persona, lo cual hace que persistan o no ciertos trastornos de la infancia.

En general, los trastornos de ansiedad, cuando son inespecíficos y generales, se asocian con anormalidades respecto al apego sobre toda la figura de los padres. Por lo general, los niños quienes tienen alto apego, son dependientes de los padres son más proclives a desarrollar trastornos de ansiedad.

En los manuales de diagnóstico, se reconocen trastornos generalizados de ansiedad en la infancia, los cuales son tratados, sobre todo, con elementos farmacológicos si los criterios del diagnóstico son cubiertos. A diferencia del adulto, en quienes se utilizan neurolépticos derivados de las benzodiazepinas; se usan medicamentos mucho más leves e inocuos como los antidepresivos tricíclicos, los anticomiciales, los β -bloqueadores y algunos

antihistamínicos, para el manejo de muchos de los trastornos de ansiedad. Por esta razón el psicólogo clínico debe estar versado con ciertas bases de psicofarmacología para poder entender, supervisar y coadyuvar el tratamiento los trastornos de ansiedad en los niños; principalmente orientado a los padres y la adherencia al tratamiento, disipar los miedos asociados con la medicación y estar pendiente de los efectos secundarios de la misma.

Cabe recordar también, como se mencionó en esta obra, que muchas pruebas psicológicas usadas en la clínica psicológica pediátrica son de tipo proyectivo, ya que muchas de las psicopatologías de los niños son descubiertas indirectamente a través del juego. Al igual que los pediatras, los psicólogos deben interpretar los signos porque los síntomas no pueden ser referidos de manera precisa por niños muy chicos, por ello el psicólogo debe ser capaz de interpretar los dibujos, juegos y discursos indirectos de los niños, es decir, las proyecciones infantiles para poder identificar muchos trastornos de ansiedad.

TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Sin duda alguna, los trastornos más comunes que se identifican en la niñez mexicana se relacionan con los trastornos de aprendizaje (Sánchez et al., 2003).

Aunque estos trastornos, por lo general, son más evidentes en los ámbitos escolares que en los clínicos; en virtud de las muchas deficiencias del sistema educativo para la identificación, referencia y manejo de estos problemas, no es infrecuente encontrar en el ámbito clínico un trastorno de aprendizaje subyacente a otras manifestaciones; por ejemplo, problemas de conducta, de agresividad, problemas referidos por desajuste familiar o de otra índole.

En general, todos los trastornos de aprendizaje se definen en términos de las deficiencias que se presentan en algunas de las habilidades académicas específicas. Por ejemplo los trastornos de lectura, escritura, matemáticos, psicomotores, entre otros; y el más común de todos: el trastorno mixto expresivo y receptivo,

denominado antiguamente con el término ambiguo de dislexia, éste afecta, en términos globales, la capacidad del niño para desarrollar la lectoescritura: principal competencia escolar y cuya deficiencia se asocia con el fracaso escolar.

La principal diferencia de los trastornos de aprendizaje y la discapacidad intelectual reside en que esta última es generalizada; mientras que en el trastorno de aprendizaje siempre hay puntajes dentro de la norma y aún por encima de ésta en algunas de las habilidades medidas en las pruebas psicológicas. Por lo anterior, resulta fundamental la capacidad del psicólogo para aplicar diversas baterías que midan las diferentes habilidades académicas o las competencias verbales y de ejecución asociadas con las habilidades académicas y así poder determinar la presencia de un trastorno de aprendizaje. Cabe señalar que una deficiencia habitual en México es la falta de pruebas estandarizadas de competencia académica, las cuales permitan establecer el criterio nomotético necesario y exigido en otros países para el diagnóstico de trastornos de aprendizaje; lo anterior obliga al psicólogo a realizar pruebas académicas no estandarizadas y evaluaciones individuales que otorgan de manera cualitativa una idea de la competencia general del niño y permiten finalmente establecer el diagnóstico.

No debe subestimarse la importancia de los trastornos de aprendizaje en los ámbitos clínicos, ya que muchas veces pasan desapercibidos, siendo éste un factor importante para el pronóstico. De igual forma, es importante distinguir los trastornos de aprendizaje de tipo orgánico, de otras condiciones ambientales como la marginación escolar, la mala instrucción previa, la falta de escolaridad y la marginación educativa, que también explican pobres competencias de lectura, escritura y matemáticas.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Para evitar confusiones resulta indispensable clarificar la diferencia entre trastornos del lenguaje asociados con trastornos de aprendizaje y los trastornos del lenguaje asociados con la

producción del habla, llamados más apropiadamente: trastornos fonoarticulares.

El lenguaje es un complejo sistema organizado por leyes y reglas que gobiernan su funcionamiento; es un sistema de símbolos, cada uno de éstos con un sonido propio, llamados fonemas. La secuencia de fonemas forma sílabas, las cuales, a través de las reglas de combinación, pueden formar morfemas. Los morfemas son unidades de significado que combinadas forman enunciados, conceptos e ideas. Por lo anterior, el lenguaje humano está doblemente articulado: la primera articulación, a nivel de significado, conforma los morfemas; y la segunda, a nivel de sonido, los fonemas. Estos dos niveles tienen gran importancia, ya que para comunicarse es necesario tanto el sentido (significado) como el registro (sonido). A la relación del registro de la expresión verbal o escrita con su significado se le llama signo lingüístico. Los signos lingüísticos son las piedras de construcción del lenguaje.

El lenguaje es el medio a través del cual se pueden expresar y comunicar los pensamientos; obedece leyes particulares, comunes y universales; recibe influencia de factores externos como la cultura y experiencia, y de factores internos como la atención, el cansancio y la motivación.

La mayoría de los trastornos de lenguaje se deben clasificar cómo trastornos del aprendizaje, ya que algunos niños no entienden lo que oyen o leen; o bien entienden, pero no pueden expresar sus pensamientos de forma verbal o escrita; mientras que otros niños presentan dificultad tanto para entender como para expresarse. Todos estos casos son trastornos de aprendizaje, pese a que técnicamente su afectación primaria es en el procesamiento del lenguaje de tipo receptivo, expresivo o mixto.

Los problemas de lenguaje están ulteriormente relacionados con el significado de las palabras, ya que las dificultades con la recepción e interpretación del discurso interfieren con la comprensión de instrucciones orales, conversaciones y de los contenidos de una lectura. Las dificultades de comprensión pueden interferir con la expresión verbal de lo que los niños conocen y entienden.

Con frecuencia, las causas de referencia de un niño con un psicólogo clínico son problemas relacionados con el habla, siendo muchas veces el problema del lenguaje la primera señal de alarma para los padres de que algo no está bien con el desarrollo de sus hijos. Sin embargo, el habla es sólo una parte del lenguaje y se refiere a la fonarticulación del mismo. Clínicamente encontramos además tres signos evidentes de daño cerebral: la afasia, la disfasia y la alexia.

La afasia, como entidad neurológica, se caracteriza por una pérdida en el poder de expresión tanto verbal como escrita por afectación de la primera circunvolución del lóbulo temporal del hemisferio dominante. Una lesión en este centro ocasiona imposibilidad para efectuar los movimientos necesarios al hablar. En la afasia, las funciones lingüísticas más vulnerables, son las relacionadas con la formulación de la frase, la evocación de palabras, la comprensión de conceptos abstractos, la lectura y la escritura. La afasia puede ser motora o eferente, cuando la persona entiende lo que escucha; pero no puede articular las palabras, también pueden ser aferente o sensorial, cuando la persona puede repetir lo que oye aún sin entender.

El estudio de la afasia se limitó por mucho tiempo a los adultos. Aunque la naturaleza de la afasia infantil sea diferente de la del adulto, esencialmente el niño afásico es quien presenta retardo en el lenguaje, debido a un daño cerebral y se manifiesta por retardo en la iniciación del habla y dificultades en la expresión oral o en la comprensión verbal, así como torpeza e incapacidad para usar el lenguaje.

Con el término disfasia nos referimos a la incapacidad parcial para usar el lenguaje simbólico. El niño presenta deficiencia en la evolución verbal y en los procesos de simbolización lingüística, los cuales se traducen en pobreza de vocabulario, errores en la aplicación de las palabras o generalizaciones, dificultad en la comprensión del mensaje recibido, confusión de conceptos verbales, torpeza para expresar las ideas y errores en la construcción gramatical de la frase.

En muchas ocasiones se le denomina disfasia de evolución, porque se presenta en el transcurso de la evolución lingüística infantil y se observan ciertos signos de superación espontánea, acorde con la evolución neurológica que acompaña al desenvolvimiento natural del niño al crecer o al madurar.

Por último, la alexia se describe como la dificultad para comprender el lenguaje escrito, es decir, la incapacidad para entender las palabras impresas, como consecuencia de una lesión cerebral. El niño con alexia no puede leer, no por el hecho de estar alteradas las prácticas del lenguaje, sino porque no comprende lo que ve escrito. La alexia es un síntoma preponderantemente sensorial.

Problemas fonoarticulares

Los desórdenes del discurso son de tres tipos: articulación, fluidez y voz. Cada uno de ellos afecta el lenguaje en forma diferente y su común denominador es la dificultad para la articulación o pronunciación de ciertos sonidos o palabras.

Los problemas fonoarticulares se asocian con la articulación y fluidez de la expresión verbal y son llamados genéricamente: disalias, son todos los defectos en la articulación de los fonemas, ya sea por omisión, sustitución o alteración. Este es el tipo más común en los niños quienes acuden a terapia de lenguaje y se caracteriza por problemas en la fonoarticulación de palabras y en dificultades para emitir ciertos sonidos. Los principales problemas son la sustitución, la omisión y la inserción de sonidos o fonemas.

La sustitución es el error articulatorio en el cual un sonido es reemplazado por otro a consecuencia de la emisión alterna de fonemas o por la falta de discriminación auditiva. La sustitución puede presentarse al principio, en medio y al final de la palabra. Este es el error cometido con mayor frecuencia y también el más difícil de corregir. Así frecuentemente el fonema /r/ es sustituido por /d/ o por /g/.

La omisión sucede cuando el niño opta por omitir el fonema que no articula correctamente, sin sustituirlo por otro. Los

órganos no entran en actividad. Se da en cualquier parte de la palabra.

La inserción se presenta cuando el niño, a quien se le dificulta un fonema, intercala otro sonido que no corresponde a la palabra, para disimular el problema fonético. Por ejemplo: en lugar de ratón dirá ra-da-tón.

Tartamudez

La tartamudez es una condición común en el consultorio de la psicología clínica; inicia alrededor de los 4 años de edad de manera gradual, transcurriendo varios meses durante los cuales se producen anomalías de la fluidez verbal episódicas, desapercibidas, las cuales se van convirtiendo en un problema crónico. Típicamente, el trastorno se inicia de modo gradual, con repeticiones de consonantes iniciales, palabras que usualmente inician una frase o palabras largas. En general el niño no es consciente del tartamudeo. A medida que el trastorno progresa se instaura un curso oscilante. Las alteraciones de la fluidez se hacen cada vez más frecuentes, y el tartamudeo se produce con palabras o frases más significativas. Cuando el niño se hace consciente de sus dificultades relacionadas con el habla pueden aparecer mecanismos para evitarlas.

La característica esencial del tartamudeo es el trastorno en la fluidez normal y en la estructuración temporal del habla, la cual es inapropiada para la edad del sujeto. Este trastorno también se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas; se observan otras alteraciones de la fluidez del habla como interjecciones, fragmentación de palabras, bloqueo audible o silencioso, circunloquios para evitar palabras problemáticas, palabras producidas con un exceso de tensión física y repeticiones de palabras monosilábicas. La tartamudez interfiere en el rendimiento académico o laboral, o en la comunicación social y la convivencia del niño.

El tartamudeo por lo regular no se produce durante una lectura oral, cantando o hablando con objetos inanimados o animales.

Al iniciarse el tartamudeo, en ocasiones el sujeto no es consciente del problema: cuando adquiere consciencia muestra anticipación ansiosa por su dificultad. El sujeto puede intentar evitar el tartamudeo incrementando la velocidad del habla o evitando ciertas situaciones como telefonar o hablar en público.

El tartamudeo puede acompañarse de ciertos movimientos (p. ej., parpadeos, tics, temblores de los labios o el rostro, extensiones bruscas de la cabeza, movimientos respiratorios o apretar los puños). Se ha observado que el estrés o la ansiedad exacerbaban el tartamudeo. Debido a la ansiedad, frustración o baja autoestima, puede producirse una alteración de la actividad social. En los adultos, el tartamudeo puede limitar la elección o el progreso laborales. En las personas con tartamudeo, el trastorno fonológico y el trastorno del lenguaje expresivo se producen con mayor frecuencia que en la población general.

La prevalencia de tartamudeo en niños prepuberales es de 1% en proporción de 3:1, con más frecuencia en el varón.

El mutismo selectivo

El mutismo selectivo se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas, a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez se caracteriza por una relación social alterada e inadecuada evolutivamente, lo cual se produce en la mayoría de los contextos y se asocia con una crianza patógena.

En la práctica clínica la principal dificultad para diagnosticar el mutismo selectivo consiste en que éste es un diagnóstico de descarte; es decir, el clínico está obligado a descartar otro tipo de patologías, ya sean orgánicas o psico-sociales, las cuales pudieran explicar esta condición. Es importante valorar las discrepancias que hay entre la comunicación no verbal y la verbal; es decir, si un niño, por ejemplo, tiene una adecuada comunicación no verbal: señala cosas, intenta comunicarse de forma no verbal y no habla, muy probablemente estamos ante un trastorno de tipo neurológico y no con un niño quien padece mutismo selectivo.

En el mutismo selectivo hay una clara intención de aislamiento social, muchas veces existe ganancia secundaria al provocar la exaltación o desesperación de los padres y hay buen entendimiento del lenguaje oral o escrito.

La importancia del diagnóstico preciso de esta condición consiste en el carácter principalmente contextual, de manejo psicoterapéutico de la condición; en contraste con el manejo neurológico y farmacológico de otras condiciones similares, y también el pronóstico ya que debe descartarse el autismo común, diagnóstico diferencial en muchos casos de mutismo selectivo.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual (DI) es una condición cuya principal característica es el déficit de la función intelectual que limita la capacidad para aprender y adaptarse a la vida en general. Esta condición, ha sido designada con una amplia variedad de términos; muchos de ellos peyorativos o que resaltan la deficiencia, por esto actualmente, la mayoría de los profesionales de esta área coinciden en llamarla discapacidad intelectual.

La *American Psychological Association* (APA) define la DI como una condición caracterizada por el funcionamiento intelectual por debajo del promedio; se establece antes de los 18 años de edad y se acompaña de déficit concurrente con el funcionamiento adaptativo.

El psicólogo clínico debe estar atento a las deficiencias ancestrales en la atención a personas con DI como la detección tardía; la actitud negativa de muchos padres y profesionales ante esta condición; el inadecuado manejo escolar, particularmente de los casos frontera; y la falta de una verdadera cultura de integración social de las personas con este tipo de discapacidad.

La DI es un síndrome causado por una lesión permanente e irreversible en las neuronas de la corteza cerebral que ocasiona limitaciones del desarrollo psicológico. El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final

común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC).

Existen varios grados de DI, en función del cociente intelectual (CI). Comúnmente se acepta la siguiente clasificación propuesta en el DSM-IV (1994):

Frontera:	70 a 76
Leve:	50-55 a 70
Moderado:	35-40 a 50-55
Severo:	20-25 a 35-40
Profundo:	menos de 20-25

Se han identificado más de 200 causas de retraso mental; si bien con éstas sólo se explica la cuarta parte de todos los casos conocidos, es importante tomar precauciones que permitan prevenir, atenuar o modificar los factores de riesgo.

La DI ha sido ampliamente estudiada en los campos de la psicología, la medicina y la rehabilitación por lo cual el lector encontrará amplia información acerca de la etiología, incidencia, manejo y consecuencias del retraso mental en muchos libros especializados (Ingals, 1978; Seligman, 1980; Patton, Payne y Bernie, 1986).

Para dar al lector alguna idea de la gravedad de esta condición, simplemente tenga en cuenta que la persona con retraso mental frontera difícilmente alcanzará el sexto grado de primaria con ayuda de educación especial; por otra parte, es importante también considerar que las personas con discapacidad intelectual moderada pueden ser independientes y llevar una vida productiva en la industria protegida y con los sistemas de vida asistida existentes.

Como ocurre en muchas otras condiciones de la infancia, el psicólogo clínico debe trabajar con el paciente; pero sobre todo con la familia para ayudarle a aceptar al hijo con discapacidad, facilitarle la provisión de los servicios y recursos necesarios; y de esta manera el niño pueda alcanzar el máximo potencial posible.

El diagnóstico de discapacidad intelectual se basa fundamentalmente en pruebas psicométricas, por lo cual un psicólogo

experto en esta clase de problemas debe aplicar pruebas de inteligencia y conducta adaptativa para evaluar la capacidad intelectual, por medio de pruebas específicas de inteligencia como la *Wechsler Intelligence Scales for Children* (WISC-4). El psicólogo clínico debe considerar que no es ético ni profesional hacer el diagnóstico de DI solamente basado en los puntajes de una prueba de inteligencia, es indispensable contar con los puntajes de una prueba estandarizada de conducta adaptativa, por ejemplo la escala de Vineland.

DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ

La depresión en la niñez se empezó a reconocer solo hace dos décadas. El niño deprimido pareciera estar enfermo, se rehúsa a ir a la escuela, no quiere separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera. El niño más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso e indisciplinado o sentirse incomprendido. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a otra, muchas veces es difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si verdaderamente está padeciendo de depresión. A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el niño no parece ser él mismo. En tal caso, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea evaluado, preferiblemente por un psiquiatra especializado en niños. De ser necesario un tratamiento el médico puede sugerir psicoterapia, generalmente hecha por otro profesional, un trabajador social o un psicólogo clínico a través de la aplicación de pruebas primordialmente proyectivas o de psicoterapia de juego con fines diagnósticos.

AGRESIVIDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA

La conducta agresiva es una manifestación básica en la actividad de los seres vivos y en la totalidad del reino animal y visible aún

en etapas tempranas del desarrollo. Con el término agresividad se hace referencia al conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, desde la pelea física hasta los gestos o expresiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. Se presenta como una mezcla secuencial de movimientos con diferentes patrones, orientados a conseguir distintos propósitos. En la persona puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: puramente físico, emocional, cognitivo y social. El carácter de ésta es polimorfo.

Se puede presentar en el nivel físico, como una lucha o pelea con manifestaciones corporales explícitas. En el nivel emocional puede presentarse como rabia o cólera, manifestándose a través de la expresión facial y los gestos o el cambio del tono y volumen de la voz (manifestaciones lingüísticas). En el nivel cognitivo puede presentarse como fantasías destructivas, elaboración de planes agresivos o ideas de persecución propia o ajena. El nivel social es el marco en el cual, de una manera o de otra, toma forma concreta la agresividad.

En el sentido más estricto, puede entenderse como la conducta para causar lesión física a otra persona, ya sea de manera implícita (ofender) o explícita (golpear).

El término violencia se refiere a un tipo de agresividad que está fuera o más allá de lo esperado para fines adaptativos. Para Weisinger (1988) en la raíz de la conducta agresiva está la ira a la cual define como una sensación de disgusto por un agravio, malos tratos u oposición. Normalmente se evidencia por el deseo de combatir la posible causa de ese sentimiento.

La agresividad se entiende, en general, como la emoción dirigida hacia afuera, hacia el otro. Sin embargo, cuando la persona agrede puede, directa o indirectamente, hacerse daño a sí misma. También puede inhibir la agresión o dirigirla a sí misma a través de la conducta suicida o masoquista.

Para Wilson (1983) la agresión constituye una mezcla de muy diferentes patrones de conducta que están al servicio de distintas funciones.

La actividad cerebral humana es capaz de integrar niveles de agresividad de complejidad creciente y sus manifestaciones pueden darse de forma concreta, simbólica o abstracta.

Son numerosos los problemas psicopatológicos que se pueden presentar de forma asociada con la conducta agresiva. Las formas más graves suelen presentar varios de estos trastornos, por ejemplo, consumo de alcohol, epilepsia del lóbulo temporal, síndrome de abstinencia.

El control de la agresividad debe enfocarse de acuerdo con el diagnóstico y la etiología de ésta. Por ejemplo, pueden emplearse psicofármacos como los antipsicóticos y ansiolíticos, hipotensores, anticomiciales y estabilizadores del afecto. También, puede abordarse a través de psicoterapia. En niños la terapia de juego es un enfoque útil para revelar los sentimientos de frustración, la agresividad reprimida y explorar la causa del origen de la agresividad. El abordaje de la agresividad en la infancia y en la adolescencia, se facilita por la relación de trabajo cálido que dé lugar a una serie de encuentros sociales significativos. La capacitación educativa de los padres ha demostrado ser muy efectiva para disminuir la conducta agresiva y provocativa de los chicos. Después de la capacitación de los padres, la conducta de los chicos con problemas de comportamiento (en casa y en la escuela) desciende hasta las mismas tasas de sus compañeros no problemáticos.

La terapia de conducta es muy efectiva (aumenta si se combina con la capacitación de los padres) para el tratamiento de situaciones específicas. Tales terapias deben ser aplicadas en centros dedicados al acogimiento, tratamiento y reinserción de los niños con dichas alteraciones.

En la negatividad desafiante las terapias cognitivas son un camino prometedor. Por ahora los datos disponibles demuestran que sus efectos sobre la conducta agresiva o los cambios conductuales sobre la vida diaria son mejores que los producidos por las terapias anteriormente citadas.

Con los adolescentes, la discusión abierta con los padres o con el psicólogo de los conflictos subyacentes, pueden facilitar las manifestaciones agresivas, por esto el adulto debe explicarse de

manera tranquila y clara; manifestar que tipo de experiencias personales le han moldeado su opinión y disculparse si resulta adecuado. En la intervención psicológica la conducta puede ser modificada mientras sea posible reforzarla cuando es cooperativa e ignorarla cuando es provocativa.

Cuando el niño o el adolescente presentan de manera consistente conductas agresivas, las cuales rompen el orden social, la armonía familiar o el orden y la disciplina dentro del salón de clases, el psicólogo deberá estar alerta de la gestación de un trastorno de la personalidad que pudiera tener consecuencias catastróficas a largo plazo, como el trastorno antisocial de la personalidad.

La conducta antisocial se está convirtiendo en un problema serio entre los infantes y adolescentes. Cada vez más los medios de comunicación dan noticias que describen conductas criminales sangrientas, agresivas y actos de *lesa natura* cometidos por niños y adolescentes. En virtud de las implicaciones para el pronóstico es importante apegarse a los criterios diagnósticos que requieren una alteración de la conducta de más de seis meses de duración, con al menos tres de los criterios siguientes: robo sin enfrentamiento con la víctima, escaparse de la casa, mentiras frecuentes, provocación deliberada de incendios, ausentismo escolar, violación de la propiedad privada, destrucción de propiedad privada, crueldad con animales, violación sexual, empleo de armas, inicio de peleas, robo con enfrentamiento y crueldad física con la gente o animales, etc. El lector puede consultar todos los criterios para los trastornos de conducta en el DSM-IV-TR.

Aunque existe fuerte evidencia sobre determinantes genéticos en la conducta antisocial, existen casos asociados con estas conductas. Por ejemplo, suele aparecer en niños de familias marginales o muy inestables, es más frecuente en niños quienes han sido víctimas de malos tratos o de abusos sexuales.

Toda vez que el trastorno se ha establecido el pronóstico es malo, si se consideran las características de los criminales y se aduce a la literatura relativa al trastorno de personalidad psicópata.

El trastorno de personalidad, por lo general, es innato, estable y prácticamente imposible de modificar. Uno de los trastornos de

personalidad más destructivos, la personalidad sádica, puede amplificar de forma dramática el comportamiento antisocial. Se trata de un patrón patológico de conducta cruel, dirigida hacia los demás; se identifica al principio de la edad adulta. Pautas de conducta cruel con animales son frecuentes en niños con futura personalidad sádica. En estos casos la crueldad suele actuar como un método de dominación en las relaciones interpersonales, más que como una fuente de placer.

Los trastornos antisociales del comportamiento, así como los casos de personalidad sádica, no son frecuentes en la población general. Se presenta en 9% de varones y 2% de mujeres en edad prepuberal; pero casi 98% de los delincuentes juveniles presentan este tipo de perfil de personalidad (Sánchez y Valdés, 2003).

Las conductas antisociales deben ser investigadas, en el ámbito clínico, a través de la historia y los antecedentes del paciente ya que casi siempre se infieren con base en las consecuencias a menudo serias. Por ejemplo, expulsión de la escuela, detención por la policía, quejas de los vecinos o familiares.

Muchas conductas antisociales declinan en el curso del desarrollo normal, sin embargo su presencia en la infancia debe encender los focos rojos, sobre todo si hay un inicio temprano y las conductas son violentas o particularmente malintencionadas. De hecho, es tradición entre los buenos clínicos determinar el pronóstico en función de la intención del sujeto; aunque éste es un aspecto mucho más difícil y subjetivo de determinar, la maldad asociada con una acción implica un pronóstico mucho peor que en conductas reactivas o consecuentes a factores explicados de manera externa o contextual.

TRASTORNOS EXTENDIDOS DEL DESARROLLO

La etiqueta trastorno extendido del desarrollo es casi siempre algún eufemismo para una condición poco clara, con una evolución lábil y muchas implicaciones para la familia y el desarrollo del sujeto, asociada por lo común con el síndrome autista.

Aunque la literatura especializada es muy extensa y existe gran interés por parte de los estudiantes de psicología, la frecuencia e

incidencia es pobre y son realmente muy pocos los casos que en la clínica cumplen todos los criterios para ser considerados verdaderos trastornos extendidos del desarrollo o síndrome autista.

El rasgo principal que llama la atención del clínico en el diagnóstico de esta condición es sin duda alguna la discapacidad social, es decir, en estos niños existe una dificultad para establecer relaciones interpersonales, lazos afectivos y manifestaciones de apego, principalmente con los padres y con los hermanos o pares. Todos los casos de trastorno extendido del desarrollo son, a la larga, casos en los cuales la discapacidad social es un rasgo importante del síndrome clínico.

A diferencia de la discapacidad intelectual, el síndrome autista tiene la gran peculiaridad de ser poco consistente; es decir, en algunos momentos y algunas circunstancias, sin aparente predilección, los niños se tornan sociables, comunicativos y proactivos, lo cual causa el desconcierto de los padres y la incredulidad del diagnóstico. Lo anterior es poco común en los padres de niños con discapacidad intelectual quienes muestran de manera consistente y persistente sus limitaciones en diversos ámbitos y competencias.

Otro punto importante en los casos de trastornos en el desarrollo son las grandes varianzas que hay en el desarrollo cognitivo e intelectual de los niños. Por ejemplo, podemos encontrar casos con franca discapacidad intelectual profunda o severa y con una verdadera automatización de movimientos y autoagresión, hasta casos en los cuales existe un alto coeficiente intelectual y grandes potencialidades académicas y cognitivas como en el caso del síndrome de Asperger.

También una característica generalmente consensuada es el síndrome autista es la presencia de pensamientos obsesivo compulsivos; los niños tienden a volverse monotemáticos o estar preocupados por un tema específico o bien, si son más chicos, a concentrarse y jugar particularmente con un solo objeto de forma interminable. En otros casos muestran conductas automatizadas, como movimientos en vaivén o pendulares.

En muchos casos el síndrome autista se diagnostica porque ha sido referido inicialmente como un problema de conducta

después de episodios de berrinche o alteración, los cuales suelen ser paroxísticos y de difícil control. Es hasta después de una evaluación exhaustiva cuando se empieza a sospechar de la presencia de esta condición.

OTROS TRASTORNOS DE CONSIDERACIÓN

Finalmente comentaremos algunos casos que son quizá poco comunes en la clínica; pero que requieren la atención del psicólogo. Entre estos, está el caso de pica que se define como un trastorno caracterizado por la ingesta de objetos o cosas no comestibles: como yeso, tierra, papel, metal, etc.

En algunos casos, la ingesta de elementos raros es consecuencia de enfermedades de tipo orgánico, por ejemplo, en medicina general es común escuchar que los niños quienes tienen anemia rascan las paredes para luego ingerir y masticar el yeso, muchos niños con lombrices tienden a comer hielo. En otros casos la ingesta de cosas raras y aún aberrantes, puede deberse a conductas maladaptativas con ganancia secundaria o bien a la presencia de otros tipos de trastornos mentales subyacentes que expliquen esta situación, por ejemplo, en episodios de psicosis o en niños autistas; el psicólogo clínico deberá hacer la anamnesis correspondiente y evaluar las circunstancias, condiciones y consecuencias de la pica para poder hacer el diagnóstico. En este tenor, un trastorno parecido y quizá similar en la sintomatología, mas no en el origen, con la pica es la tricotilomanía que consiste en la ingesta de cabello después de arrancarlo súbitamente de porciones específicas de la cabeza, el diagnóstico se hace evidentemente al visualizar primariamente el hueco hecho por el sujeto en su cuero cabelludo. Este último es primariamente un trastorno de ansiedad y debe manejarse como tal.

De preocupación frecuente para los padres y por lo tanto razón común para consultar con el psicólogo clínico, son los problemas relacionados con la sexualidad. Analizaremos dos de los casos más comunes en la práctica clínica. El primero se refiere a las preocupaciones de los padres al haber encontrado al hijo

varón vestido como niña en persistentes ocasiones o estar preocupados por el discurso altamente femenino de los niños o quejas de ser varón y deseos de haber sido niña. Desde el punto de vista clínico, esta condición debe manejarse desde una perspectiva de crianza, con una visión evolutiva y aguardar hasta acabar los años de la primera infancia para discernir, si ésta es finalmente una situación de preferencia sexual, de identidad de género o simplemente una etapa del desarrollo de exploración normal.

La segunda preocupación de índole sexual común surge cuando los padres descubren a su hijo en una actividad sexual lúdica, en manoseos o manipulación de genitales con algún amigo o amiga. En estos casos es importante evaluar el significado de la acción, la constancia y circunstancia e identificar si ésta se debe a una etapa de exploración normal, a un problema de conducta relacionado con las competencias de respeto, intimidad y límites en las relaciones o se debe al abuso directo o indirecto de algún perpetrador sexual, ya que muchos niños abusados tienden a hacer lo mismo con sus compañeros.

Finalmente cabe señalar la importancia de abordar el traumatismo craneoencefálico (TCE), el cual se define como la lesión orgánica o funcional del cerebro ocasionada por una fuerza exterior. La lesión cerebral suele acompañarse de lesiones del cráneo, aunque pueden existir lesiones traumáticas cerebrales sin que se vean afectadas las partes blandas o el esqueleto.

El TCE es una de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad entre la población infantil y juvenil, y una causa frecuente de discapacidad adquirida entre esta población. Los estudios epidemiológicos son variables y poco homogéneos, al englobar distintos grados de severidad y diferentes grupos de edad en las poblaciones estudiadas. El TCE es la principal causa de muerte en la población pediátrica de los países desarrollados (Quintanar y Solovieva, 2003).

El daño producido por TCE es debido, en primer lugar, a lesión primaria, resultado del impacto por las fuerzas de aceleración-desaceleración y posteriormente a la lesión secundaria,

la cual resulta de la lesión inicial causada por insuficiencia respiratoria, alteraciones metabólicas o infecciones.

Los TCE severos tienen un gran impacto sociofamiliar, tanto en el nivel de los recursos económicos, como en el nivel desestabilizador de la familia y la sociedad, porque aunque los niños presentan una menor mortalidad que los adultos, son más susceptibles de desarrollar secuelas neuropsicológicas e invalidez por problemas motores y sensoriales; por lo cual el psicólogo clínico debe estar preparado para abordar este tipo de problemas.

ESTUDIO DE CASO

Información demográfica

Nombre	O
Sexo	Masculino (X) Femenino ()
Edad	7 años dos meses
Fecha de nacimiento	7 de diciembre del 2000
Lugar de nacimiento	Campeche, Camp.
Escolaridad	1 de primaria (Colegio)
Referido por	LI
Datos proporcionados por	Ambos padres, él mismo.
Fecha de este reporte	miércoles, 25 de junio de 2008

Motivo del estudio

Se refiere a estudio de psicodiagnóstico por presentar exacerbación en su tartamudez y al no encontrar los avances esperados en su lecto-escritura.

Antecedentes

Producto del primer embarazo (Gesta 3 para 3), de término, nació por parto normal. La madre refiere cesárea PCP.

El embarazo fue sin incidentes con un poco de ansiedad por el antecedente obstétrico. La madre dejaba de fumar en los embarazos, situación que la deprimía por efectos de la abstinencia.

No hay eventos perinatales de importancia para la condición en estudio.

Entre los antecedentes familiares de importancia, madre y tíos maternos con problemas de aprendizaje. Prima con trastorno de ansiedad.

No hay antecedentes medico-quirúrgicos relevantes para el caso. Ahora con peso (25.8 kg.) y talla (1.25 cm) de acuerdo a normas de la edad.

Antecedentes familiares

Padre:	OF
Edad	35
Ocupación	Director de finanzas
Madre:	DA
Edad	34
Ocupación:	Ama de casa

Dinámica familiar

La familia O-D tienen 8 años de casados sin periodos de separación. Tienen tres hijos: O, A de 5 años y G de 2. Paridad satisfecha. Hay acuerdo en la disciplina. Ambos padres muestran consciencia e interés por la condición.

Historia de la condición actual

O presentó marcadores del desarrollo normales, pero presentó tartamudez y dificultades para hablar, proceso que duró un año y no se le dio importancia atribuyendo la condición a variaciones normales en la presentación de marcadores del desarrollo. Este problema desapareció en apariencia, hasta que nació su

hermana y el hermano, por lo que los padres pensaron era una reacción normal al arribo de los hermanos.

Hace dos años, los padres notaron un deterioro en sus dificultades para hablar por lo que comenzó a tomar terapia del lenguaje en este centro. El estudio se realiza, ya que los avances no corresponden los esperados en una intervención convencional.

Valoración clínica

O asistió a las sesiones puntualmente con adecuada higiene, desde el primer momento coopera, se adapta, es educado, platicador, juguetón, por momentos se manifestó inquieto (un poco desesperado en realizar las actividades), ansioso e impulsivo denotando inseguridad y pidiendo aprobación de lo que realiza. Asimismo, presenta por momentos angustia y exacerbación en la tartamudez ante situaciones que lo estresan y rasquera por todo el cuerpo, en momentos tiende a manipular y con cierta obstinación ante algo que desea sin embargo es un niño que responde a los límites. Su atención es lábil, se dispersa fácilmente, con poca tolerancia al trabajo, al platicar trata de escenificar su discurso.

Valoración psicométrica

Considerando el problema de referencia, durante el período de evaluación se aplicaron a O las siguientes pruebas:

- Prueba de dibujo de Figura Humana de Kopitz.
- Prueba interpretativa de familia Harper-PS.
- Prueba CAT(a)
- Prueba de Bender
- Escala de evaluación visual de Frostig (DVPT-2).
- Prueba de inteligencia Weschler (WISC-IV).
- Prueba Detector.
- Escala pediátrica conductual.
- Observación conductual.
- Reporte en el desempeño escolar y conducta en el aula.

RESULTADOS

En la prueba de figura humana se observa un nivel de desarrollo normal con adecuada identidad de género. Se aprecian datos emocionales como, ansiedad, angustia, impulsividad, tensión interna (posible agresión), tendencia al retraimiento o timidez.

En la prueba de familia, O proyecta una familia nuclear completa, en su discurso comenta que existe comunicación entre padres e hijos con una relación cordial y amistosa donde siente que los hijos son muy queridos. Percibe a la figura paterna con grandiosidad y que le brinda confianza, el que ejerce mas disciplina en casa misma que es flexible, con deseo de tener una mayor convivencia con el mismo.

La figura materna es afectiva, sobreprotectora y ansiosa por el cuidado de los hijos y flexible en su autoridad, misma que le brinda seguridad y confianza. Se aprecia fuerte conflicto con la hermana P, misma que le crea sentimientos de coraje, ansiedad y fuerte impulso de sacar agresión. Mantiene una relación afectiva con el hermano G, lo describe como un bebé precioso, anhela mucho tener un perro.

En la prueba CAT, O proyecta constantemente en sus relatos extrema fantasía, angustia, así como un fuerte deseo de apego a la figura materna, se siente desplazado. Encontrando en casa de la abuela materna cobijo y la atención que necesita, nuevamente denota rechazo y enojo hacia la hermana P. Maneja mucha ansiedad ante las exigencias del medio y sentirse incomprendido (agresividad pasiva).

En la prueba HTP proyecta en el análisis presión ambiental, tensión, compensación, fuerte preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata, rechazo, necesidad de seguridad, ansiedad, dependencia, fantasioso, regresión, inmadurez, agresión reprimida.

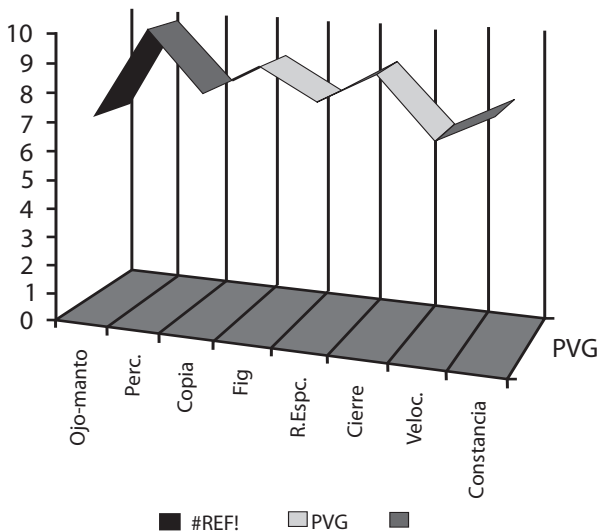
En el test de Bender que evalúa el nivel de madurez del niño en la integración viso-motriz es de 5-6 a 5-8 o sea la naturaleza global de la función Gestáltica. Los indicadores emocionales que

se ponen de manifiesto son distorsión de figuras, tamaño pequeño: asociado el los niños con ansiedad, tendencia a la timidez e inseguridad y borraduras frecuentemente. Son todos emocionales sin evidencia de organicidad.

Se aplicó la escala de evaluación de la percepción visual de Frostig versión 2. En ella se observa un nivel de madurez de la percepción e integración visual, por debajo de los niños de su edad. Se aprecia inmadurez (mal agarre de lápiz). A continuación, se desglosan las áreas específicas y generales en los gráficos subsecuentes.

Área	Bajo	Normal	Alto	Media	Percentil	Edad
Percepción visual general				90	25	6,9
Percepción con respuesta motriz				97	42	6,1
Integración visomotora				83	13	6,4

Gráfica 10-1. Perfil del método de evaluación visual de Frostig (DTVP-2)



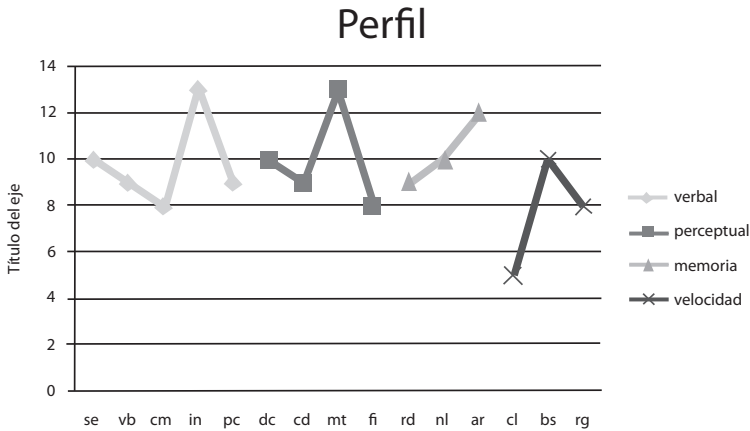
<i>Factor</i>	<i>Habilidad</i>	<i>Edad</i>
Coordinación ojo-mano	Para dibujar líneas rectas o curvas con precisión de acuerdo con los límites visuales.	5,7
Posición en el espacio	Para igualar dos figuras de acuerdo con sus rasgos comunes	7,3
Copia	Para reconocer los rasgos de un diseño y dibujarlo a partir del modelo	6,3
Figura-fondo	Para ver figuras específicas cuando estén ocultas por un fondo confuso y complejo	6,4
Relaciones espaciales	Para juntar puntos, para reproducir patrones presentados visualmente	6,6
Cierre visual	Para reconocer una figura estímulo que ha sido dibujada de manera incompleta	6,3
Velocidad visomotora	La rapidez con la que el niño puede hacer ciertas señales en ciertos diseños	5,10
Constancia de forma	Para igualar dos figuras que varíen en uno o más rasgos discriminativos (tamaño, posición o sombreado)	7,7

WISC-IV Escala Wechsler para niños.

Resultados

<i>Escala</i>	<i>Suma</i>	<i>índice</i>	<i>percentil</i>
Comprensión verbal	27	95	37
Razonamiento perceptual	32	102	55
Memoria de Trabajo	19	79	8
Velocidad de Procesamiento	15	71	3
Escala Total	93	94	34

En el programa computarizado ¡Detector!, no se identifico ningún diagnóstico, los factores de riesgo son: temperamento, atención, lectura y escritura.



Reporte de la escuela

De la escuela, la maestra F de primer grado de primaria reporta capacidad intelectual normal con un nivel académico alto y una actitud hacia la tarea interesada, desordenado, no la concluye, actitudes dentro del aula, le gusta llamar la atención, inseguro, dependiente del maestro, se dispersa con facilidad. Fuera del aula es sociable. Su lectura es pobre, poco fluida, deletrea, no presenta lectura de comprensión, no lee bien, confunde las palabras, dificultad con la escritura; escritura poco legible, (junta u omite fonemas y palabras).

La maestra K reporta capacidad intelectual normal académico mediano, actitud hacia la tarea interesado(pero muy distraído y trabaja muy despacio), desordenado, sin limpieza adecuada e inconsistencia, dentro del aula es inquieto, platicador, inseguro, impulsivo, se apropia de objetos ajenos. Fuera del aula es sociable, con baja coordinación viso-motriz.

Valoración de lenguaje y aprendizaje

La maestra especialista de lenguaje B reporta que O ha asistido a este centro de terapias para recibir apoyo en dicha área por presentar tartamudez. Inicia por una tartamudez esporádica, la cual se mejora evidentemente al trabajarle actividades diferentes

de respiración, masajes a los músculos articulatorios, fraseos, ejercicios de ritmo, coordinación motriz-fina y platicas para consolidar el desarrollo del lenguaje que se observaba con dificultades.

Se le da de alta pues se observa mejoría evidente. Cuando regresa al curso escolar siguiente, la tartamudez continuaba y se inicia de nuevo la terapia para tratarlo; en esta ocasión se le apoya a la par la coordinación motriz-fina y la lecto-escritura que estaba atravesando con varias dificultades, notando falta de consolidación en el proceso de aprendizaje de lecto-escritura y los trazos caligráficos que realizaba con bastante imprecisión por problemas en el tono y la fuerza muscular (muy fuerte-tenso).

Observaciones generales

O es un niño cariñoso, amable y platicador. En ocasiones se muestra aprensivo, un poco manipulador y ansioso. Cuando quiere hacer o trabajar alguna actividad, no cesa de insistir “desesperadamente” en lo que desea. Ahora cuesta un poco menos convencerlo y encaminarlo a las actividades que debe realizar.

Se observa generalmente angustiado; cuando quiere platicar algunas situaciones que lo estresa entonces surge la tartamudez. Cuando lo que quiere expresar es alguna situación relacionada con la hermanita mediana entonces se muestra muy enojado, alterado y la califica de “fregona” y la tartamudez en ese momento es severa pues no es capaz de articular dos ni tres palabras sin tartamudear. Es típico que llegue a la terapia molesto y quiera solo platicar de lo que le sucede y pida no hacer la tarea pues dice estar cansado. Se le convence y accede cuando se le dice que serán pocos los ejercicios que realizará.

La maestra especialista L de nivelación académica reporta que O es un niño que tartamudea cuando te comenta o platica algún acontecimiento, en ocasiones esto es mas notorio. Presenta deficiencias en su lectura ya que es lenta, silabeada y en ocasiones no comprende lo que lee. Su escritura es dispareja, se baja del renglón, presenta desaciertos como omisiones y fusiones.

Se le ha estado trabajando lectura con textos breves para que rescate el contenido y diversas actividades de escritura para

mejorar sus trazos, sus omisiones y fusiones, ejercicios de memoria y percepción, se queja cuando se le marca mucho trabajo y manifiesta poca tolerancia al trabajo. Dice que ya se cansó.

El lenguaje es quizá la mas compleja y difícil de todas las tareas de aprendizaje, las dificultades del lenguaje colocan al niño en el riesgo de fallar en la escuela y en la vida social. La tartamudez es “una alteración en la fluidez normal y en el patrón de tiempo del habla”, interjecciones, prolongaciones, repeticiones (de sonidos, silabas, palabras, grupos de palabras), bloqueos.

Diagnóstico multiaxial (DSM-IV)

O presenta marcadores del desarrollo psicológico y físico normales. Tanto la historia familiar, como los resultados de las pruebas clínicas y psicológicas sugieren la presencia de un trastorno de ansiedad generalizada en la infancia.

Esta condición explica todos los síntomas y comportamientos. Igualmente, los problemas del habla se deben a cuestiones emocionales y de ansiedad.

El abordaje deberá ser mixto, debe darse medicación para el manejo del problema ansioso y debe manejarse con psicoterapia de juego la situación emocional, en especial el conflicto con la hermanita.

El pronóstico es bueno ya que el niño tiene muchos recursos personales y los problemas emocionales no suelen dejar secuelas.

EJE I Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia
 Problema fonoarticular

EJE II Ninguno
 EJE III Ninguno
 EJE IV 0 Ninguno.
 EJE V. 80 (B)

Sugerencias de intervención

Para el paciente:

Fármaco ansiolítico: Imipramina 50 mg en dos dosis.

Psicoterapia 5 sesiones.

Continuar con su terapia de lenguaje dos veces por semana por presentar tartamudez.

Continuar con su terapia especializada de lecto–escritura, trabajando también: coordinación visomotora fina, velocidad y exactitud psicomotriz al escribir, capacidad gestáltica y percepción visual.

Para los padres:

Es importante que los padres asistan a orientación psicológica para el manejo emocional del niño.

CAPÍTULO 11

Trastornos del adolescente

En este capítulo revisaremos algunos de los problemas más comunes de la adolescencia, tratando de identificar las señales de riesgo, los signos y síntomas que anteceden a los problemas psicológicos, las señales de alarma temprana y de cómo el psicólogo clínico puede actuar para tratar de disminuir los riesgos y la probabilidad de desajuste en este importante periodo del desarrollo. En particular, enfatizaremos en los beneficios de las acciones que promueven la escolaridad, principal tarea de muchos adolescentes; o el trabajo, alternativa última o destino obligado de muchos quienes han dejado la escuela.

Además trataremos temas genéricos y fundamentales: el éxito escolar, la salud mental, la prevención del embarazo, el manejo de trastornos alimentarios y la promoción de hábitos saludables de vida.

ADOLESCENTE EN RIESGO

En primer lugar es necesario analizar el concepto de adolescente riesgo ya que es una primera aproximación a los problemas en esta etapa de la vida. Aunque es difícil dar una definición inequívoca

de riesgo, el propósito que se pretende con este concepto es describir algunas condiciones que ponen en peligro el logro escolar del adolescente o la permanencia en un empleo si hubiese dejado la escuela. Es decir, implica un enfoque preventivo, no se refiere al adolescente quien ya sufre de alguna enfermedad, adicción, aflicción emocional o marginación social. Por riesgo entendemos alguna condición biológica, psicológica o social que lo ubica en una condición de vulnerabilidad y que por tanto el adolescente encuentra una alta probabilidad de sufrir una condición de desajuste, mala adaptación o desventaja.

La premisa: “más vale prevenir que remediar” guía la disertación de los temas a tratar, se argumenta que la detección oportuna, la referencia a los servicios de apoyo en tiempo y forma y un adecuado seguimiento de la intervención, son las vías más eficientes para disminuir los problemas del adolescente y de facilitar la transición a la vida adulta con ajuste, adaptación y propósito de logro.

En este enfoque preventivo uno de los aspectos más relevantes por considerar es la capacidad del adolescente para permanecer y aprovechar la escuela; así como en los adultos la salud mental se evalúa en términos de la capacidad de trabajar y de mantener buenas relaciones personales, en el adolescente es importantísimo delimitar sus potenciales y capacidades escolares ya que la escuela continúa siendo un factor de protección para el adolescente. De hecho, todos los indicadores de salud mental, cuando se comparan en función de la escolaridad, siempre señalan a ésta como una de las diferencias más notables y significativas en la prevención de discapacidad, trastornos mentales, adicciones y otros problemas en la vida del adolescente.

FRACASO ESCOLAR

El fracaso escolar en secundaria y bachillerato es alarmante en México. Cerca de 40% de los jóvenes quienes inician la secundaria no la terminan, y alrededor de la mitad de quienes inician el

nivel medio superior no lo concluyen (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2006). Bastin (1985) afirma que el rendimiento escolar es un fenómeno muy complejo en el cual entran en juego una serie de factores que desbordan el campo de las capacidades intelectuales. Todos hemos oído de personas brillantes que fracasan en la vida; también de ejemplos loables de personas quienes en desventaja, con base en el ahínco, esfuerzo y dedicación ascienden todos los peldaños de la jerarquía escolar y laboral posibles. Es frecuente, como causa de consulta en el ámbito clínico, encontrar padres desesperados porque su hijo ha dejado de asistir a la escuela o porque ha reprobado de manera irreversible un curso escolar.

Conviene aquí distinguir entre el retraso escolar y el fracaso escolar. Por retraso o rezago escolar, entendemos la pérdida de alguno o varios cursos escolares por parte del joven, en relación con su grupo de edad, independientemente del cual sea la causa o causas que producen el retraso. El fracaso escolar es un fenómeno complejo, en el cual intervienen una gran cantidad de factores, sin embargo, entre los más comunes están: la aptitud, determinada por la inteligencia y el contexto familiar (Wenglinsky, 2002).

En particular, es común en los ámbitos clínicos abordar los casos asociados con problemas emocionales. Shea y Bauer (2000) refieren que cerca de 45% de los estudiantes identificados con trastornos emocionales reprobó algún curso durante su bachillerato. Los trastornos emocionales o conductuales pueden inducir directamente el fracaso escolar o laboral.

Una primera señal de alarma de problemas emocionales en el adolescente se evidencia cuando hay incapacidad para mantener relaciones de amistad o de pareja. Muchas veces estas conductas son señal de problemas afectivos o de ansiedad. Por lo anterior, el clínico debe indagar acerca de hábitos de sueño, por ejemplo, insomnio o dificultades para dormir, estado de ánimo y los sentimientos de valía.

Aunque el pronóstico depende de la condición y de la severidad del evento, en muchos casos es posible resolver la problemática

con el apoyo profesional, la adherencia al tratamiento y el apoyo de la red social existente.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Actualmente los trastornos de la alimentación se han hecho mucho más evidentes. La obesidad es un severo problema de salud pública en México y cada vez más niñas son referidas por presentar anorexia nerviosa o bulimia. En este apartado abordaremos los problemas alimentarios que padecen los adolescentes y revisaremos algunos factores de riesgo para la aparición de éstos.

La anorexia nerviosa, es la única que directamente puede causar la muerte (aunque la obesidad causa más muertes de manera indirecta); se puede considerar como una alteración del instinto de comer y se caracteriza por una percepción irreal de la persona y de lo que come. La padece casi siempre la mujer. El paciente dedica la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello. La preocupación por la comida y el temor de ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentar este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas a pesar de presentar un aspecto esquelético. La falta de nutrientes provoca irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea (impotencia en varones). Para hacer el diagnóstico de anorexia se debe corroborar un peso anormalmente bajo, el temor de aumentar de peso o engordar, percepción distorsionada del peso, tamaño o figura del cuerpo, dieta y ejercicio excesivos, abuso de laxantes o diuréticos. En virtud de la negación que acompaña la enfermedad es importante que el clínico se guíe de los signos: el peso y la masa muscular.

Más común y menos evidente que la anorexia es la bulimia. Ocurre en la adolescencia tardía y es común encontrarla en grupos de amigas. Se caracteriza por episodios incontrolables de atracones de comida seguidos de vómito o diarrea; es decir, además de la preocupación por el peso, forma corporal y pérdida de

control sobre la ingesta de comida se añaden estrategias para contrarrestar los atracones. El paciente siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Una vez que termina de comer, le invaden fuertes sentimientos de culpa. Ello le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose el vómito, realizando ejercicio excesivo y utilizando métodos purgativos.

Mientras la anorexia es una enfermedad psicótica, la bulimia puede considerarse ansiosa.

Los factores de riesgo de los trastornos alimentarios que constituyen el caldo de cultivo idóneo para el desarrollo de este tipo de patologías son: baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionista, autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensan, pobres habilidades de afrontamiento y dificultades de socialización.

Los trastornos alimentarios van con frecuencia acompañados de depresión, impulsividad, ira, rebeldía y retraimiento social; alrededor de 60% de los pacientes con trastornos de alimentación presentan algún tipo de problema de personalidad y cerca de 20 % de los mismos abusa del alcohol o drogas (Hales, Yudofky y Talbott, 2000).

Considerando el impacto negativo de la obesidad en la salud mental y física del adolescente, haremos algunas consideraciones al respecto.

La obesidad es el resultado de un exceso de tejido graso corporal con implicaciones para la salud, calidad de vida y estado psicológico del paciente. Esta condición se debe a un balance negativo entre las calorías ingeridas y las gastadas por el organismo y está relacionada con el tipo de ingesta alimentaria y el estilo de vida del sujeto. Por lo general las personas obesas se quejan de que no pueden frenar la ingestión y tienen problemas para sentirse satisfechas. Algunos refieren que no pueden distinguir el hambre de otros estados disfóricos y comen cuando están alterados.

Las causas de la obesidad aún no han sido totalmente comprendidas, habitualmente se refieren como causas: la conducta,

la genética, lo social, la cultura y el sedentarismo de la vida moderna.

Podemos observar que la obesidad es un trastorno complejo en cuya determinación se hayan involucrados factores de varios tipos. Donde se combina una cierta predisposición heredada con factores socioculturales, como los hábitos alimenticios. Los factores de riesgo de esta condición son familiares, en primer lugar, ya que la mayoría de los adolescentes obesos tienen padres con sobrepeso.

El psicólogo clínico debe establecer estrategias conductuales para el monitoreo de la ingesta, el control de peso, la adherencia a la medicación y la afrontación realista de la autoimagen, el apego a la dieta y al régimen de ejercicio.

La obesidad es un grave problema de salud en México y la intervención psicológica es un recurso importante para el combate del mismo.

EMBARAZO

En los últimos 10 años el embarazo adolescente ha sido un tema de gran preocupación en varios sectores de la población en México, esto se evidencia en el incremento de políticas y programas de educación sexual, reformas en los libros de educación gratuita para incluir temas de sexualidad, programas sociales, políticos y de población dirigidos a eliminar este problema. Sin embargo, los resultados obtenidos siguen siendo pobres y este grave problema de salud y mal social continúa en ascenso.

Stern (1997) define cuatro elementos que llevan a considerar este fenómeno como un problema social y de salud, más que moral:

1. Incremento de embarazos adolescentes en la última década.
2. Contribución de este problema al crecimiento acelerado de la población.

3. Efectos adversos sobre la salud de la madre y del bebé.
4. Contribución en la persistencia de la pobreza.

Además, el embarazo temprano posibilita que la joven procrea un mayor número de hijos y exista un menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población. Este fenómeno se concentra en los sectores más pobres de la sociedad, en los cuales la fecundidad tiende a ser elevada, independientemente de la edad del primer embarazo.

En sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana, el embarazo temprano es más frecuente; la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora las limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y uso de metodologías anticonceptivas entre los adolescentes tienen poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo. El argumento más comúnmente manejado para definir este fenómeno como un problema de salud es por los efectos adversos sobre la madre y el producto. Un embarazo en una mujer menor de 18 años es de alto riesgo.

El riesgo se asocia con jóvenes de bajos recursos, deficiente escolaridad, aisladas socialmente o mal supervisadas, quienes sostienen relaciones sexuales tempranas; niñas con carencia afectiva quienes buscan en la pareja el afecto faltante en el hogar. Lo anterior se agrava si se considera que en muchos casos de riesgo se carece del apoyo, interés y supervisión de los padres. Además, las escuelas han tomado laxamente este problema, al no poder, la mayoría de las autoridades, quitar la connotación moral de este problema de salud pública. Por ejemplo,

son muy pocas las escuelas del país que cuentan con dispensadoras de condones en los baños, con programas explícitos de contracepción o que incluyen el tema de la responsabilidad sexual en sus cursos propedéuticos.

ADICCIONES Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Sánchez et al. (2004) reportaron grandes preocupaciones en estudiantes universitarios en México respecto a los hábitos en esta etapa de la vida, por ejemplo falta de sueño, de ejercicio, de descanso y excesos de alcohol y tabaco.

Quizás la preocupación de estos jóvenes está asociada con la incidencia entre estilos de vida y abuso de sustancias. Actualmente las adicciones constituyen en México una importante amenaza para el bienestar de los adolescentes. La adicción a las drogas es un grave problema social y de salud. El origen es multicausal, ya que intervienen factores sociales, familiares e individuales (Centros de Integración Juvenil (CIJ), 1996).

En México el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo representan un serio problema de salud. La Encuesta Nacional de Adicciones indica que 66% de la población estudiada inició con el consumo de alcohol antes de los 19 años de edad, y 72 % con el tabaco (CIJ, 1996).

Berezon et al. (1996) reportan que las mayores tasas de prevalencia se centran en las regiones Noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora) con 6.7% y Occidental (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas) con 5.5% (CIJ, 1996).

El Programa Nacional para el Control de Drogas de la Procuraduría General de la República citó a la Encuesta Nacional de Adicciones 1988 y 1993, que reportó un crecimiento en la prevalencia del uso de drogas ilícitas, en la categoría: “alguna vez en la vida”.

En la Encuesta Nacional del Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar realizada en 1991 por la Dirección General de

Educación Escolar de la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se reportó un índice nacional de 3.5% de consumidores de inhalables y 1.5% de consumidores de marihuana y situó el inicio del consumo entre los 11 y 15 años de edad. Sin embargo, la población de adolescentes que se halla en riesgo de iniciarse en el uso de drogas no se encuentra descrita o caracterizada, así como tampoco lo están los factores asociados con el consumo.

Berezon et al. (1996) mostraron las tendencias provenientes de una medición que hicieron entre estudiantes de enseñanza media y media superior en el Distrito Federal. Destacaron las estadísticas referidas al consumo, “alguna vez en la vida”, de tabaco y alcohol, habiéndose reportado porcentajes de 48 y 74, respectivamente. Los porcentajes correspondientes a los consumos de sustancias fueron: inhalables 5, marihuana 4 y cocaína 2, aproximadamente. Los varones de mayor edad y que no asisten a la escuela son quienes tienen alto riesgo de consumir sustancias (CIJ, 1996).

Escalante y Sánchez (1997) en un estudio realizado en escuelas secundarias públicas de Yucatán, concluyeron que las sustancias más consumidas por la población estudiantil son el alcohol y el tabaco; mientras que las sustancias ilegales no mostraron un consumo generalizado; el género también influyó en el consumo, hallándose que las mujeres consumieron mucho menos que los hombres; asimismo, que los amigos fueron considerados como la fuente de mayor influencia para el consumo de alcohol y otras drogas.

La drogadicción es una de las principales preocupaciones de la sociedad, pues no distingue posición socioeconómica, formación o procedencia (Velloso, 1992). Según el DSM-IV-TR el abuso de drogas puede definirse como un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo.

En la clínica, la presencia de cualquiera de estos elementos es suficiente para sospechar de problemas de adicciones. En primer término, el consumo recurrente de sustancias en situaciones

peligrosas (conducir, al trabajar con maquinaria). En segundo, cuando el paciente continua consumiendo a pesar de tener problemas sociales, interpersonales asociados o cuando se han tenido problemas legales repetidos relacionados con el uso de sustancias.

Schinke et al. (1991) postularon que la conducta y actitudes familiares son un importante factor de riesgo: los individuos con familiares y amigos que abusan de sustancias corren un riesgo significativamente mayor de convertirse en consumidores. Lees et al. (1994) mencionan otros factores de riesgo como los conflictos en el seno de la familia, los lazos familiares relajados y prácticas de convivencia pobre e inconsistente entre ellos. Lexcen y Redding (1999) dedujeron de la literatura especializada que algunos jóvenes pueden modelar e imitar el consumo de alcohol y drogas de las conductas paternas. Establecieron que los jóvenes cuyos padres están más involucrados con ellos y les proporcionan influencias positivas contra las drogas a través de sus conductas y actitudes, son menos proclives al abuso de sustancias.

La presencia de refuerzos y modelos sociales se asocia con el consumo de drogas en los adolescentes. Los adolescentes consumidores de drogas obtienen refuerzos tanto físicos (vivencias agradables que producen las drogas a corto plazo, eliminación de vivencias negativas), como un refuerzo social derivado de la atención y el estatus otorgado por el consumo de drogas con determinados grupos de adolescentes.

La interacción de vivencias emocionales desagradables en estos jóvenes con dificultades para enfrentarlas, puede conducirlos al consumo de drogas. Éstos ven en el consumo de drogas un medio legítimo para evitar las vivencias desagradables o para enfrentar problemas externos. Asimismo, rasgos de personalidad como la necesidad de conductas excitantes y riesgosas, la dificultad para el control de los impulsos y demorar la gratificación, así como las dificultades en las relaciones interpersonales se asocian con el abuso de drogas. Otro factor asociado de manera consistente con el consumo de sustancias es el fracaso escolar. Lees et al. (1994) asociaron a las conductas adictivas dos elementos dentro de este factor: el bajo desempeño escolar y el

desinterés por los eventos educativos, lo cual resulta en vagancia, inasistencia o vandalismo en la escuela.

El principal factor protector contra las adicciones es la atención, vigilancia y supervisión de los padres. Uno de cada cuatro jóvenes quienes utilizan drogas refiere no haber recibido suficiente supervisión de sus padres.

Lexcen y Redding (1999) establecieron que la relación con los amigos puede influir profundamente en las conductas adictivas, quizá porque quienes se inician observan e imitan el consumo de otros jóvenes prominentes en los grupos o escuelas, o bien, porque el inicio en el consumo de sustancias bloquea el contacto con pares no consumidores involucrados en actividades más deseables socialmente.

La conducta de consumo o abstinencia en los amigos representa uno de los mejores predictores de uso o no en los adolescentes. Las actitudes y el comportamiento de los compañeros y amigos pueden reforzar la inclinación de un adolescente al uso de drogas. Las percepciones que los jóvenes tienen de sus amigos también son importantes. En ocasiones, los jóvenes sobrestiman las características de sus amigos creyendo que los consumos de alcohol y drogas entre ellos son más frecuentes de lo que en realidad son. Cuando un adolescente piensa que “todo mundo lo hace”, el consumo de sustancias aparece como normal y el propio consumo puede iniciar más fácilmente (CSAAA, 1997).

CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELINCUENCIA

En México la delincuencia juvenil es preocupante y un problema de salud mental por las implicaciones para las víctimas; pero también para los adolescentes en el sistema legal mexicano. La incidencia de delincuencia juvenil está definida tanto en términos de arrestos y procesos penales, como de comportamientos antisociales: robar, asaltar y dañar a otras personas. En estimaciones recientes se sostiene que las tasas de criminalidad oscilan entre 6 y 16% para los hombres; y 2 y 9% para las mujeres

(APA, 1994). Se estima que en EUA cerca 135 mil jóvenes llevan armas a la escuela cada día y el vandalismo cuesta más de 500 millones de dólares anuales (Salazar, 1997). Entre 1988 y 1994 los casos de vandalismo juvenil se incrementaron en 48% (Stahl, 2000).

La situación anterior no parece ser muy diferente en nuestro país donde también se ha experimentado un incremento de la delincuencia juvenil. Por ejemplo, mientras que en 1998 se detectaron en Sonora 370 delincuentes juveniles, tan sólo en el primer trimestre de 1999 se habían presentado ya 536 ingresos a los centros de internamiento del Consejo Tutelar (Frías *et al.*, 2000). Situación similar se presenta en Yucatán, en donde hubo 200 ingresos durante 1998 a la Escuela de Educación Social y 250 durante 1999 (Escuela de Educación Social del Estado de Yucatán, 1999).

La prevención y el tratamiento adecuado y oportuno de estos menores parece ser de suma importancia y se hace necesario desarrollar nuevas estrategias, planes y programas a largo plazo, máxime si se tiene en cuenta que muchos de estos menores podrían continuar presentando problemas de adaptación social durante el resto de su vida.

Diversos autores (APA, 1994; Kaufman, 1990; Kazdin y Buela-Casal, 1999; Sattler, 1996) sostienen que las problemáticas más frecuentes que presentan estos menores son abandono o retraso escolar, dificultades en las relaciones interpersonales, falta de habilidades sociales, baja autoestima, ausencia de un proyecto de vida, adicciones, desintegración familiar y conductas sexuales inadecuadas.

El reto de la prevención es aún mayor cuando se trata de un joven con alto riesgo de conducta delictiva ya como adulto. Agüero (1999) reporta que entre 33 y 45% de varones y 11 y 30% de mujeres quienes presentan un trastorno de conducta disocial en la niñez o adolescencia, evolucionarán hacia un trastorno antisocial de la personalidad cuando sean adultos. Por lo anterior, el tratamiento clínico de los problemas de conducta en la infancia y en la adolescencia debería ser una prioridad nacional.

La continuidad y persistencia de los trastornos de conducta y la asociación con el fracaso escolar, el desempleo y el divorcio por violencia está fundamentada (Emery et al., 1999).

Por tanto, resulta pertinente cuestionar: ¿cuáles son los factores que vuelven resistentes a estos jóvenes ante las circunstancias adversas de la vida? Entre los factores reportados en la literatura especializada, se encuentran las redes sociales y familiares (Mc Whiter et al., 1993) pertenecer a distintas organizaciones de apoyo social, como clubes deportivos, grupos religiosos, de autoayuda y estar estudiando (Valdés, 2000), que los padres posean empleos y la familia cuente con una situación económica aceptable, las buenas relaciones con al menos uno de los padres, la comunicación enfocada, flexible y bien estructurada, la promoción de la independencia e involucrar a los hijos en redes de apoyo social (Francés, 1998; Mc Whiter et al., 1993).

Kokko y Pulkkinen (2000) sostienen que los estilos de paternidad autocráticos y centrados en el joven son factores que disminuyen la probabilidad de presentar problemas de adaptación social en la vida adulta. Este estilo de paternidad hace que los padres sean capaces de establecer reglas claras y firmes, pero a la vez flexibles, las cuales pueden discutirse de manera abierta y racional con los hijos, por todo esto es considerado un elemento protector de conductas antisociales. Kazdin y Bucla-Casal (1999) señalan como factores protectores que los padres permanezcan juntos y mantengan una relación armónica, la comunicación efectiva entre padres e hijos, la participación en actividades familiares, las prácticas educativas consistentes por parte de los padres, la recompensa de las conductas apropiadas socialmente y la supervisión apropiada de las actividades de los hijos.

Otros factores protectores son: la competencias para la escuela; el concepto de sí mismo y autoestima; la comunicación con otros; la habilidad para hacer frente a las dificultades; y la capacidad de controlar los impulsos.

ESQUIZOFRENIA

Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos por lo cual la persona se transforma y comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente de como lo hacía antes; por ejemplo, se le percibe como extraña, aislada, duerme poco o demasiado, habla solo o se ríe sin motivo aparente.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que afecta diferentes funciones intelectuales y perceptivas. La causa de este padecimiento no se conoce todavía de manera completa; pero se sabe de la importancia de factores concretos genéticos entre otros que afectan el desarrollo del tejido nervioso. El curso crónico y deteriorante de esta enfermedad afecta seriamente el curso vital y las expectativas fundamentales del ser humano que la padece.

De la esquizofrenia se ha escrito y hablado mucho, sin embargo sigue siendo poco conocida para muchos psicólogos y se soslaya el papel de éste para promover el ajuste social, familiar y personal. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe estar bien versado en todo lo concerniente con esta enfermedad que afecta al 1% de la población mundial, para poder ayudar al paciente y la familia.

La edad más frecuente de aparición es antes de los 20 años (de ahí su inclusión en este capítulo), aunque hay casos de aparición en la infancia, los cuales suelen enmascararse con problemas escolares o de mal comportamiento.

El término esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911; pero este trastorno fue identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de demencia precoz para referirse a las personas afectadas con locura.

La persona quien tiene una esquizofrenia no puede explicar lo que le está sucediendo. En la mayoría de los casos los pacientes son llevados a consulta por sus familiares, a pesar de su resistencia y negación de toda anomalía personal.

Síntomas

La esquizofrenia tiene un curso progresivo e incurable y en la evolución suelen aparecer episodios agudos de recrudescimiento de la enfermedad y periodos de mejoría, en los cuales el paciente puede llegar a darse cuenta de su propia enfermedad.

Hay dos tipos de síntomas en la esquizofrenia: los positivos, consistentes en las manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar; y los negativos, los cuales se refieren a las cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener la voluntad para levantarse cada día.

Se denominan síntomas positivos a las alteraciones psicopatológicas que de alguna manera suponen una excitación excesiva de ciertas funciones cerebrales, básicamente las alucinaciones y los delirios. Las alucinaciones de los pacientes esquizofrénicos son esencialmente auditivas y por lo general se describen como voces que comentan los actos del individuo o que le recriminan u ordenan hacer cosas. Las voces se oyen claramente y no existen dudas en la persona de que estas voces son reales, ciertas y unívocas.

Las alucinaciones visuales, olfativas o gustativas son raras en la esquizofrenia y cuando existen deben llamar la atención del clínico para explorar otras causas de psicosis, de origen orgánico o tóxico.

Los delirios más frecuentes en la esquizofrenia son los de persecución y perjuicio: el paciente se siente perseguido por extraterrestres, la mafia, se cree en medio de conspiraciones mundiales, etc.; o cree que todo el mundo está en contra de él, que murmuran y conspiran en su contra, experimentando una sensación de peligro y amenaza constante. Con menor frecuencia el paciente presenta delirios de contenido místico-religioso, por ejemplo, se siente “el Mesías”, “el Salvador” o “conectado con Dios”; más raramente presenta delirios eróticos como asegurar

que está enamorado de alguien a quien no conoce o cree que algún artista famoso está enamorado de él.

Los delirios son creencias erróneas que no pueden ser rebatidas con la argumentación y son irreductibles por la razón, es decir, tienen su propia lógica no compartida con la de los demás. De esta forma el paciente psicótico puede, por ejemplo, encontrar la certeza de que los extraterrestres lo persiguen en un hecho banal para los demás como cruzarse con un coche blanco en la calle o sentirse asignado para una misión secreta por un correo electrónico no deseado, de un anunciante. A lo anterior, se le llama percepciones delirantes o interpretaciones delirantes y son, desde luego, criterios de exclusión de cualquier proceso de psicoterapia.

Los síntomas negativos, son aquellos que suponen la inhibición o la desaparición de las funciones normales del paciente: pérdida de habilidades sociales, falta de interés, incapacidad para experimentar placer, incapacidad para expresar emociones y pensamientos y lenguaje empobrecido, concreto, convergente y escaso. Los síntomas negativos deterioran al paciente y son difíciles de tratar. Por lo anterior, la investigación de muchos nuevos fármacos para la esquizofrenia tiene hoy como objetivo principal el alivio de estos síntomas negativos, ya que para éstos no hay todavía una solución farmacológica suficientemente satisfactoria. En este tenor, los pacientes esquizofrénicos tienen una mayor tendencia a la depresión, aunque es difícil discernir la causa de ésta, se piensa que podría ser uno más de los síntomas negativos de la enfermedad. Sin embargo, el clínico deberá tener cuidado de diferenciar los brotes psicóticos a consecuencia de un trastorno depresivo mayor de los asociados primariamente con la esquizofrenia.

En esta enfermedad también puede haber síntomas motores como la catatonia, la agitación psicomotriz, la inmovilidad, la flexibilidad cérea (quedarse quieto en la postura que se le dejó) y posturas anormales.

Se ha descrito una mayor frecuencia de la enfermedad en los hijos de pacientes afectados, con lo cual se presupone una

predisposición genética. El momento de la vida cuando se inicia la enfermedad depende del grado de vulnerabilidad de la persona y de su exposición a diferentes factores de estrés. Como factores desencadenantes o factor “gatillo” de la enfermedad casi siempre es posible identificar algún evento agobiante, el consumo de sustancias o la presencia de situaciones catastróficas como la muerte de algún ser querido. Los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar, de alguna manera, de esta carga excesiva.

Diagnóstico

Normalmente la esquizofrenia se reconoce por primera vez por un cambio en el funcionamiento social y personal, para el cual no existe explicación. El periodo anterior a síntomas activos se denomina etapa prodrómica y puede durar años. En las tres cuartas partes de los casos aparecen síntomas inespecíficos y negativos antes del primer síntoma positivo. Estos síntomas iniciales suelen acompañarse de deterioro funcional, muchas veces tan gradual y sutil que pasa desapercibido.

Los signos iniciales incluyen insomnio y alteraciones del comportamiento, como ansiedad generalizada, depresión leve transitoria, pérdida del interés, abandono del trabajo y de actividades sociales, aparición de suspicacia, cambios en los hábitos y valores personales como el aseo, la higiene, el cuidado de la vestimenta o la puntualidad.

La esquizofrenia puede evidenciarse de manera grave o sutil, el enfermo comienza a actuar o vestirse de forma extraña o extravagante y sus explicaciones en relación con estos cambios y comportamientos son simbólicas, metafóricas o extrañas.

La evaluación para el diagnóstico de esta enfermedad debe incluir una historia clínica detallada del paciente, basada en informes del propio enfermo y de familiares y amigos con la finalidad de evaluar los cambios en los últimos meses.

Aunque no existen datos físicos o de laboratorio específicos para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia; las evaluaciones

físicas son necesarias para descartar otras posibles causas de psicosis.

Además de analizar los síntomas, también es importante obtener información sobre el funcionamiento social del sujeto, el ambiente donde vive, la disponibilidad de ayuda social y las cualidades, bienes y situación económica; ya que estos factores son extremadamente importantes en la planificación del tratamiento y la reintegración en la comunidad.

Los síntomas de la esquizofrenia, positivos y negativos, pueden causar problemas especiales en el funcionamiento social del paciente y contribuir para la estigmatización de la enfermedad. En la mayoría de las personas con esquizofrenia los síntomas positivos y negativos se manifiestan en grado diferente en distintas etapas del proceso.

Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia de la CIE-10 organizan los síntomas en nueve grupos. A continuación, se describen los nueve grupos de síntomas

1. Eco del pensamiento: consiste en escuchar los propios pensamientos y creer que éstos son introducidos o extraídos de la cabeza por un agente externo. Difusión del pensamiento: la persona cree que todos conocen sus pensamientos porque éstos son difundidos de alguna manera.
2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, movimientos, pensamientos, acciones o sensaciones concretas; la persona cree que sus pensamientos, acciones y percepciones están siendo controlados por alguien o “algo” fuera de ella.
3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo. Las alucinaciones persistentes desestructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas persistentes. Por lo general, las primeras son de más fácil vencimiento que las estructuradas y entrelazadas con

las realidades del paciente. Cuando realidad y delirio se combinan el pronóstico es por lo general sombrío.

4. Interrupción o bloqueo del curso del pensamiento, lo cual da lugar a un lenguaje divagante, incoherente, disgregado o lleno de neologismos e incapacidad para organizar un grupo de pensamientos no relacionados. Las personas con esquizofrenia asocian ideas inconexas en su lógica.
5. Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negación, mutismo y estupor.
6. Síntomas negativos tales como apatía, mutismo, incongruencia de las respuestas emocionales con el discurso, que generalmente conducen al retraimiento social y disminución de la actividad social.
7. Pérdida de profundidad y variedad emocional, el enfermo puede perder la motivación, un síntoma llamado abulia.
8. Problemas sociales y laborales.
9. Pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, actitud absorta y aislamiento social.

Tipología

Esquizofrenia paranoide

Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen como unidad. Es la más frecuente de todas y suele iniciarse entre los 20 y 30 años de edad, es la que mejor evoluciona a pesar de lo grotesco del cuadro.

Esquizofrenia catatónica

Se distingue por los trastornos motores. El enfermo no reacciona ante los intentos de entrar en contacto con él (también llamado aplanamiento afectivo). Su rostro permanece inmóvil e inexpressivo, no se percibe ningún movimiento e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden no hablar, ni comer, ni beber duran-

te periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo, en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, las cuales a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repetición constantes del mismo movimiento, manerismos y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los cuales el enfermo, por ejemplo, se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a los nuevos tratamientos.

Esquizofrenia hebefrénica

Se caracteriza por el afecto absurdo e inapropiado. Por ejemplo, el enfermo ríe al contar una tragedia o se ríe solo. El clínico percibe un sentido del humor absurdo y desinhibición de los sentimientos. A menudo muestran falta de interés y participación. Hay casos en los cuales se manifiestan alucinaciones y delirios.

Suele comenzar en edades tempranas como la pubertad, por eso recibe el nombre de esquizofrenia juvenil e incluso hay casos en los cuales la enfermedad viene desde la infancia (en cuyo caso el pronóstico es muy malo). Los desarrollos hebefrénicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil reconocerla, casi siempre se manifiesta por datos vagos de descuido personal, desempleo y aislamiento social.

Esquizofrenia indiferenciada y residual

Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de los anteriores. En la esquizofrenia residual se documenta un episodio de esquizofrenia anterior; pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase cuando los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos.

Curso y pronóstico de la enfermedad

La esquizofrenia tiene, en general, un curso y un pronóstico malo, ya que es incurable, irreversible y causa eventualmente

disfunción cerebral. Tras un episodio de psicosis, el paciente puede no alcanzar el nivel de funcionamiento previo y sentirse cada vez peor.

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.

Se puede hablar de una esquizofrenia, solo cuando el segundo episodio psicótico se ha presentado o cuando el primero se mantiene durante un tiempo más o menos largo de tiempo.

En la enfermedad se suelen describir tres fases:

Fase 1. Prodrómica: es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas quienes sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud: solitarios, callados, con rendimiento bajo. Pero no necesariamente debe ser así, hay casos en los cuales no se detecte ninguna anomalía en quien sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la producida antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar, en algunos casos, para detectarla: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad para dormir, disfrutar menos de las cosas, no recordar con precisión, depresión y tristeza, estar preocupado por una o dos cosas, ver menos a las amistades, pensar que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, muy agitado o emocionado, inútil, otros cambios.

Fase 2. Activa: es la fase cuando se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas producidos son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento. Es la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En algunos casos el

comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de la persona, pueden oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración en una misma persona.

Fase 3. Residual: en esta fase los síntomas negativos llegan a causar un deterioro personal, social y laboral grave; no la sufren todos los enfermos.

Los enfermos responden de maneras muy diversas al tratamiento y en ocasiones se pueden producir efectos secundarios más leves o más fuertes. Como en cualquier otra enfermedad, la idiosincrasia del paciente, la respuesta a la medicación y la gravedad del padecimiento son factores que intervienen en el pronóstico y curso de la enfermedad.

Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia es esencialmente farmacológico. La farmacoterapia ha cambiado el rostro de esta enfermedad, reduciendo las poblaciones en hospitales psiquiátricos y permitiendo que millones de enfermos tengan vidas funcionales en todo el mundo.

La esquizofrenia es causada por una alteración del metabolismo cerebral. Los antipsicóticos bloquean el efecto excesivo de la dopamina y restablecen el equilibrio en el metabolismo cerebral; pero modifican otros ámbitos metabólicos cerebrales, de ello resultan, además de los efectos deseados, los efectos colaterales o secundarios indeseables.

El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia comenzó en la década de los cincuenta con los neurolépticos y catalépticos (por sus efectos sedantes). Desde la introducción del antipsicótico clorpromazina en 1954, las medicaciones psicotrópicas se han convertido en el pilar del tratamiento para la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. Los antipsicóticos o neurolépticos

han demostrado su eficacia tanto en el tratamiento agudo de los síntomas psicóticos como de las recaídas. Se distingue dos grandes grupos de antipsicóticos, los llamados clásicos o típicos caracterizados por bloquear los receptores dopaminérgicos, los cuales actúan sobre los receptores de serotonina, utilizados más recientemente y los llamados también antipsicóticos de tercera generación, caracterizados por su alto costo, pero la minimización de efectos colaterales negativos de tipo psicomotor, posiblemente más eficaces contra los síntomas negativos.

El efecto de los antipsicóticos es bastante efectivo contra los síntomas positivos, de hecho, las alucinaciones, delirios y trastornos de la percepción prácticamente desaparecen con los fármacos. Cuando los brotes de la enfermedad se repiten, el tratamiento permanente con neurolépticos ofrece una protección importante y relativamente segura contra las recaídas y crisis agudas.

La mayoría de los medicamentos antipsicóticos tiene efectos secundarios que aparecen en las primeras semanas del tratamiento. Debemos mencionar especialmente el cansancio, la sequedad de boca, los mareos y el aturdimiento, los trastornos circulatorios y de la vista, estreñimiento y dificultades para orinar. Otros efectos secundarios que pueden aparecer son: espasmos musculares, síndrome de Parkinson producido por la medicación, acatisia, discinesias tardías. Los neurolépticos aumentan la sensibilidad ante la luz solar, aumento de peso y limitaciones en el ámbito sexual. En las mujeres produce irregularidades menstruales, incluso amenorrea.

Una innovación importante son los neurolépticos de depósito o inyectables, los cuales se inyectan en el glúteo y actúan durante muchos días. La ventaja se halla en el hecho de garantizar la liberación de la sustancia, posibilidad de reducir la dosis por administrar, nivel de fármaco en plasma predecible y constante y se puede tratar a los pacientes quienes presentan dificultades de absorción con la medicación oral.

Del mismo modo que los afectados pueden reaccionar en cada caso de manera muy diferente ante situaciones de la vida, también

varían mucho las reacciones al ingerir los neurolépticos. Los enfermos responden de maneras muy diversas al tratamiento y en ocasiones se pueden producir efectos secundarios más leves o más fuertes dependiendo del contexto del paciente.

Hoy, existe evidencia científica que demuestra que la combinación del tratamiento farmacológico con el psicológico mejoran el pronóstico y el nivel de funcionamiento del paciente. Es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar; pero también que recupere sus hábitos de vida, esté ocupado durante todo el día, tenga su grupo de amigos y haga algo productivo, es decir, se integre con la sociedad hacia la normalización.

En México ante las insuficiencias institucionales, el apoyo familiar es imprescindible, por esto las familias con un miembro con esquizofrenia necesitan información específica sobre la enfermedad y el tratamiento. La principal causa de recaída es dejar de tomar el medicamento y muchos antipsicóticos tienen severas consecuencias secundarias si se suspenden sin supervisión médica. En ambos casos el papel del psicólogo clínico para la adherencia al tratamiento es clave.

ESTUDIO DE CASO

Información Demográfica

Nombre	FA.
Sexo	Masculino (X) Femenino ()
Edad	17 años, 2 meses
Fecha de nacimiento	14 de diciembre de 1990
Escolaridad máxima	Estudiante de Bachillerato
Datos proporcionados por	Él mismo, madre
Estado civil	soltero

Resumen del caso

Se trata de un paciente masculino de 17 años, quien es estudiante de una preparatoria particular en la ciudad.

Es traído por la madre, a consecuencia del incidente en la escuela, en el cual los compañeros de grado agredieron al paciente por haber hecho una seria acusación por escrito hacia varios de sus compañeros quienes elaboraban un complot para destruir la escuela y dañar a los maestros.

Su permanencia en la escuela está condicionada, ya que muchos de los padres de familia se han quejado de esta situación y los maestros han hablado con el paciente sin que él haya dado ninguna evidencia de esta situación.

FA, no reportó haber padecido ninguna enfermedad. Tuvo y presentó marcadores del desarrollo normales, sus calificaciones han sido buenas, no existen antecedentes de reprobación escolar, procedimientos quirúrgicos o enfermedades médicas que ameriten atención.

La madre refiere que es un niño obediente, tranquilo, buen estudiante y que ayuda en casa, además de buena relación con el padre y con su hermano menor.

La madre refiere que FA no ha dormido bien en los últimos días, que se muestra alejado de sus amigos, taciturno y se encierra largas horas en su habitación.

El hermanito refirió que lo escuchó hablar sólo durante más de una hora, y que no se ha bañado ni cambiado de ropa en los últimos seis días.

Valoración clínica

Al interrogatorio, FA refiere no consumir bebidas alcohólicas, no fumar o haber probado alguna otra droga.

Prefiere hacer ejercicio de manera ocasional, aunque se describe como una persona más intelectual y orientada hacia los libros, los juegos de video y ver programas de televisión, en particular películas rentadas.

Respecto al problema de la escuela, afirma que varios de sus compañeros están tramando un complot dentro de la escuela y planeando hacerle daño a los maestros, en particular al maestro de historia, quien se identifica con un partido político.

Al preguntarle cómo investigo esto, refiere que este pensamiento lo descubrió a leer un libro de historia y que era la señal inequívoca de este movimiento.

Se le pregunta directamente si escucha voces, refiere que no.

A la observación, FA se muestra con poca sintonía afectiva, su discurso es monótono persistente y por momentos repetitivo. Es la impresión del examinador que el paciente alucina pero que no revela estas voces quizás por suspicacia hacia el mismo clínico.

No hay forma de rebatir la lógica con los argumentos y la evidencia objetiva de sus pensamientos, se empeña que complot es real, que los compañeros quieren causarle daño a él y en especial al maestro y se niega a continuar analizando de manera objetiva y sistemática el asunto.

Estrategia de intervención

El cuadro descrito anteriormente retrata de forma típica el inicio del primer brote psicótico en un cuadro de esquizofrenia. Por la edad del paciente, y la elaboración de el delirio de daño, tal parece ser éste el primer episodio de una esquizofrenia paranoide típica.

Sin embargo, todo primer episodio debe diagnosticarse como tal, ya que por la gravedad y pronóstico de la condición la esquizofrenia paranoide se establece a partir del segundo episodio psicótico.

Los datos que sugieren lo anterior son el delirio sistematizado e irrefutable a la lógica, el aplanamiento afectivo, las aparentes alucinaciones y el insomnio y los soliloquios que son signos observados por terceros, la estrategia de intervención típica será la de proveer antipsicóticos, psicoterapia de orientación y esperar a que evolucione. La esquizofrenia es un diagnóstico que se establece con evolución del caso por lo que la paciencia en la observación y la educación de los familiares cercanos al respecto de qué observar y cómo observarlo, resultan esenciales para un diagnóstico definitivo.

Comentarios sobre el caso

De igual forma, en este caso no existen pruebas psicológicas de laboratorio o unívocas que nos permitan establecer el diagnóstico de esquizofrenia. De hecho, el diagnóstico se efectúa por la evolución del caso y como se describió en la historia de la condición, porque no hay otros factores asociados a eventos psicóticos que a veces aparecen en la adolescencia como son el consumo de drogas o la depresión unipolar mayor. En este caso, también es importante iniciar un tratamiento ya que la prescripción de anti psicóticos no tendrá mayores efectos negativos o secundarios y eventualmente de ser pacientes esquizofrénicos, tarde o temprano repetirán el episodio de psicosis. En algunos casos resulta contraproducente y está contraindicado administrar pruebas ya que el episodio activo de psicosis puede alterar los resultados de las mismas y dar una idea equivocada de la persona a largo plazo.

Nótese que no existe ningún antecedente patológico médico de importancia, también existe un desarrollo normal sin problemas de conducta ni escolares. Llama también la atención que ninguno de los familiares refiere haber tenido ancestros con este mal.

Diagnóstico multiaxial (DSM-IV)

- EJE I Brote psicótico (1ro.) a descartar esquizofrenia paranoide.
- EJE II Ninguno.
- EJE III Cefalea.
- EJE IV 3. Problema escolar.
- EJE V. 60

CAPÍTULO 12

Trastornos del adulto

En este capítulo describiremos los trastornos de ansiedad, del afecto y otros padecimientos de especial incidencia en la salud mental en México. En particular, se hace énfasis en los trastornos de ansiedad y alcoholismo, grave azote social y de salud mental en México. Como en otros capítulos, se abordan de manera general y desde el punto de vista del psicólogo en la clínica, invitando al lector a revisar los manuales originales de diagnóstico y clasificación (DSM-IV-TR y CIE-10) para profundizar en la semiología y la historia natural de la enfermedad.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en México, a decir por las recetas de ansiolíticos y sedantes que se prescriben cada año y en consideración del auge de los programas de apoyo para una vida saludable basados en el combate del estrés, la ansiedad y la angustia. El papel del psicólogo clínico es muy importante en virtud de los muchos hábitos que vulneran la vida de la persona con estrés, como vivir en grandes ciudades, el desempeño de trabajos con riesgo de desgaste emocional, el consumo de sustancias a base de cafeína, el tabaquismo y los

ambientes competitivos de comparación social. Hábitos que deben modificarse para evitar la dependencia de los ansiolíticos, cada vez más extendida en varios sectores de la sociedad mexicana.

Ente los principales trastornos identificados en la práctica clínica, se encuentran la ansiedad generalizada, la agorafobia con crisis de pánico (también llamada crisis de angustia), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el síndrome de estrés postraumático.

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses. El trastorno de ansiedad sufrido por una enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad, los cuales se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad, considerados como secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico. El trastorno de ansiedad no especificado se ha incluido en este capítulo con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos caracterizados por ansiedad o evitación fóbica, los cuales no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de información inadecuada o contradictoria). Porque el trastorno por ansiedad de separación suele surgir en la infancia; se caracteriza por la aparición de ansiedad, coincidiendo con la separación de las figuras paternas.

Agorafobia y crisis de angustia

La agorafobia es uno de los trastornos más comunes en la clínica y en muchos casos se establece un nexo con el trastorno de separación de la infancia y otros cuadros de ansiedad en la niñez. Muchas veces se acompaña de ataques o crisis de pánico que originan la asistencia a la consulta profesional.

La agorafobia se caracteriza por la ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o bien donde sea difícil entrar.

La crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo de morir, una sensación de malestar similar a un infarto cardiaco; se experimenta terror y muchas veces se acompaña de la sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como la falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.

Fobias específicas

Aunque estos trastornos suelen ser menos frecuentes en la clínica, porque el paciente sabe cuál estímulo debe evitar para sobrevivir al trastorno, las fobias específicas se caracterizan por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta ante la exposición a situaciones u objetos específicos temidos y reconocidos por el paciente: oscuridad, perros, alturas, viajar en avión, entre otros.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta ante ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo cual suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La función del psicólogo en estos casos es buscar opciones para evitar la confrontación del objeto fóbico desde una perspectiva conductual.

Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad en el cual las personas quienes lo padecen tienen pensamientos, temores o preocupaciones irracionales que tratan de superar mediante una actividad ritual. Las imágenes o los pensamientos perturbadores y frecuentes se denominan obsesiones

y las conductas repetitivas o rituales que se llevan a cabo para evitarlos o disiparlos se llaman compulsiones.

Los miedos son normales en las personas, ya que son mecanismos de defensa genéticamente heredados. Por ejemplo, es normal sentir miedo al hecho de tocar objetos sucios, subir grandes alturas o tener contacto con insectos potencialmente dañinos como alacranes.

Sin embargo, en las personas con TOC estas reacciones normales se vuelven maladaptativas porque se enfrascan en un pensamiento repetitivo y circular caracterizado por rituales compulsivos para combatir las ideas y pensamientos penetrantes y poco controlables, a pesar de tener la consciencia de que estos miedos ¡son infundados o irracionales!

Los pensamientos obsesivos de las personas con TOC originan preocupación y los rituales compulsivos pueden volverse tan frecuentes o intensos que interfieren con las actividades de la vida diaria y las actividades normales de desarrollo.

Aún se desconoce la causa del trastorno obsesivo compulsivo, las investigaciones indican que es un trastorno neurológico. Las evidencias sugieren que las personas con este trastorno tienen una deficiencia de un neurotransmisor químico llamado serotonina, el cual se encuentra en el cerebro. El TOC suele ser una característica familiar, sugiriendo así la presencia de un componente genético.

Los temas de las obsesiones pueden incluir, preocupación exagerada por la suciedad, los gérmenes o la contaminación, por la seguridad personal, por ejemplo, los pacientes revisan en forma repetida (compulsivamente) que las puertas, ventanas y candados estén cerrados. Menos frecuentemente, las obsesiones pueden ser pensamientos persistentes acerca de actos sexuales repugnantes o la demostración de conductas prohibidas o consideradas tabú o convicciones religiosas. También hay personas con pensamientos persistentes acerca de la violencia, heridas, matar a alguien o herirse a sí mismo o personas, quienes pasan periodos excesivos de tiempo tocando cosas, contando, pensando en números y secuencias y preocupándose por el orden, la simetría o la exactitud.

Las conductas compulsivas para reducir la ansiedad causada por las obsesiones, pueden volverse excesivas, molestas y pueden demandar mucho tiempo e incluso interferir con las actividades diarias y las relaciones interpersonales del paciente. Por ejemplo, éstos se lavan las manos hasta provocarse llagas y sangrado; o realizan rutinas inflexibles y estrambóticas como ponerse la ropa en el mismo orden todos los días, guardar las pertenencias en la habitación en un orden muy especial y molestarse si este orden se altera y acumular objetos, o no se resisten a componer un cuadro inclinado. También es común ver enfermos de TOC contar y volver a contar excesivamente, agrupar o secuenciar objetos y repetir palabras dichas por uno mismo (palilalia) o por otros (ecolalia); formular las mismas preguntas una y otra vez y decir obscenidades continuamente (coprolalia).

Los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo pueden parecerse a los de otros cuadros clínicos o problemas psiquiátricos, como el trastorno de Tourette.

Para que pueda realizarse un diagnóstico de TOC, las obsesiones y compulsiones deben ser suficientemente graves para afectar las relaciones interpersonales o el trabajo productivo.

El TOC se maneja con terapia individual y medicamentos. Generalmente, la terapia individual incluye técnicas cognitivas y conductuales. Este tipo de terapia se concentra en ayudar al niño o el adolescente en la identificación y comprensión de sus miedos y a aprender nuevas formas de resolverlos o disminuirlos con mayor efectividad. Sin embargo, el apoyo farmacológico es indispensable y debe preceder la terapia.

Trastorno por estrés postraumático

La característica esencial de este trastorno es la vivencia recurrente e imaginaria de situaciones catastróficas experimentadas previamente, como un accidente de tráfico con muertos o malheridos, una situación de guerra, desastre natural, tortura o violación. Sin este antecedente, no se puede establecer el trastorno,

el cual se caracteriza por la experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

La exposición a eventos traumáticos y las consecuencias derivadas no es un fenómeno nuevo. Los seres humanos han experimentando tragedias y desastres a lo largo de toda la historia. Evidencias de reacciones postraumáticas datan del siglo VI a.C. y se fundamentan en las reacciones de los soldados durante el combate.

Las respuestas al estrés traumático han sido etiquetadas de muy diversas formas a lo largo de los años, especialmente con veteranos de guerra. Algunos términos diagnósticos utilizados: neurosis de guerra, neurosis traumática, síndrome postVietnam, choque de bombardeo, fatiga de batalla, corazón de soldado, etc. (Cardeña et al., 1999).

El profesional de la salud quien trabaja con este tipo de pacientes debe considerar el carácter multidimensional y necesariamente complejo de este tipo de trastornos.

Una entrevista clínica global y multidimensional es una estrategia de evaluación de primer orden para el adecuado diagnóstico del estrés postraumático. Un adecuado proceso de entrevista permite al paciente relatar su experiencia y sus impresiones del evento, teniendo la oportunidad de expresarse con libertad en un entorno seguro y no inquisitivo.

Los pacientes y sus familiares más cercanos necesitan sentirse comprendidos y apoyados mientras tratan de encontrar un significado a la experiencia recientemente vivida.

La entrevista también facilita una alianza de trabajo efectiva y necesaria, la cual permita extraer los detalles de la experiencia vivida por el sujeto y proporcione pautas al psicólogo clínico para evaluar los niveles pasados y presentes de funcionamiento del sujeto y determinar la modalidad de tratamiento, así como los objetivos terapéuticos más adecuados en cada caso concreto (Puchol, 2001).

Al igual que otros trastornos de ansiedad la medicación con ansiolíticos es casi siempre imprescindible en alguna de las etapas del trastorno.

TRASTORNOS DEL AFECTO

Cada año, 9.5% de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos) padece de enfermedades depresivas. El costo en términos económico es alto; pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente y causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de la familia. Pese a esto, la mayoría de las personas deprimidas no buscan tratamiento porque no consideran la depresión como una enfermedad tratable.

El trastorno depresivo es una enfermedad del cerebro que afecta el ánimo, es decir, la motivación para hacer cosas y la manera de pensar, tornando al paciente en alguien negativo, pesimista y autoderrotista, ya que afecta la forma cómo se valora a sí mismo (autoestima). Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal, ni depende de la voluntad de la persona para mejorar. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas quienes padecen depresión puede mejorar con el tratamiento adecuado.

TIPOS DE TRASTORNOS DE ÁNIMO

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres más comunes son la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión severa, mejor conocida como el trastorno depresivo unipolar mayor, se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Los episodios depresivos, francamente discapacitantes, pueden ocurrir varias veces en el curso de la vida y ocasionar episodios de psicosis o suicidio si es muy severo.

La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos y de larga duración, y aunque no incapacitan tanto, interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. Esta segunda condición es la más difícil de diagnosticar por tres razones: llegan menos a los servicios clínicos profesionales, el inicio es gradual y sutil y muchas veces el propio paciente y los familiares se adaptan a la condición, atribuyendo al carácter o la personalidad la negatividad, el pesimismo y la abulia que acompañan a esta afección.

En tercer lugar está el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia y suelen pasar muchos años antes del diagnóstico; ya que ¡ningún paciente acude a un consultorio psicológico por sentir euforia, energía, bienestar y excitación generalizada!

De hecho, en la práctica muchos pacientes con el diagnóstico inicial de trastorno depresivo unipolar, sufren cambio de etiqueta al presentar el primer cuadro maniaco.

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos; pero por lo regular son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maniaca la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de

pensar, el juicio y la forma de comportarse con los otros. Puede ocasionar que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, comprar compulsivamente en tiendas, tener relaciones sexuales múltiples, iniciar proyectos grandiosos, etc.

Si la manía no se trata puede empeorar y convertirse en un estado psicótico con delirios de grandeza, de erotomanía o mesiánicos.

La manía es, quizás, la condición clínica de más fácil diagnóstico ya que el paciente “inunda con energía, euforia y pensamiento positivo el consultorio”. La manía se siente y percibe como una alegría contagiosa y expansiva.

La hipomanía es el equivalente de la distimia; pero siempre pasa desapercibida, porque en fases tempranas de la historia natural de la enfermedad este estado afectivo, de hecho, es un recurso positivo e importante motor de desarrollo para el individuo. En muchos casos el individuo con hipomanía triunfa en los negocios y las relaciones interpersonales, en virtud de su incansable energía y buen humor y no es, sino hasta el primer cuadro de manía con pensamientos psicóticos y despegue de la realidad cuando finalmente se hace el diagnóstico de trastorno bipolar.

No todas las personas quienes están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen unos pocos síntomas y otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

Causas de los trastornos del ánimo

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece suceder en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros quienes padecen de trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que quienes se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los familiares con la predisposición genética para el trastorno

bipolar lo padecen. Al parecer hay otros factores adicionales que contribuyen al desencadenamiento de la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas familiares, laborales o escolares. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a quienes no tienen una historia familiar de depresión.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden provocar una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos o cualquier situación estresante también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

La depresión es una combinación de factores biológicos, genéticos y psicológicos. En el nivel biológico, la depresión resulta de los niveles anormales de ciertos productos químicos llamados neurotransmisores en el cerebro. La depresión se relaciona con los cambios físicos en el cerebro y se relaciona con un desequilibrio químico neuronal, es decir, se alteran los neurotransmisores, los cuales llevan señales al cerebro.

Por lo anterior, el tratamiento primario de los trastornos depresivos es farmacológico y es poco ético en la clínica psicológica tratar un paciente con un trastorno del afecto si no está medicado.

El mecanismo de acción de los antidepresivos se asocia con la potenciación de la actividad de los neurotransmisores en el sistema nervioso central (SNC). En general los antidepresivos son inhibidores de la recaptación neuronal de serotonina (5-hidroxi-triptamina), norepinefrina o de dopamina.

Los principales metabolitos de los antidepresivos son productos de la oxidación y metilación conjugadas y polares, que son fácilmente eliminados. Es importante hacer notar que el paciente debe tomar la medicación por largos periodos de tiempo para evitar recaídas, por lo común, se dan antidepresivos por vía oral por periodos de 3 a 6 meses y en algunos casos de por vida.

El papel del psicólogo clínico es evitar recaídas, promover la ingesta del medicamento y hábitos de vida más saludables, por ejemplo, el ejercicio físico es un buen antídoto para la depresión.

Diferencias de género

Los trastornos del afecto se presentan en la mujer con una frecuencia de casi el doble que en el hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos o enfermos.

Además, las hormonas femeninas se asocian con trastornos del afecto. Por ejemplo, muchas mujeres padecen de síndrome premenstrual severo, el cual altera su estado de ánimo y bienestar y otras tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden generar una depresión de posparto. Aunque las nuevas madres comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza; un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. La intervención del psicólogo clínico sirve para restablecer el bienestar físico y mental de la madre y permitirle que vuelva a cuidar y disfrutar de su hijo.

Aunque el hombre tiene una menor probabilidad de sufrir depresiones que la mujer; de tres a cuatro millones de hombres

en EUA son afectados por este problema. El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tiene depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de determinar. Aunque la depresión es menos frecuente en el hombre, su complicación más temida, el suicidio, es cuatro veces más alta que en la mujer, de hecho, a partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque de forma diferente que a la mujer. En un estudio reciente se indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria y muerte en los hombres.

Sin diferencias de género, tanto el alcoholismo como el trabajo en exceso pueden enmascarar la depresión y hacer que ésta se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo, haciéndola difícil de reconocer. El clínico deberá estar atento a estas máscaras y promover la atención de esta enfermedad, particularmente en los varones para que éstos entiendan y acepten la idea de que la depresión es una enfermedad que requiere de tratamiento.

Evaluación diagnóstica

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo, infecciones virales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, la entrevista con el paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o mandar al paciente con un psiquiatra o psicólogo.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido

antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del consumo de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y cuáles fueron efectivos?

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental del paciente para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, tal como pasa algunas veces en el caso de la enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La sola psicoterapia es efectiva para algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa, más a menudo, mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas.

Tratamiento

Hay varios tipos de medicamentos para tratar trastornos depresivos. No se ha demostrado que solucionen el problema, sino más bien lo ocultan, al igual que las drogas convencionales (hachís, heroína, cocaína, etc.). Éstos incluyen los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), los cuales son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Los ISRS y otros medicamentos aún

más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico prueba una gran variedad de antidepresivos antes de encontrar el medicamento o combinación de medicamentos más efectiva. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta conseguir la medicación efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 o 4 semanas, y en algunos casos lleva hasta 8 semanas, para obtener el efecto completo. Sin embargo, a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas. Lo anterior es importante para el psicólogo, quien debe coadyuvar a crear expectativas realistas del tratamiento farmacológico, de tal forma que se mantenga la adherencia al mismo.

Posiblemente el paciente considere dejar de tomar el medicamento prematuramente si se siente mejor y pensar que ya no lo necesita o que el medicamento no le está ayudando. Por lo anterior, es importante hacerle saber al paciente la importancia de tomar el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Algunos efectos secundarios pueden aparecer incluso antes de que se produzca el efecto antidepresivo y son una causa muy frecuente de abandono del tratamiento. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar con el medicamento hasta por un año, dependiendo de la historia y severidad de la enfermedad, para prevenir una recaída. Algunos medicamentos deben iniciarse o dejarse de tomar gradualmente para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los cuales se producen cuando algunos medicamentos se descontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, tal vez el paciente deba tomar el medicamento por tiempo indefinido.

Al contrario de lo que algunas personas creen, los medicamentos antidepresivos no crean hábito, ni son euforizantes si se toman de forma recreacional. Como sucede con todo fármaco, la ingesta debe ser supervisada.

Hay un pequeño grupo de personas quienes no responden a los antidepresivos usados más comúnmente (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) y para las cuales los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) son el mejor tratamiento. Quienes están tomando esta clase de antidepresivos deben evitar determinados alimentos. Ciertos alimentos contienen niveles elevados de la sustancia llamada tiramina (la cual normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y curtidos o alimentos en conserva de vinagre). Cuando el paciente toma un IMAO estos alimentos deben ser estrictamente evitados, al igual que algunos medicamentos como los descongestionantes para los resfríos y algunas alergias. La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (elevación brusca y extrema de la presión arterial) la cual puede causar la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir, un accidente cerebro-vascular. Afortunadamente en México el uso de los IMAO es muy raro.

Cabe recordar que el psicólogo debe tener prudencia en cuanto a sus opiniones respecto de la medicación y abstenerse de indicar combinaciones de medicamentos, cambios en las dosis o la suspensión de alguna medicina.

Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas adictivas, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar.

Los sedantes o medicamentos ansiolíticos, recetados para la ansiedad, no son antidepresivos. Por lo contrario, muchos de éstos exacerban la depresión por su efecto sedante y depresor del SNC. De igual modo, los estimulantes, como las anfetaminas, no son efectivos para tratar la depresión. Ocasionalmente se utilizan bajo estricta supervisión médica en quienes padecen al mismo tiempo de una enfermedad física y depresiva.

Las dudas sobre los antidepresivos recetados y problemas que puedan estar relacionados con el medicamento deben tratarse con el médico.

El litio ha sido por muchos años el tratamiento de elección para el trastorno bipolar por su efectividad para prevenir los extremos del estado de ánimo comunes en este trastorno. Su uso

debe ser supervisado cuidadosamente por el médico, ya que hay poca diferencia entre las dosis efectivas y las tóxicas. Si una persona tiene un trastorno preexistente de tiroides, renal, cardiaco o epilepsia, el litio puede no ser recomendable. Afortunadamente, otros medicamentos han demostrado ser útiles para controlar cambios extremos de ánimo. Entre estos se encuentran los anticonvulsivos como la carbamazepina, el ácido valproico y la lamotrigina.

La mayoría de las personas con trastorno bipolar toman más de un medicamento. Junto con el litio y un anticonvulsivo, el paciente puede necesitar un medicamento para otros síntomas que se asocian frecuentemente con la bipolaridad: agitación, ansiedad, depresión e insomnio. Es de vital importancia encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos para cada paciente.

En algunas personas los antidepresivos pueden causar efectos secundarios, generalmente leves y temporales; pero por lo general, son molestos mas no graves. Sin embargo, si se presenta una reacción o efecto secundario inusual o que interfiere con el funcionamiento normal del paciente el médico debe ser notificado de inmediato. Estos son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejo:

- Boca seca: es útil tomar sorbos de agua, masticar chicle, cepillar los dientes diariamente.
- Estreñimiento: la dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- Dificultad al orinar: vaciar la vejiga puede ser difícil y el chorro de orina quizá no ser tan fuerte como de costumbre; debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.
- Problemas sexuales: el funcionamiento sexual puede alterarse, si se vuelve preocupante debe conversarse con el médico.
- Visión borrosa: esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.

- Mareos: conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- Somnolencia o modorra diurna: esto generalmente pasa pronto. Una persona quien se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni operar máquinas o vehículos. Los antidepresivos más los sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

Los nuevos antidepresivos causan diferentes tipos de efectos secundarios:

- Dolor de cabeza: generalmente se pasa.
- Náusea: también es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis es solo por un rato.
- Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche): éstos pueden ocurrir durante las primeras semanas; usualmente se resuelven con el tiempo o tomando una dosis más pequeña.
- Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso): si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente el médico debe ser notificado.

En los últimos años el uso de hierbas para el tratamiento, tanto de la depresión como de la ansiedad, ha generado un gran interés. La hierba de San Juan o Corazoncillo (St. John's wort o *Hypericum perforatum*), es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado porque los estudios científicos que se han llevado a cabo fueron a corto plazo y utilizaron varias dosis diferentes.

La *Food and Drug Administration* (FDA) hizo un anuncio oficial para la salud pública el 10 de febrero de 2000 en el cual prevenía que esta hierba, parece utilizar uno de los procesos metabólicos usados por muchos otros medicamentos. Por ejemplo

varios de los medicamentos que se recetan para tratar problemas como las enfermedades del corazón, la depresión, las convulsiones, ciertos cánceres y para prevenir los rechazos de transplantes. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se consume este producto, en virtud de las posibles interacciones farmacológicas.

Al igual que los remedios naturistas, muchas formas de psicoterapia pueden ser útiles para los pacientes deprimidos (Garfield y Bergin, 1992). La psicoterapia ayuda a los pacientes en el análisis de sus problemas y en la posible resolución de éstos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con tareas entre una sesión y otra.

En varios estudios de investigación se ha comprobado que dos psicoterapias breves son útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la cognitivo-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas de las relaciones con los otros, los cuales causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento asociados con la depresión.

Con las terapias dinámicas o de insight, usadas en ocasiones para tratar personas deprimidas, se intenta ayudar al paciente a resolver sus conflictos, sin embargo, este tipo de terapias deben reservarse para casos en los cuales los síntomas depresivos han mejorado bastante; de otra forma el paciente vea las cosas de manera muy negativas y pesimista.

Finalmente, para casos de manía y depresión melancólica severa, también es común utilizar la terapia electro-convulsiva (TEC), la cual ha mostrado resultados satisfactorios, en el corto plazo y con bajo costo.

ALCOHOLISMO

El consumo moderado de bebidas alcohólicas como la cerveza, el vino o los licores suelen ser beneficiosos para la salud, aunque

si la cantidad aumenta de manera casi imperceptible hasta tornarse en excesiva, puede llegar a intoxicar gravemente el organismo y perjudicar de modo considerable la salud. Ingerido en poca cantidad, el alcohol puede estimular el apetito y producir una sensación de bienestar, ya que es un vasodilatador que aumenta el riego sanguíneo de la piel y brinda una agradable sensación de calor.

El motivo más importante por el cual la mayoría de la población de occidente toma alcohol es porque atenúa de forma gradual las reacciones nerviosas, relaja la ansiedad, facilita la pérdida de las inhibiciones y abre el apetito.

Sin embargo, su abuso: el alcoholismo, es una enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la excesiva ingestión de alcohol etílico, ya sea en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que afecta el cerebro, es progresiva, hay múltiples recurrencias y si el afectado no deja de beber puede llegar a la discapacidad y posteriormente la muerte. Por eso decimos que el alcoholismo es una enfermedad incurable, recurrente, de curso insidioso, progresivo, eventualmente discapacitante y mortal.

La OMS ha insistido muy enfáticamente en que el alcoholismo y todas las adicciones en general, debieran de considerarse enfermedades cerebrales. Este énfasis ha sido necesario, pues aún existe la tendencia a considerar el alcoholismo como un fenómeno psicosocial y no como una enfermedad real.

El alcoholismo es una enfermedad mental en virtud de que el consumo de alcohol produce un lento; pero paulatino deterioro mental.

Aunque no conocemos una cifra exacta de cuántas personas padecen discapacidad por causa del alcohol, podemos inferir que 10% aproximadamente, de los alcohólicos pueden desarrollar discapacidad. Si en México existen alrededor de 8 millones de mexicanos quienes son bebedores excesivos o alcohólicos, podremos calcular entre 800 mil y un millón de personas discapacitadas por el alcoholismo.

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y en ocasiones orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo afecta más a los varones adultos; pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo occidente desde 1980, incluyendo EUA, la Unión Europea y Europa oriental, así como los países en vías de desarrollo. Particularmente en México es un problema de salud muy grave.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado como un síntoma de estrés social o psicológico o como un comportamiento aprendido e inadaptado.

Se desarrolla a lo largo de varios años. Los primeros síntomas son muy sutiles, incluyendo la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo cual influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga modificadora del estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.

El alcohol produce en el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados causa carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, complicando más la situación. Los casos avanzados requieren hospitalización. Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno y la pancreatitis crónica.

La ingestión de alcohol es una costumbre tan aceptada por la sociedad occidental, que el tránsito desde el hábito de beber hasta el alcoholismo puede pasar inadvertido para quienes integran el entorno habitual del bebedor. El alcoholismo puede

afectar a todo tipo de personas, con independencia de su edad, clase social, raza o sexo.

Síntomas

Al principio, el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que los demás, tanto en la ingesta como en los efectos secundarios; pero poco a poco, beber afecta las relaciones personales, el trabajo, la reputación e incluso la salud física. El paciente pierde el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo; puede llegar a producirse dependencia física, lo cual obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia. Una vez desarrollada la adicción, el alcohólico sigue bebiendo cada vez más y con mayor frecuencia, ocasionando que el cerebro siga afectándose y entonces aparecen otras complicaciones cerebrales tales como el delirium tremens, la psicosis alcohólica de tipo alucinatorio, la psicosis alcohólica de tipo delirante, los síndromes amnésicos por alcohol, de los cuales, el más conocido es el llamado síndrome de Korsakoff (amnesia de fijación, confabulación y polineuritis) y, finalmente la acción neurodegenerativa del etanol sobre el cerebro provoca una demencia: la demencia alcohólica.

El organismo desarrolla una tolerancia progresiva al alcohol, lo cual genera el peligro de terminar en una dependencia. A medida que transcurre el tiempo se requiere más cantidad de bebida para sentir los efectos iniciales de relajación y bienestar.

Los síntomas desarrollados por los bebedores dependientes consisten en una evidente obsesión en la relación con el alcohol y por la incapacidad para moderar o restringir el consumo. Eventualmente, se pueden observar signos de deterioro, tanto físico como mental. La falta de higiene, el desaliño general, la depresión y todo cuanto se refiere a su aspecto personal se encuentra entre las primeras señales físicas. En lo relativo a los indicios de afección mental, los primeros son la irritabilidad, la falta de memoria, la disminución de la capacidad de concentración y

de reacción, el aumento de la distracción y el desasosiego ante la posibilidad de tener que realizar una tarea precisa y detallada.

El síntoma más claro de dependencia se comprueba cuando la persona necesita una dosis de alcohol desde que se despierta hasta que se acuesta.

El deterioro general que, de forma paulatina, sufre el alcohólico lo lleva a adoptar actitudes de evasión, tanto en las relaciones familiares (disminución de las muestras de afecto y del cumplimiento de su función como miembro del núcleo familiar, un aumento progresivo en las discusiones e irritación), como en las laborales (incumplimiento de las tareas, llegar tarde al trabajo, discusiones sin causa aparente y, sobre todo, frecuentes ausencias).

Poco a poco, el alcohólico va descargando sus responsabilidades en otros porque, íntimamente, sabe que no puede afrontarlas y prefiere delegarlas. Así, de manera gradual comienza a recorrer, por etapas, un camino que no por conocido es menos inexorable. En la primera etapa perderá la familia, para luego, en la segunda, perderá el trabajo y por fin, cuando llega a la última etapa, perderá todas sus relaciones, incluso con los amigos.

Entre las consecuencias físicas figuran la pérdida del apetito y el insomnio, así como ciertas enfermedades cuya incidencia es elevada en los alcohólicos, por ejemplo, la gastritis, las úlceras pépticas, determinados trastornos renales y cardíacos y la temida cirrosis hepática, enfermedad con un alto índice de mortalidad.

Se ha demostrado estadísticamente que los hijos de padres alcohólicos tienen una gran predisposición a desarrollar esta dependencia.

Tratamiento

El primer paso para someter un alcohólico al tratamiento necesario consiste en que éste reconozca su dependencia por el alcohol y de verdad desee superar su relación con la bebida. Casi todos los tratamientos se basan en lograr que el afectado deje por completo de consumir bebidas alcohólicas y se someta a una

terapia psicológica con el doble fin de fortalecer su decisión de abandonar la bebida y mantenerse alejado de ella; al encontrar y erradicar las causas que lo impulsaron a beber que, en un alto porcentaje, son de origen psíquico.

Una dieta sana y equilibrada, y la realización de alguna actividad deportiva son complementos de gran valor para alcanzar un resultado final satisfactorio.

Si el grado de alcoholismo es muy elevado, existe una probabilidad muy alta, en los primeros días de abstinencia, de que se producirán episodios de alucinaciones, de sensaciones terroríficas y de fuertes temblores, los cuales remitirán cuando el afectado vaya recobrando una cierta normalidad. Todas éstas pueden atenuarse con ayuda medicamentosa y psicoterapia de apoyo.

La recurrencia en el alcoholismo es muy fácil. En general, basta un solo trago para quien dejó de beber crea que está curado y seguir ingiriendo alcohol. Por este motivo, existen asociaciones especializadas en ayudar a que no recaigan en el viejo hábito, así como también las hay para ayudar a que los familiares de los alcohólicos entiendan el problema y puedan, a su vez, colaborar en la cura del afectado. El lector puede consultar los múltiples materiales gratuitos de Alcohólicos Anónimos (AA) para mayor información de este flagelo social. Sólo las personas quienes asisten regularmente al grupo de apoyo logran superar esta enfermedad, por lo cual el tratamiento psicológico individual deberá considerarse como accesorio o adicional además de la asistencia al grupo y condicionar la atención a asistir al grupo.

ESTUDIO DE CASO

Información Demográfica

Nombre	IC
Sexo	Masculino () Femenino (X)
Edad	31 años, 6 meses
Fecha de nacimiento	14 de Diciembre de 1977
Escolaridad máxima	Bachillerato trunco

Datos proporcionados por Ella misma y esposo
Estado civil casada

Resumen del caso

Paciente femenina de 31 años conocida en el servicio, por haber presentado hace un par de años un cuadro de depresión relativamente intenso. En esta ocasión es traída por el esposo, ya que presenta insomnio, se fugó de la casa durante tres días y realizó compras excesivas que han agotado todas sus tarjetas de crédito.

Entre los antecedentes médicos de importancia, además del cuadro depresivo antes mencionado, se refieren cuadros de cefalea ocasionales. Entre los antecedentes obstétricos de importancia se refiere gesta 3 para 3, todos estos eventos fueron partos eutócicos sin incidentes de complicaciones.

Refiere fumar de manera ocasional y ser bebedora social. Consumió 100 mg de Sertralina durante seis meses para combatir el cuadro depresivo antes referido y actualmente toma ácido acetilsalicílico o paracetamol de manera ocasional, cuando tiene los dolores de cabeza o molestias menstruales.

La paciente esta casada desde hace 12 años, el matrimonio fue consecuencia de un embarazo no programado, tiene tres hijos la mayor de 12 años y dos varones de 10 y 8 años respectivamente.

La relación matrimonial es algo hostil con dos periodos previos de separación y la situación se complica por algunos problemas financieros en la familia.

La paciente estuvo trabajando como secretaria en los últimos 10 meses, sin embargo hace un par de semanas abandonó el trabajo sin dar explicaciones a sus empleadores.

Hace cuatro días desapareció del hogar sin dar explicación alguna y regresó de manera espontánea el día de ayer con ropa, adornos y joyas que compró en diversas tiendas hasta que sus tarjetas de crédito les fueron canceladas.

Antes de huir de la casa, el esposo refiere que la paciente presentaba insomnio, ansiedad, inquietud y energía excesiva; refiere

por ejemplo que el limpió toda la casa de manera escrupulosa, que se inscribió a un gimnasio y que se pasó gran parte de la noche hablando con amistades por teléfono.

Valoración clínica

IC acude a regañadientes a la consulta y refiere que se siente sensacional, que está llena de energía y ganas de vivir la vida. Se muestra hostil y desafiante contra el esposo. Su discurso es florido, incesante y optimista. Se desempeña de manera inquieta, se mueve constantemente, habla de manera elocuente y rápida e irradia alegría, entusiasmo y energía.

No hay pensamiento delirante obvio, está ubicada en espacio, persona y tiempo. Sin embargo, se encuentra desligada de la realidad, ya que no reconoce tener problema alguno, no es capaz de ubicar sus gastos con respecto a la realidad y no emitir juicio autocrítico alguno respecto al abandonar la casa y a sus hijos y haber dejado el trabajo sin alguna explicación. No es posible razonar con ella ni reflexionar al respecto de su conducta, aunque reconoce no haber podido dormir más que una o dos horas en los últimos siete días.

Al terminar el examen mental, resulta evidente, que la paciente presenta un cuadro de manía moderado que de no ser inmediatamente manejado se agravará.

Estrategia de intervención

En este caso, considerando el antecedente del cuadro depresivo mayor de hace dos años y el evidente estado de hipomanía, muy cercano a manía, el diagnóstico presuntivo es trastorno bipolar que en este primer episodio, debe diagnosticarse de tipo II.

Es importante iniciar de inmediato el tratamiento, ya que de continuar esta misma evolución el cuadro puede deteriorarse y exacerbarse la psicosis y la conducta maladaptativas.

Comentarios del caso

Es un caso ilustrativo de los pacientes que son referidos a la fuerza o de manera coercitiva a consulta, ya que en estos pacientes su estado de euforia, bienestar y energía no solamente les facilita la negación de la enfermedad sino que se resisten y rehúsan a asistir a una consulta psicológica o psiquiátrica.

Sin embargo, este caso demuestra la importancia de trasladar a un paciente a los servicios de urgencia psicológica o psiquiátrica, aún en contra de su voluntad, ya que en el caso de no ser intervenidos tempranamente su condición se deteriora y sus costos y consecuencias se exacerban. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe persuadir a los familiares, quienes lógicamente, en un principio se rehúsan a llevar al paciente a la consulta; en virtud de una enfermedad en alguien que demuestra felicidad y energía positiva contagiosa. Desde luego, esta sensación de bienestar y entusiasmo, son inmerecidos a juzgar por el contexto historia y son derivados de un desequilibrio químico y no de un triunfo, éxito o evento positivo externo.

En términos de costo-beneficio, debe considerarse en esta paciente el tratamiento con Terapia Electro Convulsiva (TEC), que está indicado los cuadros de manía, ya que en estos casos los pacientes requieren altas dosis de antipsicóticos con remisión tardía del cuadro; por lo anterior, el psicólogo clínico debe referir este paciente al psiquiatra ya que el TEC, aunque ampliamente utilizado, un tratamiento que conlleva riesgos y debe ser efectuado bajo el protocolo de seguridad y prevención adecuado.

Por ejemplo, antes de proceder al TEC, es importante una valoración completa por parte del neurólogo para descartar un origen orgánico de la cefalea. Así mismo, y de rutina, se efectúa un electrocardiograma y valoración cardiológica y prueba de embarazo ya que no es infrecuente un embarazo no deseado asociado a la exaltación sexual del cuadro de manía.

En estos casos, para el diagnóstico no es necesaria la administración de pruebas psicométricas, ya que clínicamente es evidente el cuadro. Además se debe considerar que no existe

ninguna prueba que pueda valorar la irradiación afectiva y energética del trastorno en su fase de manía. A la larga, sin embargo, deben efectuarse algunas pruebas para establecer el pronóstico, por ejemplo la MPPI-2 (ver figura) con la finalidad de descartar trastornos de la personalidad concomitantes o bien factores protectores como serían un alto coeficiente intelectual.

Aquí se puede poner el MPPI-2 Incluir el perfil del MMPI-2

Diagnóstico multiaxial (DSM-IV)

- EJE I Trastorno Bipolar tipo I
- EJE II Ninguno
- EJE III Cefalea de origen tensional
- EJE IV 3. Problema familiar.
- EJE V. 60

CAPÍTULO 13

Trastornos en la edad proveyecta

El envejecimiento es un fenómeno universal e inevitable; sin embargo, como fenómeno social y de salud este tema continúa siendo poco conocido, sobre todo en México, en donde las expectativas de vida hasta hace algunos años no eran tan altas como ahora.

La vejez es un periodo importante por su propia naturaleza, la mayoría concuerda en que comienza al inicio de los 60 años de edad; pero el umbral de edad se recorre en la medida que se extiende la expectativa promedio de vida, llegando a ser de 70 años, en algunos países. Este periodo llega a representar un tercio de la vida de la persona en algunos casos, por esto es importante que el psicólogo clínico tenga una capacitación específica para tratar con las personas de la tercera edad, edad de oro, senectud, ancianidad o edad proveyecta.

En una persona sana el envejecimiento depende de dos cosas: del deterioro biológico normal e inevitable y de la calidad y estilo de vida que se tuvo en los años previos. En general, las deficiencias sensoriales y de otros órganos son influidas por los accidentes y enfermedades que se hayan sufrido y por los hábitos de vida practicados.

En relación con el cuerpo éste cambia en muchas formas de manera involutiva hasta llegar a la muerte. Se documenta un alto déficit en los sentidos, los músculos y los huesos, lo cual explica la disminución del peso, la fuerza y la resistencia. Se altera la estructura y la composición de las células musculares y por esto los ancianos suelen medir tres centímetros menos de lo que medían en la juventud debido a la compresión del cartilago de la espina dorsal, los cambios de postura y la pérdida de calcio. Los huesos se vuelven más débiles y frágiles, haciéndose más propensos a fracturarse.

Las canas cubren la cabellera, la piel se reseca, se vuelve más delgada y pierde elasticidad, el cambio de la postura y las arrugas profundas son señales más que evidentes. Aumentan los lunares en el cuerpo. Los capilares pequeños a menudo se rompen y forman manchas azules y negras. ¡Compare una foto actual con otra de 5 años antes!

Los sentidos, por lo general, pierden eficiencia, sobre todo el oído por lo cual muchos ancianos semisordos se mantienen suspicaces y aislados. Por lo anterior, es importante que el psicólogo clínico se asegure de que lo escuchan claramente y que está situado a una distancia donde el lenguaje no verbal y el volumen de voz sean accesibles para el paciente anciano.

Considerando lo anterior, resulta innegable el deterioro e involución del tiempo sobre el organismo, así, algunos ven la senectud como un estado de existencia marginal, creando estereotipos erróneos del anciano, lo cual impide verlos con objetividad y entender su diversidad. Frases como: “casi todos los ancianos son pobres”, “los ancianos son enfermizos y débiles”, “la mayoría de los ancianos son desempleados” forman parte de estos estereotipos erróneos de nuestra sociedad, y aunque no se pueden negar que muchos ancianos en México viven en condiciones de abandono y desventaja, en muchos otros casos son personas plenas, felices y productivas (Torres, 2000).

Burnside (1979) analiza la vejez con base en 4 décadas de la vida, descritas en los apartados siguientes.

Sexagenarios

Esta es la década de transición, ya que la persona comienza a adaptarse a nuevos roles, por ejemplo, la jubilación o la disminución de horas de trabajo, ya sea voluntaria o por otros motivos. Mueren en esta etapa muchos amigos o colegas. La sociedad disminuye sus expectativas respecto de éstos, pues se le exige menos dinamismo, independencia y creatividad al sexagenario (Havighurst, 1992).

La jubilación varía mucho en este grupo de edad. La mayoría se retira entre los 60 y 65 años, esta decisión dependerá de la salud, nivel de energía y el tipo de trabajo que se realice. Los factores contextuales, como las finanzas familiares también afectan esta decisión; un anciano quien no tenga los ahorros suficientes posiblemente se verá obligado a seguir trabajando para pagar los gastos ordinarios, mientras que otros se jubilan con la comodidad de una pensión y complementada con los beneficios del seguro social.

Septuagenarios

En la séptima década ocurre un cambio bien importante. La más importante tarea del desarrollo es mantener integra la personalidad que se consiguió en la década anterior, las pérdidas y las enfermedades son más notorias en esta etapa de la vejez. Mueren más parientes y amigos; disminuye más su mundo social, deben adaptarse a una menor participación en las organizaciones formales. A menudo muestran inquietud e irritabilidad. Disminuye la actividad sexual, muchas veces por la pérdida de la pareja. Con más frecuencia las personas en esta edad pueden contar sus experiencias de sobrevivencia ante diversos males, gracias a los avances de la atención médica y estilos de vida más sanos. Gran parte del presupuesto y de las preocupaciones se relacionan con aspectos médicos y de salud.

Octogenarios

La edad es uno de los indicadores de la transición de la etapa del anciano joven a la del anciano viejo; pero no es el único. La vejez del octogenario ha sido descrita como un proceso gradual que inicia cuando se comienza a vivir de los recuerdos y les resulta más difícil adaptarse e interactuar con el ambiente.

De hecho, las personas de 85 años de edad constituyen el segmento demográfico de más rápido crecimiento. En EUA en 1990 había 3.2 millones de personas de este grupo de edad; se estima que la cifra aumente a 5.2 millones en los próximos 10 años y que para 2040, cuando los baby boomers rebasen esta edad, se prevé que el grupo alcanzará entre 8 y 13 millones de personas (Census Bureau, 1995).

En general, las personas de 85 años son muy débiles. Pero esto no significa discapacidad ni dependencia; en un estudio realizado en EUA se indica que 25% de las personas de este grupo de edad fueron hospitalizadas durante algún tiempo y solo 10% presentó una discapacidad seria en este periodo. La mayoría vive en su propia casa, 30% de éstos viven solos y 25% vive en asilos o en otras instituciones (Longino, 1990,1991).

Sin embargo, en México muchos octogenarios necesitan un ambiente sin barreras que ofrezca privacidad, seguridad y estimulación. Requieren ayuda para mantener los contactos sociales y culturales y comienzan a depender de los sistemas de apoyo circundantes: la familia, el Estado o la beneficencia.

Nonagenarios

Para esta etapa la pareja y la mayoría de los amigos habrán fallecido y los problemas de salud se vuelven más graves, los cambios que moldean la vida de los nonagenarios ocurren de manera gradual y en un periodo largo. Si las crisis anteriores se resolvieron de manera satisfactoria, será una década alegre, serena y gratificante; casi siempre con resignación y preparación para la muerte. El psicólogo clínico se sorprenderá de ver

que muchos de estos ancianos, sobrevivientes de todas las etapas de la vida, se encuentran en paz y preparados para la muerte.

En resumen, puede observarse que más que un grupo homogéneo, los ancianos son un conglomerado de personas con características heterogéneas, con diversos grados de salud, independencia y bienestar.

DEMENCIA

La demencia es un síndrome indicativo del deterioro progresivo del tejido cerebral, el cual daña los procesos del pensamiento. La demencia afecta sobre todo a las personas de edad avanzada. 20% de las personas con más de 80 años padece demencia. Debido al envejecimiento creciente de la población, la demencia se está convirtiendo en un problema de gran magnitud, por esto el psicólogo clínico debe tener bases sólidas para comprender e intervenir en esta condición.

Signos de la demencia

La pérdida de memoria es el signo más común y temido de la demencia. De hecho, muchos ancianos se sienten atemorizados ante la pérdida de memoria, pensando que puede ser el primer signo de una demencia que les haga perder autosuficiencia y depender totalmente de los demás. Afortunadamente esto no es necesariamente así, en muchos casos la pérdida de memoria puede ser simplemente un signo de vejez sin estar asociado con un proceso demencial. Además, hay personas quienes han tenido mala memoria toda su vida y ésta se exagera con la edad.

La demencia conlleva muchos otros problemas además de la pérdida de memoria. En personas con demencia, la pérdida de memoria es tan grave que el paciente no puede ya seguir funcionando de forma independiente, por ejemplo, se pierde al ir de compras cerca de su casa, olvida tomar su medicación o si ya desayunó, empieza a desconocer a familiares cercanos como el cónyuge o los hijos.

Cabe señalar, que aún cuando una persona pueda sentirse súbitamente confundida, no supone necesariamente que padezca una demencia. La demencia es un deterioro global, progresivo y significativo de la capacidad mental y su curso debe documentarse con pruebas psicológicas que evidencien de manera objetiva este deterioro.

Causas de la demencia

La demencia se puede producir por diferentes causas. En todos los casos, implica un daño de las células cerebrales. En general, los clínicos identifican dos grandes grupos: la degenerativa o de tipo Alzheimer y la No-Alzheimer, muchas veces de origen vascular o metabólico en las cuales otra enfermedad provoca la demencia, por ejemplo, mal funcionamiento de la glándula tiroides, deficiencias vitamínicas graves, trastornos genéticos poco frecuentes como la Corea de Huntington, infecciones cerebrales como ocurre con el VIH, aumento de líquido cefalorraquídeo y las neoplasias cerebrales.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, alrededor de 60% de los pacientes la padecen.

En estos casos se produce con frecuencia una serie de cambios en las células cerebrales, los cuales impiden el funcionamiento correcto de las mismas y finalmente estas células cerebrales mueren. Este proceso avanza gradualmente afectando un número creciente de células cerebrales, sobre todo las áreas responsables de procesos mentales superiores y sofisticados como la corteza cerebral.

La causa de la enfermedad de Alzheimer es todavía desconocida y suele comenzar con una alteración de la memoria a corto plazo. La persona afectada olvida las citas, no recuerda quién la visitó el día anterior ni lo que comió; después comienza a tener dificultades para continuar con ciertas tareas y actividades,

problemas de lenguaje, dificultad para realizar cálculos, para vestirse, etc. Desde el momento en que aparecen los síntomas más tempranos de la enfermedad hasta el fallecimiento pueden transcurrir entre 5 y 10 años, aproximadamente. El curso es siempre progresivo y deteriorante.

Demencia vascular

En 10 y 15% de los casos de demencia se producen por la degeneración del sistema vascular que irriga el SNC, por lo cual las células nerviosas sufren la falta de oxígeno. Clínicamente no es fácil distinguir la demencia vascular de la demencia tipo Alzheimer y, en ocasiones, se producen simultáneamente ambos síndromes. Por todo esto el psicólogo debe confiar en los estudios de imagen cerebral.

La demencia vascular evoluciona de forma menos gradual; se produce un empeoramiento repentino, en alternancia con alguna mejoría; es decir, el curso es paroxístico y discontinuo.

Los síntomas de la demencia -y más específicamente los del Alzheimer- pueden ser tratados hoy en día con medicación. Esto garantizará que las sustancias que intervienen en la comunicación intercelular se mantengan niveladas, mitigando el proceso de deterioro. Neurólogos de todo el mundo están realizando investigaciones científicas para intentar descubrir la causa de la enfermedad de Alzheimer y los caminos eficaces para detener o prevenir esta enfermedad.

En el caso de la demencia vascular, parte importante del tratamiento consiste en prevenir nuevos accidentes cerebro-vasculares al tomar medicamentos que promueven la oxigenación cerebral.

Demencias de origen metabólico

La demencia metabólica es un trastorno global y mantenido de la capacidad intelectual por disfunción cerebral difusa a nivel molecular. Su prevalencia varía según las series; pero se sitúa

alrededor de 4% de los pacientes con trastornos cognitivos. Produce un deterioro intelectual progresivo, el cual en algunos casos puede ser reversible al corregirse la etiología. En general, las manifestaciones clínicas de las demencias metabólicas o carenciales no son específicas ni diagnósticas. En la mayoría de los casos los trastornos emocionales o psiquiátricos son más frecuentes que los trastornos cognitivos primarios. En el nivel cognitivo son frecuentes las alteraciones de la atención y de la memoria, con lenificación mental y dificultades en tareas abstractas y en la resolución de problemas. El diagnóstico y el tratamiento de la causa pueden producir una mejoría del cuadro. La eficacia del tratamiento específico dependerá de la rapidez con que se aplique.

Existen numerosos trastornos sistémicos capaces de causar repercusión cerebral con compromiso cognitivo. Entre ellos: las insuficiencias respiratorias y renales, las endocrinopatías, las avitaminosis y la diabetes mellitus.

DEPRESIÓN

Es erróneo considerar como normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de esta edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces se considera, erróneamente, como un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, cuando no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para la familia. Con un tratamiento adecuado el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa porque el anciano puede ser reacio para hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud mental.

Estos profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También, los profesionales, detectan mejor los síntomas depresivos producto de efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, u originados por una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión el tratamiento con medicamentos y psicoterapia ayuda para que la persona deprimida recupere la capacidad de tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que, toda vez que el paciente ha sido medicado, la psicoterapia breve es efectiva para reducir en poco tiempo los síntomas de la depresión en personas mayores. El mejor reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano deprimido, para la familia y para quienes lo cuidan.

ESTUDIO DE CASO

Información Demográfica

Nombre	RA
Sexo	Masculino (X) Femenino ()
Edad	71 años, 2mese
Escolaridad máxima	Contador Público Titulado
Datos proporcionados por	Él mismo

Antecedentes medico-quirúrgicos

Se trata de un paciente masculino de 71 años de edad, cuyos familiares refieren que en términos generales goza de buena salud física, no toma medicamento alguno y presenta peso y talla de acuerdo a su edad y sexo.

Entre los antecedentes médicos de importancia se refiere amigdalectomía a los trece años, en general su salud ha sido buena. Hace 8 años fue operado de una hernia en L4 y L5 que le causaban dolor, operación exitosa sin síntomas ni secuelas.

Hace 4 años fue operado del apéndice con anestesia general. Fuma cerca de 30 cigarrillos diarios y es bebedor ocasional.

RA presenta trastorno afectivo, probablemente a causa de un proceso orgánico, tuvo pérdida de memoria, confusión general y en algunas ocasiones se ha perdido en la calle.

Antecedentes familiares

El paciente es casado en segundas nupcias desde hace 21 años con M de 54 años de edad, han procreado tres hijas. Del primer matrimonio tiene una hija quién vive en Miami con quién tiene contacto ocasional. La relación conyugal se ha deteriorado aparentemente por los conflictos familiares y económicos.

Historia de la condición actual

El padecimiento actual comenzó hace aproximadamente un año, con datos de insomnio, ansiedad y sentimientos de fatiga asociado a problemas financieros que le hicieron acudir con un médico psiquiatra quien diagnosticó trastorno afectivo que ameritó medicación a base de venlafaxina 75 mg por 6 meses, fue suspendida ante la mejoría. Desde el 15 de julio, después de un periodo de desempleo relativo, comenzó a trabajar nuevamente en un puesto de consultor técnico en una compañía de seguros. A mediados de febrero, cayó en un cuadro agudo de ansiedad y depresión que ameritó sedación y reanudación de tratamiento a base de mitrazapina 30 mg. y clonazepan 2 mg. por la noche. Durante el tratamiento se observan fallas de memoria reciente y mediata, errores de juicio e inadecuación social por lo que se solicita el presente estudio.

VALORACIÓN CLÍNICA

RA es un caballero sociable, agradable quién manifiesta ansiedad, pesimismo, sentimientos de incompetencia y dificultades

para adaptarse a nuevas situaciones. Durante las pruebas se muestra, ansioso, inseguro, obsesivo por momentos y preocupado por la idoneidad de su ejecución. Pregunta constantemente las “respuestas correctas”. Olvida la hora de su cita y muestra relativa inadecuación social.

Información de TAC

En el IMSS se realizó tomografía axial desde la base del cráneo hasta la convexidad reportándose ambos hemisferios cerebrales de densidad homogénea; ganglios y núcleos sin alteraciones. Sistema ventricular de calibre normal. Los surcos y fisuras con aumento de profundidad de predominio frontal. Existe calcificación fisiológica de plexos coroideos y glándula pineal reportándose atrofia cortical. No hay datos sugestivos de enfermedad de Alzheimer.

Valoración psicométrica

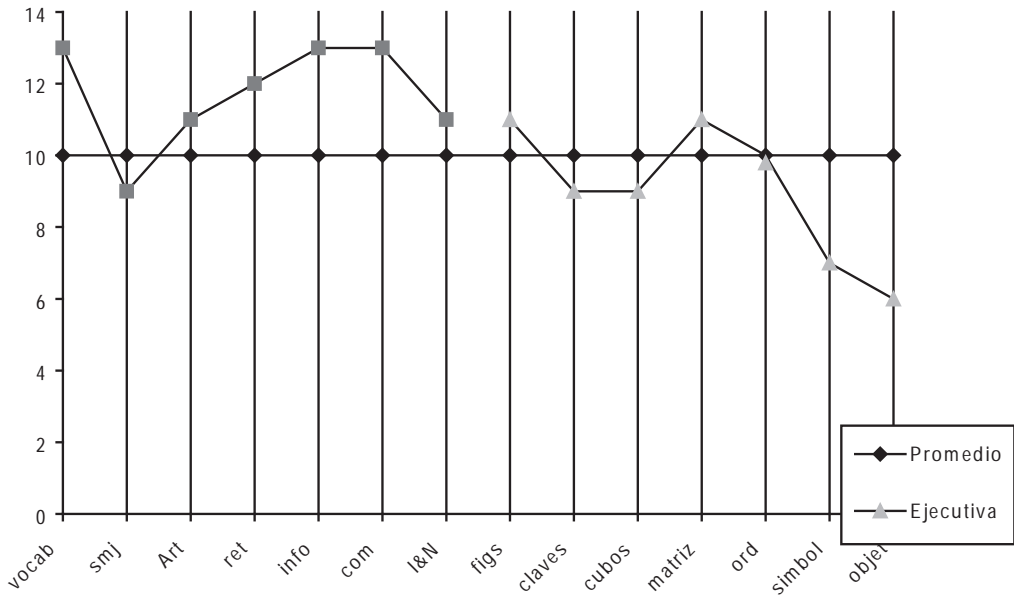
Considerando el problema de referencia, durante el período de evaluación se aplicaron a R las siguientes pruebas:

- Prueba de frases incompletas
- Prueba Gestalt visomotor de Bender.
- Prueba de inteligencia Wechsler (WAIS-III).
- Prueba de personalidad 16 PF.
- Prueba de funcionamiento Neuropsicológico Cognistat
- Escala de estilos de decisión de Harren
- Observación conductual y entrevistas clínicas.

Resultados

Las pruebas de personalidad 16 PF se identifican como rasgos característicos: expresivo, social, complaciente, sensitivo, afectuoso y participante. Además resalta el factor Q3, indiferente, poco activo, con poca estamina. No hay datos de afectación de lóbulo frontal.

Figura 13-1. Escalas de Inteligencia











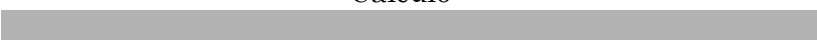


En la prueba Bender, se estableció un nivel de madurez visomotriz equivalente a su edad, no hay datos de organicidad pero se aprecian algunos indicadores emocionales como inseguridad, ansiedad y pensamiento obsesivo.

En la escala de inteligencia de Wechsler (WAIS-III), se obtuvo un CI global de 91 (normal) con 96 en la escala verbal y 89 en la escala de ejecución, no encontrándose diferencias significativas entre las escalas. El gráfico siguiente ilustra el desempeño en cada una de las subescalas.

Puntuaciones Índice en factores Neuropsicológicos:

<i>Factor</i>	<i>Puntuación Índice</i>	<i>Percentil</i>
Comprensión verbal	110	75
Organización perceptual	102	55
Memoria de trabajo	103	58
Velocidad Perceptual	88	21

En la batería COGNISTAT, R obtuvo los resultados siguientes

-		Nivel de Consciencia		+
				
-		Orientación		+
				
-		Atención		+
				
Lenguaje				
	Severo	Moderado	Leve	PROMEDIO
Comprensión				
Repetición				
Nombrar				
-		Construcción		+
				
-		Memoria		+
				
-		Cálculo		+
				
Razonamiento				
	Severo	Moderado	Leve	PROMEDIO
Análogo				
Juicio				

Impresión diagnóstica multidisciplinaria

RA presenta clínicamente un cuadro compatible con trastorno depresivo unipolar mayor y confronta las pruebas administradas bajo los efectos de la mitrazapina y el clonazepan.

Algunas pruebas denotan ansiedad, trastorno afectivo y dificultades visuales que interfieren con la capacidad visomotora, consecuentes a presbicia. Muchos de los hallazgos son eventos normales a la edad y no hay datos de proceso orgánico degenerativo patológico. La atrofia cortical reportada en la TAC no tiene significancia en ausencia de datos clínicos o psicométricos relevantes.

Los resultados no muestran afectación funcional significativa: No hay datos de proceso demencial ni de déficit neurológico.

Presenta una inteligencia dentro de los rangos de normalidad y sus déficit en velocidad de procesamiento y repetición pueden ser consecuentes al efecto combinado de la enfermedad depresiva y la medicación. No existen alteraciones de personalidad consecuentes a proceso orgánico.

El pronóstico es reservado a evolución, en caso de ameritarse este estudio servirá de medición de base para un seguimiento posterior.

Diagnóstico multiaxial (DSM-IV)

EJE I Trastorno depresivo Unipolar Mayor
EJE II Ninguno
EJE III Ninguno
EJE IV 3. Problema familiar, estrés laboral.
EJE V. 65

Sugerencias de intervención

- Fluoxetina 20 mg uno por la mañana y Mitrazapina 30 mg por la noche
- Clonacepan 2 mg en caso de insomio
- Caminata 20 minutos diarios
- Psicoterapia de apoyo una vez por semana

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 afeciones 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 psicológica 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

CAPÍTULO 15

La intervención psicológica

Cuando hablamos del papel profesional del terapeuta, nos referimos al proceso intencionado, profesional, para el cual se requiere capacitación, conocimientos, habilidades específicas y supervisión por parte de otros profesionales del equipo de la salud.

En muchos ámbitos clínicos es una convención distinguir entre dos papeles distintivos del trabajo del psicólogo. El primero se basa en el desarrollo de una evaluación exhaustiva de una persona a través de la entrevista, la aplicación de diversas pruebas psicológicas y la investigación de cualquier otro factor personal o contextual relevante para el caso. El segundo es como terapeuta o psicoterapeuta, instancia más común de intervención en psicología. Para fines prácticos y para evitar connotaciones de índole teórico llamaremos simplemente intervención psicológica a cualquier forma de psicoterapia.

En este capítulo haremos énfasis en la entrevista como medio terapéutico o de intervención, toda vez que la valoración y el diagnóstico han quedado establecidos. El capítulo se organiza en dos vertientes: la primera se centra en la intencionalidad de la interacción en etapas de inicio, desarrollo y cierre; la segunda

en los procesos psicológicos a considerar en el establecimiento de una relación terapéutica.

FASES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

En la literatura específica es muy frecuente encontrar diversas descripciones del proceso de la intervención psicológica. Por lo general, la mayoría de los autores coinciden en identificar un proceso más o menos predecible en su evolución y desarrollo (Garfield y Bergin, 2000).

En términos generales, se coincide en identificar una fase inicial o de contacto, una fase de desarrollo en la cual surge el rapport, luego una alianza terapéutica, finalmente una fase terminal de cierre. Sin embargo, éste no es un proceso estandarizado e inmutable, en muchas ocasiones el proceso de entrevista queda trunco por la deserción del paciente, necesidad de terapias opcionales o escasez de recursos, entre otras. Como en cualquier otra intervención basada en cánones científicos, la probabilidad de éxito y fracaso depende del caso y de las circunstancias.

Orlinsky y Howard (1992) han definido la intervención terapéutica como todos los hechos incluidos en un procedimiento profesional delimitado, derivados de técnicas de psicoterapia, es decir, que comprenden tareas y procedimientos específicos dirigidos por el psicólogo en respuesta a problemas manifiestos de los pacientes. Con fines de discusión, y aún conscientes de las muchas variaciones en el proceso de intervención, en este capítulo se describen algunos hitos del proceso.

Fase inicial

Muchos clínicos veteranos afirman que el primer contacto con el paciente es fundamental. Existe el dicho de que la primera impresión es clave. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe poner especial cuidado en los pacientes con quienes trabaja por primera vez y tener en mente algunas consideraciones importantes.

En la primera consulta con el terapeuta cada detalle es de suma importancia: el espacio, la luz, los objetos, la decoración. La manera cómo recibe al paciente es muy importante.

Es decir, una terapia es como un buen encuentro, aquel que nos da el sentimiento de estar ante alguien que comprende nuestro sufrimiento y sentimos la confianza de que nos ayudará a eliminarlo.

En este sentido, no existe un esquema fijo para la primera entrevista. Algunos terapeutas pueden tomar nota; pero otros no. Algunos pueden realizar un cuestionario estándar breve, mientras que otros pueden sólo realizar algunas preguntas acordes con lo expresado por el paciente para precisar las cuestiones determinadas de una problemática. Pero, en general, se trata de que libremente y sin temor a ser enjuiciado se pueda hablar a partir de donde el paciente quiera.

El entrevistado debe ser recibido de manera cortés; pero no efusivamente. Procure llamarlo por su nombre y preséntese de inmediato. Explique los motivos de su presencia y describa breve y concisamente su papel en el equipo multidisciplinario y los posibles beneficios de la intervención. Háblele del secreto profesional y de los principios de confidencialidad y permita hacer preguntas y clarifique en todo momento las dudas.

Algunos autores afirman que el primer contacto es determinante en la predicción de la evaluación futura del acto terapéutico; es decir, un buen inicio quizás no garantice el éxito; pero un mal inicio, por lo general, se asocia con la interrupción de la intervención y la ausencia de resultados positivos.

La primera impresión que se hace el psicólogo clínico del paciente es fundamental y determina en gran parte la clínica general, ya que en el primer contacto se percibe una idea global del estado general y mental del paciente; de la actitud, disposición, estado físico y muchos otros aspectos generales y primordiales en la evaluación clínica.

En relación con los rasgos físicos, el psicólogo clínico debe observar el porte, la forma de vestir, la presencia de cicatrices, tatuajes y accesorios que puedan otorgarnos alguna información acerca del sujeto.

El clínico debe observar en el primer contacto el interés, la preocupación, el empeño y la apertura del paciente, tanto hacia el psicólogo como hacia el proceso de intervención y establecer si acude de manera voluntaria con ganas de resolver sus problemas y tomar decisiones, o si se muestra persuadido u obligado por un tercero.

De igual forma resulta indispensable en la primera sesión clarificar los propósitos de la intervención psicológica y delimitar los productos y expectativas de este proceso, es decir, el paciente deberá tener claro lo que sí y lo que no puede esperar, tanto del psicólogo como del proceso de intervención psicológica. Por lo tanto, en la primera sesión, se deben clarificar y delimitar los objetivos, metas de la intervención, el papel del psicólogo, señalar la responsabilidad del paciente en las decisiones por tomar y en el resultado del proceso. En muchos casos será necesario establecer un contrato, verbal o por escrito, de los tiempos, obligaciones mutuas y costos de la intervención.

No es superfluo enfatizar este punto, ya que uno de los riesgos más grandes del proceso de intervención psicológica son los posibles daños que pudieran ocurrir en el paciente con expectativas irreales acerca del mismo. La iatrogenia debe ser una consideración habitual en los ámbitos psicológicos, como lo es en los médicos. Como toda intervención profesional, los resultados e índices de éxito varían, por lo cual es necesario explicarle al paciente las probabilidades de cambio, los factores que promueven y dificultan el mismo, no se deben crear expectativas irrealistas ni hacer falsas promesas, las cuales no sólo dañan al paciente particular sino que tienen un efecto negativo en la profesión en general.

Desde la primera sesión es importante establecer una relación afectiva y sensata con el paciente, generando un clima de confianza y un ambiente de protección que facilite la expresión de los sentimientos y pensamientos durante el proceso de intervención psicológica. Al establecimiento de un vínculo afectivo y de respeto se le llama *rapport* y éste es un precursor insoslayable de la relación terapéutica (Sánchez y Valdés, 2003).

Fase de desarrollo

La fase de desarrollo se refiere a todo lo que ocurre después del contacto inicial y hasta el cierre.

Quizá muchos autores estén de acuerdo en que aún en las formas más variadas de intervención psicológica, existen algunos beneficios para los pacientes, quienes se mantienen en tratamiento por un periodo razonable de tiempo. Por lo anterior, es importante revisar algunos aspectos relevantes en este periodo de desarrollo, el cual puede variar según las características del paciente, la pericia y la perspectiva teórico metodológica del terapeuta, el problema que presenta el paciente, la índole y la calidad de la interacción entre el profesional y el paciente y los eventos, cambios y vicisitudes sucedidos durante el proceso mismo.

Ya que son incontables las contingencias posibles durante el proceso de intervención, en este apartado seleccionamos algunas de las interrogantes que el psicólogo en fase de entrenamiento se hace con más frecuencia.

Una primera pregunta sería cuestionarse cuál es el periodo que, en opinión de muchos autores, pudiera ser el óptimo para alcanzar un cambio o un efecto más o menos significativo en vida de la persona. Orlinsky y Howard (1992), en su vasta revisión de intervenciones, señalan que la terapia breve, la intervención corta de cuatro a ocho sesiones con un promedio de seis es el periodo más efectivo de tiempo.

Una segunda interrogante reside en clarificar cuál es el producto o resultado de la intervención. En este sentido, se han identificado algunos indicadores de cambio o de efecto. Por ejemplo, el cambio en la conducta, la cual es más o menos permanente (dejar de consumir drogas, no repetir relaciones abusivas), el cambio en el pensamiento o visión sobre un evento (ver la pérdida del trabajo como una ganancia a largo plazo, tomar como benéfico el que un hijo se vaya de la casa en búsqueda de su independencia), el cambio en los sentimientos (perdonar, sentir alivio de una culpa, aceptar la pérdida del ser querido). Aunque son muchos y diversos los criterios de cambio o mejoría, según

las diversas orientaciones teóricas, el cambio más o menos permanente y significativo del pensamiento, conducta o aspecto del paciente es el criterio primordial de efecto en la intervención psicológica; en otros escenarios menos positivos el cambio o la mejoría se describe en términos de la desaparición de sentimientos que le causaron malestar o dolor psicológico: angustia y ansiedad, entre ellos.

Por último, durante la fase de desarrollo se debe responder a la interrogante ¿cuáles son los criterios para establecer el éxito en el proceso de intervención psicológica? Este último punto resulta aún más difícil, ya que la investigación al respecto presenta resultados inconsistentes y en algunos casos ambiguos. Sin embargo, en una postura netamente ecléctica, cualquier técnica o intervención que no cause daño al paciente y sí produzca un cambio más o menos permanente en su conducta pensamiento y sentimientos, es finalmente una técnica efectiva; en cambio si no tendrá ningún efecto perdurable en él, no es una técnica efectiva o eficiente.

La relación terapéutica

En la fase de desarrollo el *rapport* inicial se transforma en una relación profesional *sui generis*, la cual consiste en una vinculación afectiva y emocional especial entre el paciente y el profesional. Ésta es una relación desigual en cuanto al ejercicio del poder, responsabilidad, propósito y riesgos; pero necesaria para facilitar algunas de las ocurrencias comunes a la cual se le atribuye beneficios en la intervención como la aparición de sentimientos y pensamientos antes reprimidos, la promoción del *insight* a través de la confrontación, la abreacción y el descubrimiento de nuevas soluciones, la experiencia “aja”, etc.

Esta relación terapéutica o relación de “trabajo”, consiste en una conversación caracterizada por la revelación de ideas y sentimientos y la sensación de un ambiente de confianza y confidencialidad que permiten el análisis profundo del problema. En la relación terapéutica el paciente percibe genuinamente al

psicólogo clínico como un aliado y confidente. A veces, como un espejo donde ve reflejados sentimientos que antes no eran conscientes y en algunas otras ocasiones lo vuelve objeto, inconscientemente, de sus proyecciones, miedos, deseos y aspiraciones.

Existen varias actitudes del psicólogo clínico que contribuyen a la creación y mantenimiento de una relación terapéutica, dentro de éstas se destacan:

1. La empatía, mediante la cual se demuestra al paciente que lo estamos escuchando y presupone una serie de conductas del psicólogo clínico, como mostrar deseos de comprender, tratar lo importante para el paciente, uso de respuestas que denoten comprensión de las ideas y sentimientos explícitos e implícitos del paciente.
2. La autenticidad, la cual ayuda para reducir la distancia emocional entre el psicólogo clínico y el paciente, aquí se incluyen conductas de refuerzo no verbal como el contacto visual; el hecho de no enfatizar el rol y la autoridad; mostrar congruencia entre la conducta verbal y no verbal por parte del psicólogo clínico; y la espontaneidad, es decir, expresarse con naturalidad.
3. La aceptación y el juicio no inquisitivo que le permiten sentirse libre para tratar sus problemáticas sin temor de ser criticado.

A través de la alianza terapéutica es posible analizar conjuntamente la problemática del paciente. El psicólogo clínico, en esta fase, deberá estar específicamente capacitado para manejar al mismo tiempo el significado de las conductas, el flujo de pensamiento y los principios que rigen el raciocinio del paciente; así como los sentimientos y emociones que surgen durante el proceso. El psicólogo clínico deberá buscar consistencia y congruencia entre lo que el paciente dice, siente y quiere hacer, también facilitará la toma de consciencia sobre las consecuencias de las decisiones futuras.

Fase de terminación

Es importante que la intervención psicológica tenga un final planeado y el paciente tome consciencia del punto de inicio, de culminación y de los cambios y logros obtenidos durante este intervalo. Por lo anterior, es indispensable que el psicólogo clínico sea, al mismo tiempo, un administrador de los tiempos, los contenidos, las estrategias y las metas del proceso. La claridad de éstas incrementará la probabilidad de que el paciente concluya el proceso de orientación.

En muchos casos se crea cierta dependencia hacia el psicólogo clínico, que resulta indeseable de reforzar y debe manejarse en el cierre del proceso, por ello debe recordarle al paciente el número de sesiones y señalarle la proximidad de la última sesión, con la finalidad de facilitar la preparación de cierre del proceso.

En la última sesión el psicólogo clínico debe ser capaz de resumir los logros y los avances, estimular al paciente para tomar las acciones decididas y explorar la posible utilización de las habilidades desarrolladas en otros tiempos y circunstancias. Si habrá acciones de seguimiento o nuevos intentos terapéuticos éstos deberán discutirse. Es indispensable cerrar los asuntos pendientes para evitar daños futuros y permitir que el paciente recurra en un futuro a la intervención psicológica.

En algunos casos, los pacientes muestran resistencia ante el cierre. La causa más común es la preocupación del paciente de no estar completamente curado. En estos casos es importante aclararle el grado de avance durante la intervención y hacerle notar que con la intervención psicológica se aprende a resolver más eficazmente los problemas y no a curar los problemas de manera milagrosa.

Además, el paciente suele mostrar preocupación por sufrir una recaída y experimentar de nuevo el problema, en estos casos se le puede explicar que tiene las puertas abiertas en caso necesario o planear sesiones de seguimiento espaciadas para vigilar síntomas tempranos de deterioro o recaída. A esta últi-

ma fase se le llama de seguimiento y es importante para prevenir recaídas y disminuir los costos a largo plazo de la atención en salud mental. Es importante que el psicólogo clínico le enseñe a los pacientes a identificar de manera temprana y oportuna los signos y síntomas del problema y estimular al paciente para que acuda de manera temprana a los servicios de atención, antes de que los síntomas se compliquen. Otra técnica común es programar sesiones de seguimiento y espaciarlas de tal forma que el paciente continúe con sus cuidados, la toma de su medicación o con las estrategias para afrontar el problema sin la presencia profesional. Tanto el apego como la dependencia son indeseables en el proceso terapéutico y son causas frecuentes de resistencia al cierre.

Los problemas asociados con la deserción o con los procedimientos inconclusos, son muy comunes en la atención psicológica; pero permanecen poco reportados y por tanto no constituyen un motivo de discusión académica ni de suficiente preocupación en los ámbitos clínicos, aún cuando los tratamientos interrumpidos y truncos constituyen un fuerte costo para los servicios de atención. Si el clínico puede prever que el paciente está deseando poner fin a la intervención de manera temprana puede averiguar las posibles razones y afrontarlas, incrementando la probabilidad de permanencia y terminación exitosa.

Entre las causas comunes de abandono del tratamiento psicológico están las reacciones negativas hacia el profesional, por transferencia inconsciente o bien porque esté molesto o en desacuerdo con él. En estos casos, la honestidad y calidez son importantes para abordar la problemática, puede referirse el paciente con un colega si esto resuelve la discrepancia o bien puede confrontarse el desacuerdo con la finalidad de resolverlo; a fin de cuentas, lo importante es la conclusión del proceso de intervención con la finalidad de resolver el problema del paciente.

Por último, se debe reconocer que muchos pacientes abandonan la terapia por ausencia de mejorías significativas durante el tratamiento o recaídas durante el mismo o bien por una rápida mejoría de los síntomas. En ambos casos la prevención reside en

establecer expectativas realistas de evolución y en aclararle al paciente que muchas veces, aunque haya mejoría, es indeseable truncar el proceso terapéutico. Igualmente, en algunos casos se debe fomentar la paciencia y el empeño de pacientes con cuadros de difícil evolución.

CAPÍTULO 16

Bases de la psicofarmacología

Con base en la importancia de la farmacología para el manejo de la mayoría de los trastornos mentales, y que por ende, la gran mayoría de los pacientes a quienes atiende un psicólogo clínico estarán, alguna vez, sujetos a medicación, en el presente capítulo se pretende otorgar algunas bases prácticas de la psicofarmacología, revisando el importante papel del psicólogo en la promoción de la toma de la medicación, la adherencia al régimen farmacológico, la prevención y afrontamiento de efectos secundarios y la adquisición de hábitos de vida compatibles con la medicación.

HISTORIA

Desde la antigüedad han existido sustancias para alterar la mente, como el café en Arabia, hojas de coca en Bolivia, hongos alucinógenos en las tribus de EUA, la amapola en Mesopotamia y el opio en China.

En las pociones mágicas, acompañadas de los rituales practicados por médicos brujos o chamanes, se utilizaban sustancias psicoactivas de plantas con efectos psicotrópicos, sedantes y alucinógenos.

A finales del siglo XIX los enfermos mentales llenaban los hospitales psiquiátricos, concebidos como una institución de beneficencia de tipo asilo y la psicofarmacología en esta época se supeditó al uso de hipnóticos como el paraldehído, el hidrato de cloral, el sulfonal, el bromuro de hioscina y la morfina.

En 1935 fue sintetizada la anfetamina y en 1937 se descubrieron los efectos paradójicos en niños con trastornos del comportamiento.

En 1947, Charpentier, en la búsqueda de nuevos antihistamínicos redescubre las fenotiazinas, las cuales se habían desarrollado por Bernthsen desde 1883, en el intento por encontrar opciones para preparar el azul de metileno.

En 1949, Cade, destacó los efectos antimaniacos del carbonato de litio y dos años después Laborit usa la prometazina, un antihistamínico para disminuir la ansiedad preoperatoria, el estrés quirúrgico y el trauma postoperatorio.

En 1952 se comienza a utilizar la clorpromazina como sedante de baja toxicidad y en ese mismo año Delay y Deniker utilizaron clorpromazina en ocho pacientes psicóticos y, según reportes, éstos inspiraron la película *Despertares*, con tres días de tratamiento vieron significativamente desaparecida las psicosis.

En 1953 Zéller y colaboradores descubrieron que la iproniazida era un potente inhibidor de la MAO cerebral y era capaz de revertir la acción depresora de la reserpina, al atenuar la disminución de la serotonina cerebral.

En 1954 se comienza a utilizar la reserpina (*Rauwolfia serpentina*) a la cual Pletscher atribuyó la capacidad de depletar prolongadamente la serotonina cerebral. En 1957 Janssen sintetizó la primera butirofenona (R1187) a partir del analgésico norpetidina y luego el haloperidol fue sintetizado en 1958 por Hermans, este último es quizá el antipsicótico más potente y utilizado en hospitales psiquiátricos durante tres décadas. En este mismo año Kuhn introdujo la imipramina para el tratamiento de la depresión.

En 1961 el clordiazepóxido fue la primera benzodiacepina lanzada al mercado; en 1965, surgió la clorzapina y en 1968 la carbamazepina fue aprobada para el manejo de la neuralgia del trigémino.

A comienzos de la década de los setenta fueron descubiertos los ISRS y su comercialización se inició en 1988 con el lanzamiento de la fluoxetina, el clorhidrato de fluoxetina, una de las drogas más revolucionarias y controvertidas de la época; también fueron lanzados los antipsicóticos de nueva generación, por ejemplo, en 1992 fue lanzada la risperidona y en 1997 la olanzapina (Bastida, 2007).

SEDANTES Y ANSIOLÍTICOS

Por su capacidad de reducir la ansiedad y producir relajación y sueño, los ansiolíticos también llamados hipnóticos, son una serie de drogas, la gran mayoría del tipo de las benzodiacepinas (BZD), las cuales desaceleran, relajan, dan sueño y en general mitigan la angustia y la preocupación. Estas sustancias también tienen efectos relajantes sobre el músculoesquelético, reducen el umbral de convulsión y producen pérdida de la memoria.

La denominación de estos compuestos suele tener la terminación lam o lan (triazolam, oxazolam, estazolam) o pam y pan (diazepam, lorazepam, lormetazepam, flurazepam, flunitrazepam, clonazepam, etc.)

La primera BZD fue el clordiazepóxido, sintetizada en 1955 por los laboratorios Roche en Nutley, Nueva Jersey; comercializada a partir 1957. Éstas se recetaron para dolencias relacionadas con el estrés durante las décadas de los sesenta y setenta; esta misma sustancia aún se utiliza para el manejo del delirium tremens y la desintoxicación del enfermo alcohólico.

La principal ventaja de las BZD es su gran margen de seguridad terapéutica. Sin embargo, efectos secundarios como la somnolencia, la ataxia, la confusión, el vértigo son habituales.

Además se ha establecido que el uso prolongado de éstos produce dependencia física y psicológica.

Precauciones generales

El uso de las benzodiazepinas (BZD) en grandes dosis o cuando se combinan con otras drogas depresoras del sistema nervioso central (SNC) o el alcohol pueden provocar un paro respiratorio, potencialmente fatal.

Las BZD, deben ser utilizadas con precaución en pacientes con compromiso de la función respiratoria (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de apnea del sueño).

En especial, el psicólogo debe saber que el uso de ansiolíticos puede provocar o empeorar una depresión preexistente. El uso de benzodiazepinas puede enmascarar tendencias suicidas en pacientes deprimidos y no deberá utilizarse sin una terapia anti-depresiva adecuada. Los pacientes débiles o ancianos pudieran ser más susceptibles a los efectos de los sedantes por lo cual requieren de mayor vigilancia.

En ocasiones, se han reportado reacciones paradójicas, es decir, cuadros de agitación y angustia durante el uso de BZD, más frecuentes en niños y en ancianos. Si esto ocurriera, se debe discontinuar el uso del fármaco. En pacientes con deterioro hepático deben usarse con precaución, ya que en general dañan la función hepática (casi de la misma forma que el alcohol). No deben utilizarse durante el embarazo, por el riesgo de malformaciones congénitas, en particular durante el primer trimestre del embarazo.

En humanos, las muestras de sangre del cordón umbilical indican transferencia placentaria y en neonatos cuyas madres consumieron BZD antes del parto se han reportado síntomas como hipoactividad, hipotonía, hipotermia, depresión respiratoria, apnea, problemas de alimentación y respuesta metabólica deteriorada; también se han detectado rastros de BZD en la leche materna, por lo tanto, no deberán administrarse a mujeres

amamantando, a menos que el beneficio esperado para la mujer supere el riesgo potencial para el niño. Se ha presentado sedación e incapacidad para succionar en neonatos lactantes de mujeres quienes están tomando benzodiazepinas. Los niños de mujeres lactando deberán ser observados en cuanto a efectos farmacológicos como la sedación e irritabilidad.

Efectos secundarios adversos

Todos los ansiolíticos cuando se ingieren junto con otros depresores del SNC como alcohol, barbitúricos, antipsicóticos, sedantes-hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, analgésicos, narcóticos, antihistamínicos, sedantes, anticonvulsivos y anestésicos pueden producir accidentes, muerte por paro respiratorio, grave incapacidad para conducir, manejar maquinaria, tomar decisiones importantes y otros eventos de importancia que ponen en peligro la vida del paciente y de quienes estén cerca.

Algunos pacientes en tratamiento con BDZ han desarrollado leucopenia, por esto es deseable hacer pruebas de biometría hemática y función hepática. En caso de sobredosificación o ingesta accidental se requiere de hospitalización, lavado gástrico y aplicación de antídotos. La sobredosis con BDZ más observada en las clínicas se debe a la combinación con alcohol u otros fármacos.

Los síntomas pueden variar en severidad e incluir somnolencia, confusión mental, letargo, disartria, ataxia, reacciones paradójicas, depresión en el SNC, hipotonía, hipotensión, depresión respiratoria, depresión cardiovascular, coma y muerte.

Se recomienda apoyo general y mediciones sintomáticas; los signos vitales deben ser monitoreados. Cuando existe riesgo de aspiración, no se recomienda la inducción de emesis. El lavado gástrico pudiera estar indicado si se ejecuta rápido después de la ingestión o con pacientes sintomáticos. La administración de carbón activado también puede limitar la absorción del fármaco.

Dependencia

Todas las BZD son adictivas y producen una dependencia física o fisiológica, la cual no puede ser obviada por el psicólogo clínico, quien debe procurar el establecimiento de comportamientos opcionales en el paciente, sustituir o reducir el uso de la medicación por mecanismo y estilos de vida más adaptativos para combatir el estrés.

El riesgo de dependencia aumenta con el uso de dosis altas y por largo tiempo; se incrementa en pacientes con una historia de alcoholismo o abuso de fármacos o con un trastorno de personalidad importante. El potencial de dependencia disminuye cuando se utiliza en dosis adecuadas para un tratamiento a corto plazo. En general, las benzodiazepinas deberán ser prescritas sólo por periodos cortos de tiempo (p. ej., de 2 a 4 semanas). No se recomienda el uso continuo a largo plazo.

Los síntomas de deprivación (abstinencia), como el insomnio y el temblor, cuando se deja de tomar la dosis pueden aparecer incluso después de una semana de tratamiento y es normal cuando se deja un tratamiento de largo plazo, también se encontrarán datos como cefalea, ansiedad, tensión, depresión, insomnio, inquietud, confusión, irritabilidad, sudoración, fenómeno de rebote, disforia, vértigo, desrealización, despersonalización, hiperacusia, hormigueo en las extremidades, hipersensibilidad a la luz y al ruido, movimientos involuntarios, náusea, vómito, diarrea, pérdida del apetito, alucinaciones, delirio, convulsiones, temblores, calambres abdominales, mialgia, agitación, palpitaciones, taquicardia, ataques de pánico, hiperreflexia, pérdida de la memoria a corto plazo, e hipertermia.

Cuando se suspende el tratamiento son infrecuentes las crisis convulsivas; pero pueden ocurrir, sobre todo si hay antecedentes de epilepsia o en quienes estén tomando otros fármacos que disminuyan el umbral convulsivo como los antidepresivos.

Por lo anterior, el psicólogo debe estar consciente de que estos fármacos han dado grandes beneficios; pero tienen también grandes riesgos.

Recomendaciones para el uso de BZD

El psicólogo clínico puede ayudar al paciente para adherirse mejor a su medicación, evitar abusos y dependencia y facilitar-le el desarrollo de conductas opcionales de afrontamiento, lo cual facilita la reducción y remoción del fármaco.

Ayude al paciente a revisar la receta médica para evaluar la dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.

Corrobore las citas con el médico para el seguimiento y supervisión de la medicación, ya que por ley los ansiolíticos deben administrarse bajo estricta vigilancia médica.

Debe cuidarse que quienes manejen automóviles o maquinaria peligrosa dejen de hacerlo hasta saber si el medicamento causa somnolencia o mareos. Se recomienda abstenerse de lo anterior hasta cerciorarse si pueden ser controlados estos malestares con el ajuste individual de la dosificación.

Si hay embarazo, el psicólogo puede analizar junto con el médico la conveniencia de continuar o no el consumo del medicamento, sobre todo si el uso significa un mayor beneficio sobre el riesgo de daño teratológico que pudiera ocasionar.

Ayude al paciente a evitar el consumo de bebidas alcohólicas, la automedicación, tomar otras medicinas sin consultar con el médico tratante. Por lo general ningún ansiolítico debe administrarse en niños menores de 12 años.

ANTIPSICÓTICOS

A diferencia de los sedantes, los cuales disminuyen la reacción general de alarma del organismo; los antipsicóticos, también llamados tranquilizantes mayores, se identifican bajo el término de neurolépticos. Su descubrimiento, como muchos en medicina fue accidental, se debe al médico francés Henri Laborasi, quien realizaba estudios con sustancias que pudiesen antagonizar con los síntomas del estado de choque cuando descubrió la clorpromazina, un fármaco capaz de producir cierta somnolencia y disminuir

las reacciones ante estímulos ambientales sin ocasionar la pérdida total de la consciencia. En 1952 Jean Delary y Pierre Deniker, dos de los psiquiatras más reconocidos de la época, comenzaron a ensayar la clorpromazina, administrándola en algunos de sus pacientes. Los resultados fueron calificados como extraordinarios. En 1958 Janssen descubrió las propiedades antipsicóticas del haloperidol y desde entonces siguieron explorándose los usos antipsicóticos de otras sustancias similares (Malpica, 2007).

Los neurolépticos más conocidos son las butirofenonas como el haloperidol o derivados fenotiacínicos como la clorpromazina, la perfenacina, la tioridacina, la clozapina, la risperidona y muchos otros más.

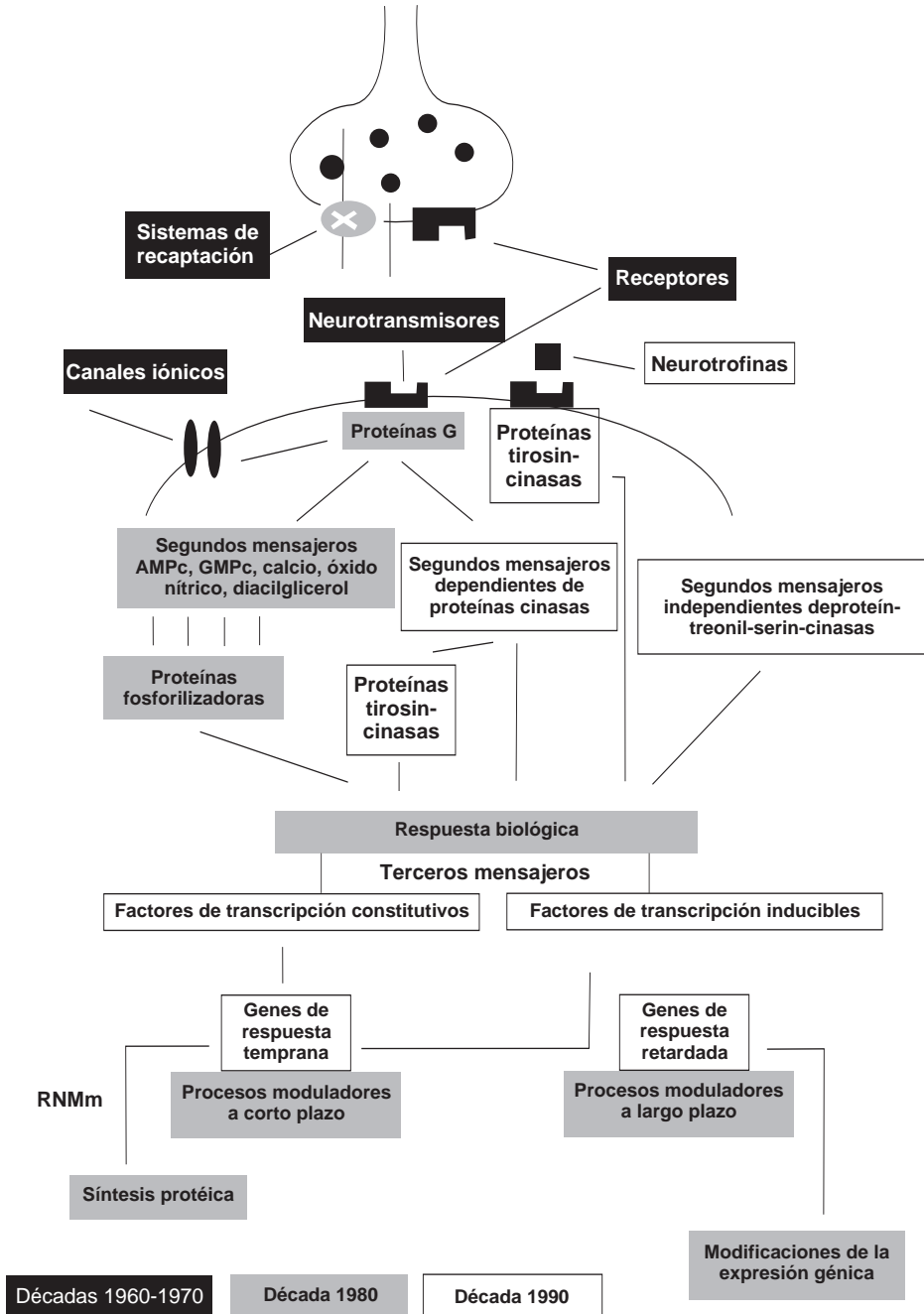
Mecanismo de acción y formas de empleo

Los neurolépticos pueden administrarse por vía oral, sublingual o intramuscular. Al llegar al cerebro ocupan los receptores del neurotransmisor conocido como dopamina y en algunos casos también los de la serotonina. Actúan como antagonistas, bloqueando sus efectos y producen un estado de tranquilidad e indiferencia inmediatas, por esto, muchos los conocen con los mote de “lobotomizadores químicos” o “chalecos de fuerza bioquímicos”.

Los psiquiatras los prescriben en cuadros clínicos de esquizofrenia, paranoia, psicosis orgánicas y funcionales con la finalidad de detener los estados alterados de consciencia producidos por las llamadas drogas alucinógenas.

El tratamiento con antipsicóticos se inicia con dosis moderadas que van aumentando hasta llegar a la dosis máxima, la cual se mantiene durante varios meses y en ocasiones años. El empleo de la clorpromacina, por ejemplo, puede comenzar con dosis diarias de 100 a 200 mg y elevarse hasta alcanzar los 600 o 1000 mg. Para sujetos sin tolerancia a las dosis letales sobrepasan esta última cifra. La dosificación de haloperidol se calcula en función de la gravedad del episodio psicótico y se discontinúa en cuanto los síntomas desaparecen. Las dosis medias fluctúan

Figura 16-2. Mecanismo de acción de los fármacos antidepresivos



entre los 10 y 20 mg; las altas entre 30 y 40 mg. Más de esta cantidad en sujetos sin tolerancia puede ser letal.

En casos de psicosis funcionales provocadas por alucinógenos, estimulantes o alcohol, la dosificación de ambas sustancias se calcula en función de la gravedad del episodio psicótico y se discontinúa en cuanto los síntomas desaparecen.

Los especialistas consideran que la mayoría de los medicamentos antipsicóticos producen reacciones desagradables en los individuos normales, es decir, los no psicóticos. Entre los pacientes psiquiátricos, generan un estado similar a la indiferencia emocional sin causar trastornos perceptivos ni alteración en las funciones intelectuales. Se experimenta liberación de la ansiedad, desinterés, falta de concentración y aumento del apetito; el síndrome neuroléptico aparece como un cuadro de sedación, lentificación psicomotora y emocional, supresión de movimientos espontáneos y de conductas complejas, reducción de la iniciativa y del interés en el medio provocando que la agitación, la inquietud disminuyan, la misma tendencia se observa en el caso de las alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento (Fundación Mundo Bipolar, 2007).

Efectos secundarios

Todos los antipsicóticos tienen efectos colaterales: desde visión borrosa, congestión nasal, sequedad de boca, trastornos del peso, contracciones musculares involuntarias, retención urinaria, anemia, irregularidad menstrual, atrofia testicular, alergias cutáneas y vértigos; hasta destrucción de células en la sangre, obstrucción hepática con ictericia (que provoca una pigmentación amarilla característica), excitación paradójica, ftofobia, arritmias cardiacas, aumento de la temperatura corporal y parkinsonismo (temblor en extremidades, tronco, cabeza y lengua ocasionando alteraciones en la coordinación motriz fina). La degradación del deseo erótico y la disquinesia tardía (movimientos involuntarios de boca, tronco o extremidades que pueden aparecer después de

terminado el tratamiento); estos efectos llegan a ser irreversibles en tratamientos prolongados (más de dos años).

La tolerancia hacia los neurolépticos es considerable, aunque el peligro de dependencia es relativamente bajo ya que sus efectos psicológicos no resultan atractivos. La administración prolongada tampoco genera una verdadera dependencia física, por esto la suspensión brusca sólo puede provocar ciertos signos de malestar como dolores musculares e insomnio, los cuales desaparecen en unos días.

Indicaciones terapéuticas

Los ansiolíticos se utilizan para el manejo a corto plazo de los trastornos de ansiedad, incluyendo los siguientes: pronto alivio de los síntomas de ansiedad, trastornos de ansiedad generalizada, ansiedad en estados psicóticos, ansiedad asociada con síntomas somáticos, ansiedad asociada con depresión o síntomas depresivos, ansiedad reactiva, insomnio asociado con ansiedad, retiro de alcohol, prevención del delirium tremens, premedicación quirúrgica, terapia adjunta con los fármacos antieméticos estándares para la profilaxis y tratamiento sintomático de la náusea y vómito asociado con quimioterapia contra el cáncer.

ANTIDEPRESIVOS

Los antidepresivos se descubren de manera fortuita en la década de los cincuenta, al observar que pacientes afectados de tuberculosis con iproniazida mejoraban su estado ánimo. Esa y otras drogas inhibitoras de la enzima llamada monoaminoxidasa (MAO), fueron los primeros antidepresivos. Diez años después aparecieron los antidepresivos tricíclicos y a la fecha se han descubierto muchos más, los cuales guardan cierta relación con sus antecesores; pero tienen más eficacia, más rapidez y ocasiona menos efectos secundarios (Durán, 2007).

En los últimos treinta años, la teoría monoaminérgica de la depresión se ha consolidado como la más fundamentada manera de entender el mecanismo de acción de los fármacos antidepressivos. El hecho de que los antidepressivos provoquen un incremento de monoaminas en la hendidura sináptica apoya la hipótesis de una disminución de la transmisión monoaminérgica en la patogénesis de la depresión; por lo cual se busca, mediante los tratamientos, provocar un incremento de monoaminas en la hendidura sináptica. Estas modificaciones bioquímicas ocurren de forma rápida y pueden ser detectadas tras la primera dosis del fármaco antidepressivo.

Normalmente, los antidepressivos se administran por vía oral y requieren de algunos días para producir los primeros efectos anímicos. Este rezago está relacionado con retardos en el logro de las concentraciones sanguíneas terapéuticas y con el intervalo requerido para bloquear los mecanismos de ciertos neurotransmisores asociados con la depresión.

Los antidepressivos están indicados para el tratamiento de esta afección por su origen en un desequilibrio bioquímico cerebral que se manifiesta por alteraciones del sueño y el apetito, fatiga, agitación y nerviosismo, falta de concentración, desinterés sexual y anhedonia (incapacidad para experimentar placer). De hecho, muchos antidepressivos, sobre todo los tricíclicos son sedantes, por esta razón se usan en otras entidades clínicas, principalmente la ansiedad de niños y ancianos. También por esto, los pacientes refieren sedación al inicio del tratamiento.

Para el psicólogo clínico es importante saber que en personas sanas no tiene efecto psicotrópico, su consumo por el contrario provoca somnolencia, mareo, sequedad de boca, visión borrosa y sensación de malestar generalizado. En enfermos deprimidos, por supuesto, tiende a mejorar el estado de ánimo y a disminuir el pesimismo.

El aumento de peso, la disfunción eréctil, los mareos, las náuseas son problemas comunes para quienes toman antidepressivos y, como con cualquier otro medicamento, los antidepressivos tiene múltiples efectos secundarios descritos en el vademécum.

La tolerancia hacia los antidepresivos es considerable, sin embargo el peligro de dependencia es relativamente bajo ya que los efectos psicológicos no son muy atractivos y producen poca dependencia física. La supresión repentina causa síntomas gastrointestinales y trastornos del sueño, por esto deben reducirse de manera gradual.

En el caso de los inhibidores de la MAO, ingerir algún alimento que contenga tiramina durante el tratamiento (quesos añejos, diversos pescados, aguacate, frutas maduras, cerveza, vinos, hígado, salchichas, chocolate, plátano, café, salsa de soya) ocasiona un aumento brusco y grave de la presión arterial que puede ser fatal. Quizá por esto, su uso no es muy frecuente en México.

Mecanismos de acción

Se sabe que la mayoría de los psicofármacos actúan en la complejidad de la transmisión sináptica, aceptándose que la regulación de la unión del neurotransmisor con su receptor específico representa sólo una pequeña parte de los efectos de los neurotransmisores sobre sus neuronas. Además, estas sustancias regulan los canales y los procesos que ocurren dentro de las neuronas a través de los mensajeros intracelulares como el AMP cíclico (AMPC), el calcio intracelular y las proteínas fosforilizadoras, las cuales son responsables de un amplio espectro de respuestas biológicas que se producen en la neurona, incluyendo las modificaciones en la expresión génica de las mismas.

En el decenio 1990-1999 Blier y de Montigny involucraron al receptor 5HT_{1A} en el mecanismo responsable de la actividad antidepresiva. Según estos autores, los distintos grupos de antidepresivos, incluyendo la terapia electroconvulsiva (TEC), a través de diferentes mecanismos, incrementarían la transmisión serotoninérgica a nivel del hipocampo. En la actualidad se piensa que este mecanismo puede ser necesario; pero es insuficiente para explicar el efecto antidepresivo, ya que existe la intervención de factores adicionales.

De esta manera, se reconoce hoy en día que los mecanismos de transmisión sinápticos son aún más complejos, donde intervienen muchos neurotransmisores, receptores de membrana, mensajeros intracelulares y otras sustancias como las proteínas tirosincinasas las cuales sirven de receptores para neurotrofinas y otros factores de crecimiento. Se sabe también que estos factores, además de su papel en el crecimiento neuronal, tienen la capacidad de producir importantes efectos sobre las neuronas adultas.

En los últimos años de investigación se ha hecho hincapié en los sistemas de transducción comunes con múltiples sistemas de neurotransmisión, como el metabolismo de los fosfoinositoles o la vía de la adenilatociclasa (AC) o en el estudio de su influencia sobre las distintas fracciones de las proteínas G (PG).

En el caso de los ISRS, estos inhiben la bomba de recaptación presináptica de serotonina. Esta inhibición selectiva de la recaptación de serotonina aumenta la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico, aumentando la transmisión neta serotoninérgica. Se ha sugerido que el efecto sobre la 5-HT produciría sus acciones terapéuticas a través de la estimulación de receptores 5-HT 1 en cuatro vías básicas que parten de los núcleos del rafe: para la depresión se estimularía la vía que va a la corteza prefrontal; para el TOC se desinhibiría la que va a los ganglios basales; para el trastorno de pánico la que va a la corteza límbica y al hipocampo y para la bulimia la que va al hipotálamo.

Clasificación de los medicamentos antidepresivos

Considerando la cronología de la aparición de los antidepresivos se distinguen los de la primera generación: los antidepresivos antiguos; los de la segunda generación o intermedios y los de la tercera generación, los más recientes y costosos.

Los antidepresivos de la primera generación son en su mayoría tríclicos, como imipramina, desipramina, clomipramina, amitriptilina y nortriptilina.

Los antidepresivos de la segunda generación son algo heterogéneos por su estructura química, en la cual se incluyen, entre otros, la maprotilina, la mianserina y la viloxacina.

Los antidepresivos de la tercera generación se caracterizan por su capacidad de inhibir la recaptación de la serotonina (trazodone, nefazodone, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina y citaloprán) más otros agregados también en fechas relativamente recientes como la venlafaxina, la reboxetina y la mirtazapina.

Sobredosis y efectos secundarios

En consideración de la importancia que tiene el psicólogo clínico en la promoción de la toma de los medicamentos y sobre todo en el fomento de la adherencia al tratamiento farmacológico; en este apartado revisaremos algunos de los efectos secundarios indeseables y las posibilidades de síntomas en caso de sobredosis. En ambas situaciones el psicólogo deberá intervenir y, desde luego, ser capaz de reconocer cada cuadro clínico.

Cabe señalar que todos los pacientes son susceptibles de sufrir efectos secundarios cuando toman medicamentos; sin importar la edad, el género, la raza o ningún otro aspecto médico concomitante. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe estar pendiente de las reacciones al medicamento y ser capaz de identificar signos asociados con la medicación, u otros signos que nos indican la presencia de otra enfermedad o condición que pudiera coexistir con el evento depresivo.

Las complicaciones por sobredosis de los tricíclicos son la hipotensión, arritmias cardíacas y convulsiones. En los pacientes de mayor edad la actividad anticolinérgica puede ocasionar un trastorno confusional. En algunos casos la sobredosis anticolinérgica puede manifestarse a través de agitación, arritmias supraventriculares, alucinaciones, hipertensión severa y crisis convulsivas. En casos extremos, el delirium anticolinérgico con dilatación pupilar, sequedad de mucosas y taquicardia puede constituirse en una emergencia médica.

La hipotensión secundaria a la depleción de norepinefrina puede ser tratada con la administración de líquidos. Las complicaciones cardiovasculares más frecuentes en la sobredosis son las arritmias ventriculares, que pueden ser tratadas con lidocaína, propanolol o fenitoína. Las crisis convulsivas derivadas de una sobredosis de tricíclicos deben ser manejadas en forma regular con el mantenimiento de una vía aérea permeable, una adecuada ventilación y con el tratamiento de las crisis con diazepam.

Los antidepresivos, en general, son metabolizados predominantemente por el hígado. Por ende, aquellas drogas que inhiben o inducen el sistema microsomal hepático pueden alterar significativamente los niveles plasmáticos y la efectividad de éstos, por ejemplo, algunos agentes antihipertensivos, los bloqueadores H₁.

Son contraindicaciones absolutas para la toma de antidepresivos tricíclicos, el antecedente de un infarto agudo de miocardio reciente, trastornos graves en la conducción cardiaca, glaucoma de ángulo cerrado.

En cuanto a los IMAO, ya hemos mencionado que en México no se utilizan con mucha frecuencia por sus altos riesgos y por tanto en este apartado no abundaremos sobre sus efectos secundarios, usualmente catastróficos. Sin embargo, estos medicamentos, se utilizan como último recurso para la depresión atípica y profunda y cuando otros procedimientos no han tenido resultados, inclusive la TEC.

En cuanto a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fueron creados en un intento por disminuir los efectos colaterales o adversos que presentaban los antidepresivos tricíclicos. Los ISRS carecen del efecto bloqueante muscarínico, bloqueante de receptores histaminérgicos H₁ y bloqueante α 1 adrenérgico, los cuales son motivo de emergencia ante la sintomatología colateral en el tratamiento antidepresivo clásico. Esta selectividad por el receptor serotoninérgico tiene numerosas ventajas, incluyendo la menor toxicidad en los casos de sobredosificación. A su vez, estos fármacos demostraron utilidad

en otras patologías psiquiátricas como el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad.

Los agentes selectivos serotoninérgicos no parecen afectar el umbral convulsivo o la conducción cardíaca, favoreciendo así el uso de estos fármacos en pacientes con una historia de epilepsia o bien con una patología cardíaca. La disminución del espectro de efectos colaterales y la dosificación diaria de estos antidepresivos aumentó la adherencia de los enfermos al tratamiento antidepresivo; sin embargo, en estudios recientes se ha demostrado la progresiva y mayor frecuencia de disfunciones sexuales luego del uso de los agentes serotoninérgicos.

Los ISRS son muy selectivos para la recaptación de serotonina, con efecto mucho menor en la recaptación de noradrenalina. No tiene efectos inhibidores de los receptores histaminérgicos, adrenérgicos, serotoninérgicos, dopaminérgicos o colinérgicos.

Todos los ISRS se eliminan del organismo por metabolismo hepático, excretándose por vía renal un máximo de 10% de la dosis absorbida como fármaco inalterado y entre los efectos secundarios están la disfunción sexual, la ansiedad y el insomnio.

CAPÍTULO 17

La ciencia y la psicología clínica

En este capítulo revisaremos las bases científicas de la psicología clínica y los argumentos que la sustentan como una disciplina y una profesión con mérito propio, con un corpus teórico que mantiene la práctica con estándares de desempeño bien identificables, los cuales permiten distinguir entre una práctica clínica eficaz, ética y basada en los fundamentos de la ciencia y otras prácticas análogas cuestionables, existentes en los diferentes ámbitos semiprofesionales, comerciales y sociales de nuestro país. De acuerdo con Riesman (1991) “La psicología clínica es un campo científico y profesional cuyo objetivo es aumentar el conocimiento de la conducta humana y promover el funcionamiento efectivo de los individuos. Los psicólogos clínicos están implicados en la investigación y aplicación de principios y técnicas psicológicas que ayuden a las personas. Los clínicos se ocupan de la investigación, la enseñanza, el diagnóstico o evaluación, la psicoterapia, y colaboran en programas para mejorar el rendimiento y el bienestar psicológico”.

CARACTERÍSTICAS DE UNA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA CIENCIA

Una primera tarea para establecer si la práctica de un psicólogo se basa en la ciencia o no, consiste en distinguir si la práctica evalúa los resultados de la intervención de manera externa. En este sentido, la práctica clínica busca establecer indicadores de mejoría que sean más o menos objetivos y que estén basados en las características del paciente y no del psicólogo o de la teoría.

Es decir, en la práctica científica se establece una medición de base o inicial del estado del paciente, antes del tratamiento y una medición final que demuestra algún tipo de cambio significativo.

En este sentido la práctica clínica está llena de retos, por ejemplo, es muy difícil evaluar con indicadores biológicos cuantificables muchos de los trastornos psicológicos. Así, no es posible determinar los niveles de serotonina en los espacios sinápticos y no existe una correlación lineal positiva entre los niveles de antipsicóticos y el bloqueo del pensamiento (aunque sí entre los niveles séricos de ansiolíticos y los grados de sedación); por esto es importante tener indicadores de tipo conductual, que de manera indirecta den parámetros para estimar la eficacia de la intervención psicológica de manera objetiva y observable.

Piense en los siguientes ejemplos: el incremento de las horas de sueño medidas con un reloj en un paciente con quien se ha iniciado la administración de hipnóticos; la disminución de agresividad en un niño, medida a través de listas de cotejo, a quien se le ha dado psicoterapia de juego para controlar su agresividad, en el cual se marcan las frecuencias de conductas como golpear, patear y gritar; la disminución en la frecuencia del lavado de manos, según se evidencia en las anotaciones de una bitácora, indicativo de las obsesiones en cuanto a limpieza a consecuencia del tratamiento farmacológico y cognitivo conductual combinado contra el trastorno obsesivo compulsivo.

En estos ejemplos, resulta fácil advertir que la mejoría de la intervención se refleja en una disminución significativa de

la frecuencia de conductas que, a todas luces son mensurables de manera externa y objetiva. Sin embargo, en la práctica clínica, existen muchos otros aspectos que no son tan fáciles de evaluar. Por ejemplo la apreciación subjetiva del grado de depresión y de tristeza, los cuales requieren de la estimación de los sentimientos del paciente, tal como lo demandan la mayoría de las escalas clínicas existentes para valorar la depresión (Beck, Hamilton). Aunque estas mediciones no pueden considerarse tan objetivas porque en ellas interviene tanto la apreciación del paciente como la del mismo terapeuta, intentan cuantificar un estado del paciente que se pretende cambiar. En ellas, el común denominador es una referencia del sentimiento del paciente trasladado a una escala de cuatro o cinco puntos y que en apariencia, nos otorga un índice cuantitativo del grado de depresión. El espíritu científico subyace al intento de cuantificar y objetivar el grado de depresión, aunque de modo menos fiable.

A pesar de las dificultades, la práctica científica se caracteriza por la intención de tener indicadores objetivos, independientes del terapeuta o del psicólogo, los cuales permitan valorar el grado de avance o involución del paciente y nos den un criterio externo de la eficacia de la intervención.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO CIENTÍFICO-PRÁCTICO

De acuerdo con Pérez (1998) el perfil científico-práctico conviene al psicólogo tanto en el orden de la estrategia profesional como en el de los contenidos aplicados. Como estrategia, el psicólogo tiene más capacidad de adaptación ante las demandas de la clínica si cuenta con una formación basada en la capacitación práctica en escenarios reales basada en la aplicación del método científico más que en la teoría. Lo anterior es de particular importancia ya que en muchas escuelas de psicología orientadas a la clínica se antepone la teoría y la preparación en el aula por encima de la práctica clínica supervisada.

En muchos casos, los clínicos veteranos afirmarían que sólo la experiencia y el contacto con el paciente, el ensayo y error y

la constante confrontación con los síntomas y signos del paciente en escenarios reales podrán dar una formación sólida y eficiente al psicólogo.

Además, los escenarios reales son importantes para combinar, por un lado, la perspectiva subjetiva, inherente al acto clínico, la cual obliga al psicólogo a ponerse en el lugar del paciente con la finalidad de comprender su problema. Por el otro, la perspectiva objetiva con la que se trata de ver el problema y encuadrarlo en un marco teórico y con una serie de criterios preestablecidos para juzgar las patologías de la condición.

Por esto, en la práctica, también es importante estar atento del efecto autoconfirmatorio de la acción clínica la cual se refiere al efecto de Pigmalión. Es decir, por predisposiciones a priori, es común que el clínico termine encontrando lo que busca, sin comprobar con evidencia externa la veracidad del hallazgo. En psicología clínica, este riesgo es un poco más frecuente porque la mayoría de los sistemas psicoterapéuticos son autoconfirmatorios, en alguna medida, por cuanto crean su propio contexto de validación (Pérez, 1998).

Por lo anterior, el clínico, quien pretenda apegarse al método científico, debe tener una aproximación metódica hacia el paciente, lo cual le permita juzgar sus acciones con base en los resultados. Algunos autores han llamado este tipo de intervención: eficaz.

En este capítulo analizaremos las diferencias entre las prácticas científicas, en función de sus efectos y abundaremos en la diferencia entre la intervención eficaz y la eficiente.

Mientras que la eficacia alude a la comprobación de los resultados de las intervenciones clínicas de acuerdo con la objetividad que permite la metodología de investigación; la eficiencia apunta al éxito social y satisfacción del cliente. La cuestión es que no todas las psicoterapias tienen comprobada su eficacia clínica; pero casi todas tienen eficiencia social. Así, por ejemplo, la revisión de Seligman (1995) muestra que sólo unos pocos tratamientos psicológicos tienen comprobada su eficacia, al cambiar indicadores objetivos de mejoría; sin embargo, ¡satisfacen a la mayoría de sus clientes!

En este sentido, el psicólogo quien practica bajo cánones científicos debe anteponer la efectividad a la eficiencia, y la mejoría clínica medida objetivamente a la posible satisfacción de los clientes o al beneficio económico de la práctica que aunque sea popular con los clientes, no sea eficaz. A fin de cuentas muchos de quienes consultan con astrólogos, curanderos, chamanes y charlatanes refieren satisfacción con estos servicios.

En consecuencia, es indispensable en la capacitación del psicólogo clínico bases del método científico que permita establecer un índice de efectividad (en ningún caso de una profesión científica es de 100%) para poder delimitar funciones y responsabilidades del psicólogo y desde luego que le permitan con toda honestidad profesional incorporarse junto con otros integrantes del equipo de salud como el médico, el trabajador social, el psiquiatra, el neurólogo y cualquier otra persona, cuyos servicios sean necesarios para el mejoramiento global del paciente.

La práctica psicológica, entonces, deberá ajustarse a determinados estándares científicos, con la finalidad de hacer predecible el curso de los servicios necesarios y sus limitaciones.

Lo anterior es deseable si se considera que el profesional de la psicología está sometido al escrutinio público y es juzgado bajo la lupa de quienes prestan servicios profesionales en el campo de la salud. El reconocimiento público y el prestigio serán mayores cuando las prácticas profesionales se apeguen a estándares científicos, éticos y de servicio. Debemos aceptar que falta todavía un mejor reconocimiento y aceptación de estos profesionales de la salud, por ejemplo, en México son pocas las compañías de seguros que cubren la psicoterapia y las enfermedades mentales, quizás porque estas empresas no vislumbran terapias psicológicas con adecuados niveles de efectividad.

PERICIA CLÍNICA

El pensamiento científico también se asocia con la pericia clínica desarrollada con la experiencia profesional, la formación sólida y ecléctica y la reflexión continua sobre la práctica cotidiana.

La única forma certera de tener un psicólogo clínico perito en la labor clínica es a través de la experiencia con pacientes diversos; gracias a la interacción con el paciente, el clínico es capaz de transformar su propia práctica con base en el ensayo y el error: reconociendo los errores cometidos, los cuales son, de algún modo, inevitables en la práctica clínica.

Bajo la perspectiva científica, el psicólogo continuamente elabora hipótesis de trabajo que corrobora o descarta en función de la evidencia colectada, a través de las observaciones, los reportes de las pruebas psicométricas, de la información de familiares, de la historia clínica.

La ausencia de este pensamiento científico, puede hacer que una persona repita por años los mismos errores de manera consuetudinaria.

Con la experiencia clínica el psicólogo puede motivar al paciente en una relación positiva y desarrollar una alianza terapéutica de manera temprana y saludable. El experto clínico reconoce las barreras para el progreso del proceso y las aborda de una manera consistente con la teoría y la investigación, por lo anterior es muy importante mantener en la práctica clínica una reflexión continua y monitorear las habilidades adquiridas. La pericia clínica requiere de la capacidad para reflexionar con base en la experiencia de uno mismo, de los conocimientos, de las hipótesis que se realizan en el transcurso de la práctica, así como de las inferencias hechas acerca de las conductas y pensamientos del paciente, de sus reacciones emocionales y de la observación de los cambios, todos éstos, son factores necesarios de analizar para modificar la propia práctica clínica.

Integrado con la pericia en la clínica está la consciencia de nuestras propias limitaciones, así como el reconocimiento de nuestras creencias, valores, heurísticas y prejuicios, tanto cognitivos como afectivos, que pudieran afectar nuestro juicio clínico. Por ejemplo, reconocer que algunas estrategias funcionan para unos, pero no para un paciente en particular. Referir con decoro a un paciente con quien no se ha establecido rapport o solicitar la opinión de un colega ante el involucramiento afectivo

(p. ej., excesiva empatía) y pérdida consiguiente de la objetividad en un caso.

El desarrollo y mantenimiento de una adecuada experiencia clínica requiere de la incorporación continua de nuevos conocimientos y habilidades derivadas de la investigación y de las nuevas teorías; pero también de la observación clínica sistemática y disciplinada tras probar hipótesis continuamente y por último de una reflexión y retroalimentación de otras fuentes externas de uno mismo, como lo son nuestros colegas, supervisores, pacientes y otros profesionales de la salud. De hecho, la apertura ante la crítica y la búsqueda de una segunda opinión sobre nuestros casos difíciles denota una madurez profesional y una actitud clínica deseable en una profesión con una historia de conlaves y fanatismos. El psicólogo clínico debe siempre tener presente que la práctica desde una visión científica, permitirá ejercer la profesión con tiento y precaución, conscientes siempre del grado inevitable de falibilidad asociado con la ciencia y el error humano inherentes al proceso de la clínica.

A propósito de esta cuestión, Persons (1995) explica seis posibles riesgos en la formación científica del psicólogo. Por fortuna, todos sujetos de mejoría en la formación profesional.

1. Los psicólogos reciben poca capacitación en métodos sostenidos por la evidencia empírica.
2. Los psicólogos reciben, a menudo, formación extensa en teorías que no están avalados por la evidencia empírica.
3. Muchos clínicos no leen la literatura especializada sobre resultados de estudios clínicos ni se actualizan con nuevos hallazgos surgidos de la investigación.
4. Los hallazgos de investigación son difíciles de utilizar por lo clínicos, porque no saben cómo incorporarlos a la práctica cotidiana.
5. Muchos clínicos creen que todas las psicoterapias son igual de efectivas o practican un sólo tipo de terapia para una gran variedad de condiciones.

6. Los consumidores de los servicios clínicos no están suficientemente informados acerca de los beneficios reales, las limitaciones y los riesgos de la intervención psicológica.

Todo lo anterior debe ser reflexionado y transformado en una práctica clínica reflexiva y adaptativa. La evidencia empírica no muestra que éste sea el caso. Estudios comparativos sobre problemas concretos, replicados y evaluados independientemente, muestran que ciertas terapias son más eficaces que otras. Es más, de acuerdo con las revisiones de Giles (1993) y Seligman (1995), se puede hablar de ciertos trastornos con tratamientos de elección, de tratamientos como primera elección y de tratamientos de los cuales habría que informarle al cliente antes de ofrecer otro.

LA CRÍTICA DE LA PSICOLOGÍA

Si la psicología es una ciencia, entonces el estatus y conocimiento de fronteras es dinámico y cambiante de acuerdo con las validaciones que sobre las teorías resulten de los hallazgos científicos producidos por la investigación, los hallazgos clínicos derivados de la práctica clínica documentada y desde luego, de la crítica de los psicólogos mismos sobre el ejercicio profesional, la profesión y el significado social de esta ciencia.

El modelo científico-práctico requiere de la adopción de una cierta función crítica de la psicología, tanto de la psicología sobre la sociedad como de la psicología sobre sí misma. Cuestiones de este tipo fueron planteadas, a propósito de un trabajo de O'Donohue (1991), en donde criticaba el persistente modelo Boulder por cuanto no se hace cargo de la metafísica asociada tanto con la investigación como con la práctica, cuestionando los supuestos epistemológicos y ontológicos no-empíricos, los cuales funcionan de hecho en el saber y en el hacer en la psicología, enfatizando el papel del sentido común en la práctica clínica (Pérez, 1991).

Así, no es lo mismo ver los síntomas o trastornos del paciente como formas y esfuerzos de adaptación para afrontar la vida, que verlos, por ejemplo, respecto de si encajan en una categoría diagnóstica, si se adecuan con alguna técnica de la cual se dispone o por descubrir los procesos psicológicos implicados.

Es decir, ser un clínico práctico, en el fondo requiere ser un psicólogo crítico que permita contextualizar las patologías y las condiciones observadas en la práctica en un contexto social, histórico, económico y político determinado.

EL PSICÓLOGO COMO INVESTIGADOR

Una dimensión adicional por considerar en la práctica científica es el desarrollo de investigación, tanto clínica como básica, el cual permita el avance de los conocimientos en el área.

En este sentido, el psicólogo debe saber desarrollar diseños básicos de investigación; pero sobre todo, tener las bases para poder consumir de manera educada los productos de la investigación. Es decir, deberá comprender el significado de los resultados de investigación y poder incorporar los conocimientos de frontera en la práctica clínica.

La función investigadora se dirige a obtener mayores conocimientos en el área y mantenerse en constante actualización. El planteamiento inicial sobre cuál es el papel que juega la intervención psicológica en la clínica, Montgomery (2007) hace una excelente revisión de la eficacia de la psicoterapia y argumenta que las terapias cognitivo-conductuales son las más destacadas en los informes, con dos tercios de las menciones como aproximación preferida para tratar trastornos de ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, problemas de pareja, trastornos de alimentación, drogodependencias, trastornos de conducta en la infancia, control de esfínteres y en intervenciones interdisciplinarias, esquizofrenia, dolor y trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Con estudios similares en diversos ambientes, como los realizados en 2001 por la *British Psychological Society*, la *American*

Psychiatric Association y la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud, se parece confirmar tales resultados (Llobell *et al.*, 2004), siendo evidente que la llamada, por algunos, integración de movimientos en psicoterapia es en realidad un movimiento de la psicoterapia hacia la integración de técnicas conductuales.

La pluralidad de orientaciones conductuales y cognitivas se encuentran cobijadas bajo la sombra de esta articulación paradigmática en el plano estrictamente aplicativo, ya que todas las formas de aplicación clínica con cierta cercanía al quehacer conductual utilizan metodologías objetivas de obtención y manejo de datos: líneas base, registros, metas, análisis funcionales, análisis de tareas y otras herramientas sistemáticas; mismas que ayudan a fundamentar la eficacia de los tratamientos y determinar, desde una perspectiva probabilística, los niveles de acierto.

Finalmente, la función de investigación se debe complementar con la función docente. Anzola (2000) afirma que los psicólogos clínicos también ejercen funciones docentes y de investigación. La función docente implica la divulgación de los conocimientos adquiridos en el campo de la psicopatología y la psicología clínica, a través de las clases, publicaciones y presentaciones científicas, así como la organización de cursos, congresos y talleres para complementar la formación de los profesionales.

EFFECTOS ASOCIADOS CON EL TRATAMIENTO

En esta parte revisaremos dos importante efectos en la clínica, ninguno de los cuales es debido directamente al tratamiento; pero ambos con importante efecto en las consecuencias y resultados de la intervención psicológica.

El primero es el efecto placebo, muchas veces subestimado en la práctica, pese a su enorme valía como factor terapéutico, de hecho, muchas prácticas disociadas de la ciencia tienen aceptación popular sólo por los efectos de placebo. El segundo es todavía menos conocido se trata del efecto Hawthorne, el cual es el hecho de ser observado o sentirse especial y es un efecto

interesante de considerar cuando se juzga la investigación científica en relación con las intervenciones psicológicas.

Efecto placebo

Se define como placebo al medicamento o procedimiento terapéutico desprovisto de actividad farmacológica propia o de utilidad en la situación clínica para la cual se usa.

En los estudios más laxos se afirma que uno de cada tres pacientes muestra mejoría al administrarles un medicamento placebo, y en los conservadores se admite que por lo menos dos de cada diez pacientes muestran síntomas positivos. Es decir: todo medicamento tiene por sí solo 20% de efecto positivo en el paciente, independientemente de si tiene o no actividad farmacológica o de si esa actividad sea la adecuada para la situación particular del paciente.

El efecto placebo se define, entonces, como los efectos tanto objetivos en los signos como subjetivos en los síntomas que se producen en el estado de un paciente a quien se le ha aplicado.

En la psiquiatría, es muy común probar la eficacia de un medicamento, con base en los efectos contra el efecto del placebo y medir el beneficio adicional; sin embargo, en la psicología no es una práctica cotidiana contrastar los efectos de una intervención con la terapia original. Esto marca una gran diferencia en cuanto a la validez empírica de la intervención farmacológica sobre la psicológica, por esto los modelos de investigación en un futuro deberán incorporar intervenciones del tipo placebo para encontrar el efecto aditivo de tal o cual intervención psicológica. Sin embargo, lo más importante es estar pendientes del error de reconocer intervenciones, que en apariencia no tienen bases científicas, como efectivas para ciertas condiciones, cuando en realidad el efecto de aparente mejoría fue debido al efecto placebo y no como resultado de ninguno de los efectos aducidos en la terapia per se.

En general, el efecto placebo se consigue al administrar tres tipos de sustancias: las inertes como las tabletas de azúcar; los

pseudomedicamentos como los extractos de plantas, minerales o vitaminas innecesarias y algunos glóbulos homeopáticos; o bien algún medicamento activo, pero para otra condición como un antibiótico para un proceso no infeccioso.

Los expertos opinan que el efecto reside en la creencia del paciente de que está tomando algo para aliviar una condición, es decir, en la creencia o fe puesta en cierta sustancia o ritual. Aunque poco estudiada, la fe en la medicación o en la intervención tiene un efecto curativo poco apreciado.

Diversos factores condicionan el efecto placebo, por ejemplo, las características del propio placebo: forma, tamaño, color, sabor, presentación, precio, etc. El tipo de enfermedad y la relación entre el terapeuta y el paciente.

Por lo anterior el psicólogo clínico debe estar atento ante la forma de cómo se explica la toma y los posibles efectos de la medicación, el grado de confianza que el paciente le tiene al terapeuta y las influencias externas que tenga el sujeto a quien se le administra.

Efecto Hawthorne

El efecto Hawthorne se refiere a un fenómeno que ocurre cuando una persona observa en el transcurso de un proyecto de investigación a ciertos individuos, quienes por efectos de observación cambian su conducta o sus niveles de ejecución.

Otros autores han ampliado esta interpretación para referirse al efecto de atención, es decir, a los cambios que tienen los individuos simplemente por el hecho de ser observados, sentirse seleccionados o ser parte de un proyecto especial.

El nombre proviene de una fábrica de electricidad llamada *Hawthorne Works*, en las afueras de Chicago, en donde una serie de experimentos con los trabajadores fueron desarrollados entre 1924 y 1932.

Aunque se hicieron varios experimentos con estos empleados, los más conocidos fueron los efectos de la luz sobre la productividad. Los investigadores cambiaban sistemáticamente la

intensidad de iluminación y reportaban que se trabajaba bien, la producción se incrementaba por el sólo efecto de haber hecho un cambio en el ambiente luminoso; más aún cuando al hacer otro tipo de cambios, por ejemplo, nuevos uniformes o un incremento en la temperatura del aire acondicionado, también los trabajadores incrementaban la producción. Lo anterior llevó al doctor Elton Mayo, de la Universidad de Harvard y consultor del proyecto a concluir que el efecto de la observación y no la iluminación, los uniformes o la temperatura de la oficina causaban el incremento en la producción.

Desde entonces este efecto ha perseguido como un fantasma a los investigadores de las ciencias psicológicas. ¿Hasta qué punto el sólo hecho de ser seleccionado para un estudio hace que un paciente mejore?; ¿la atención adicional en un paciente quien está siendo objeto de un estudio, tendrá algún efecto en el resultado de la terapia?

Tal como el efecto placebo, el efecto positivo y significativo en el paciente no tiene una relación causal en la base teórica o intencional de la intervención y por tanto es un efecto paralelo adicional.

Desde el punto de vista de la investigación, el término técnico del efecto Hawthorne es el de ser una “variable confundida”, es decir, es una variable que adicionada con el tratamiento aporta efectos no bien cuantificables en el resultado y exige tener precaución con cualquier tipo de investigación en psicoterapia, porque el sólo hecho de realizar un estudio pudiera estar causando resultados positivos en la intervención psicológica (Wikipedia, 2007).

ESTUDIOS DOBLE CIEGO

El nivel o grado de evidencia clínica es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que ayuda a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con los resultados obtenidos de una estrategia

terapéutica. La mejor y más fiable forma de investigación de los efectos del tratamiento en la clínica es el estudio doble ciego controlado con placebo (Bartman, 2007). Desafortunadamente este tipo de diseños son difíciles de hacer con intervenciones psicológicas y se requiere un permiso, por ley, antes de aprobar cualquier tipo de intervención farmacológica.

Un tratamiento prueba ser efectivo después de pasar pruebas experimentales y estudios de campo suficientemente grandes o a través de un Ensayo Clínico Controlado (ECC). Por estudio ciego se entiende el desconocimiento de la intervención asignada a los grupos en estudio, ya sea por parte de uno, varios o de todos quienes participan en este tipo de ensayos (sujetos participantes, investigadores, responsables de evaluar efectos y quienes analizan los datos).

Si bien el término ciego es comprendido y utilizado ampliamente, existen discrepancias en cuanto al significado en distintos textos, en diccionarios epidemiológicos y en los mismos ensayos clínicos. Hay también una amplia interpretación de los términos “ciego simple”, “doble” y “triple” por parte de investigadores, revisores de artículos en revistas biomédicas y en textos de consulta.

Los estudios doble ciego se llaman así porque ninguno de los participantes clave: el paciente o el terapeuta, sabe qué es lo que realmente se le está administrando. Una mitad del grupo de personas recibe la sustancia activa o el tratamiento intencionado y la otra mitad recibe un placebo diseñado para emular lo más posible la parte real. Es decir, las personas en ambos grupos no saben si están recibiendo el tratamiento real o placebo. Además, los investigadores quienes administran el placebo y el tratamiento real tampoco saben qué grupo recibe cuál tratamiento.

El propósito de este tipo de estudio es eliminar el poder de la sugestión y del efecto placebo. Sin embargo, si las personas en el grupo de tratamiento real responden significativamente mejor que quienes están en el grupo placebo, es un fuerte indicio de que el tratamiento realmente funciona.

Aun cuando el ciego se asocia comúnmente con un ECC, su uso no es exclusivo de este tipo de diseños de investigación. Es así como estudios transversales de diagnóstico, estudios de cohorte, de casos y controles y observacionales con objetivos de evaluación diagnóstica o de intervenciones no farmacológicas, pueden también utilizar el ciego en las diferentes etapas de su proceso.

El principal beneficio del ciego es reducir el riesgo de ocurrencia de sesgos de información que pueden surgir bajo la influencia física o psicológica del conocimiento de las intervenciones asignadas entre los participantes de un ECC. Esta última parte es importante porque previene acerca de que, sin querer, los investigadores sesguen resultados al predisponer de manera inconsciente a los pacientes de uno u otro grupo; está demostrado que en aquellos ECC no ciegos, se tiende a sobrestimar el efecto final de las intervenciones evaluadas y por lo tanto de los resultados. Por otra parte, este tipo de diseño mejora la adherencia de los pacientes a las intervenciones asignadas y aumenta la permanencia de éstos en el estudio, disminuyendo la deserción durante el seguimiento lo cual puede optimizar el rendimiento técnico de este tipo de ensayos.

IATROGENIA

La potencialidad de hacer daño es inherente a la práctica clínica, cada acción terapéutica tiene un efecto bueno y un efecto malo. El término iatrogenia no se ha utilizado en la psicoterapia, lo cual ha demeritado su aceptación científica y seriedad en el campo de la salud, ya que cualquier tratamiento no sólo tiene el potencial de ser ineficaz sino de ser también nocivo o dañino para el paciente. Esto es cierto en la intervención psicológica.

El término proviene del griego iatrós: médico, y geneá: origen, para designar el daño causado por una acción terapéutica.

Aunque las enfermedades iatrogénicas son posibles, lo iatrogénico más frecuente se relaciona con una evolución desfavorable que no hubiera tenido lugar sin la acción médica. La acción

iatrógena puede generar síntomas, alargar la evolución, generar complicaciones y hasta la misma muerte.

Pueden ser iatrógenos: la mirada, el silencio, la palabra, las manos, la mala interpretación de los resultados de las pruebas psicológicas, los juicios temerarios en la clínica y muchas recomendaciones del terapeuta. La iatrogenia puede incrementar la profundidad y la intensidad de los sentimientos negativos y hacer que el paciente pierda la confianza en el tratamiento.

Albujar (2004) identificó algunos factores potencialmente iatrogénicos basados en la comunicación con el paciente:

- a) Palabras y gestos directamente traumatizantes para el paciente, al debilitar su seguridad, provocar sentimientos de humillación o ridiculización, estimular su hipocondría, atentar contra su autoestima o crear (o aumentar) su desconfianza.
- b) Frases con las cuales se niega la existencia de una enfermedad que encierra una injusticia valorativa del paciente, quien puede sentirse acusado de simulador.
- c) Formas de comunicación en las que el médico oculta su búsqueda de satisfacción personal siguiendo impulsos de la libido o agresivos, los cuales constituyen un verdadero atentado contra el sentido de servicio de la terapéutica.
- d) Hacer confidencias acerca de problemas o situaciones, propios o de otras personas, mediante los cuales se intenta equivocadamente facilitar la comprensión al paciente de los suyos; pero que suelen afectar negativamente al incidir sobre los sentimientos de inferioridad. Constituyen, como los del siguiente apartado, un defecto de técnica.
- e) Exceso en la exposición de razonamientos lógicos que, o se aplican en lo irracional, carente de lógica, o son inaccesibles para el paciente desde su situación o debido a sus aptitudes.
- f) Palabras y expresiones con matices mágicos que surgen del propio narcisismo.
- g) Formulación de toda clase de consejos que vayan más allá de los límites de lo terapéutico. Si no son seguidos por el

paciente pueden movilizar sentimientos de culpa; si se siguen y no son útiles, pueden disminuir la autoridad del médico; y si son seguidos resuelven algo, puede aumentar la dependencia.

- h) Hacer proselitismo sobre ideas ajenas a la salud, que en el médico pueden significar la expresión de impulsos personales, esto puede ser experimentado por el enfermo como un intento de servirse de él como medio.
- i) Cualquier expresión que pueda significar autoritarismo, tanto que puede aumentar la dependencia hasta convertirla en subordinación; y puede afectar la necesaria autoridad y disminuirla.
- j) Cualquier manifestación de inseguridad que fácilmente puede incrementar la angustia del paciente.
- k) Si bien la sugestión (como la persuasión) son formas de psicoterapia menor; la utilización de ésta por parte del médico que sobrepase sus propias limitaciones para manejar la situación creada puede ser nociva para el enfermo.
- l) Tranquilizar antes de conocer cómo y qué hay que tranquilizar. Hacerlo antes de tener la suficiente información puede ser una forma de ocultar problemas y de tranquilizarse a sí mismo el médico.
- m) Diagnósticos precipitados no confirmados lo suficiente pueden quedar fijados en el paciente y puede ser muy difícil rectificarlos después. Igualmente pueden ser nocivos los diagnósticos y pronósticos que por su formulación resulten destructivos.
- n) Los tecnicismos, que si bien son precisos en el lenguaje científico, tienen excesivos matices en el llamado lenguaje coloquial y suelen desorientar al paciente.

Las formas de daño iatrogénico son variadas en su eventualidad y circunstancias. Según Pérez (1993) la iatrogenia se puede clasificar en dos tipos: positiva y negativa. En la iatrogenia positiva las alteraciones producidas en el estado del paciente son

inocuas. En la iatrogenia negativa el estado del paciente sufre algún daño por la acción médica. La iatrogenia negativa puede ser necesaria o innecesaria.

En la iatrogenia negativa necesaria el médico tiene pleno conocimiento del riesgo de daño, es un riesgo esperado, el cual no produce sorpresa y el médico lo reconoce como un riesgo propio de sus acciones a favor del paciente. En su decisión se ha ponderado el cociente beneficio-daño, es decir, el riesgo de producir un daño para alcanzar un resultado conveniente para el paciente.

En la iatrogenia negativa innecesaria la intervención ha producido un daño que no tenía porque ocurrir, es consecuencia de ignorancia y es éticamente inadmisibile.

Dentro de la iatrogenia negativa innecesaria se incluye la mala práctica (*mal praxis*), es el daño por conducta negligente. En EUA la mala práctica es la actividad profesional realizada por debajo de los estándares de la buena práctica profesional exigida por la comunidad. El *Institute of Medicine* de EUA publicó en 2000 un texto llamado *Errar es humano: construyendo un Sistema de Salud más seguro*, en el cual se estimó la cantidad de 98 mil muertes anuales por errores médicos, superando las muertes por accidentes de tránsito (43 mil 458), cáncer de mama (42 mil 297) e infecciones por VIH (15 mil 516). Se estima que más de 13% de los ingresos en un hospital se deben al resultado de efectos adversos del diagnóstico o el tratamiento y que casi 70% de las complicaciones iatrogénicas son prevenibles (Lifshitz, 2006).

En la negligencia hay incumplimiento de elementales principios o normas de la profesión, esto es, aun sabiendo lo que se debe hacer no se hace o a la inversa, sabiendo lo que no se debe hacer, se hace. Negligencia es lo contrario del deber, es dejar de hacer o hacer a destiempo. La *mala praxis* o mala práctica es el daño ocasionado por el médico debido a la ignorancia, la impericia o la negligencia.

La impericia es la falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad. Existe ineptitud para el correcto

desempeño de la profesión; y la imprudencia es la omisión del cuidado o diligencia exigible en un profesional. Quien comete imprudencia no mide ni precave las posibles consecuencias de su acción y se expone irreflexivamente a causar un daño y realiza un acto terapéutico con ligereza sin tomar las debidas precauciones.

El psicólogo clínico nunca debe olvidar que el error es un acompañante ineludible de la práctica profesional, se da aún entre profesionales responsables y altamente calificados, por lo cual la prevención y tratamiento son necesarios para una práctica consciente en el esfuerzo de disminuir errores.

Para disminuir la iatrogenia es importante trabajar en equipo, aceptar la crítica y supervisión de los colegas y realizar una reflexión constante sobre las acciones clínicas.

Para reducir la iatrogenia es recomendable sistematizar o protocolizar los procedimientos, para prevenir las contingencias y minimizar los riesgos. La sistematización de procesos en los cuales se consideran los riesgos latentes ha dado muy buenos resultados para las compañías de aviación y en medicina, por esta razón puede aplicarse también en la psicología.

Trastornos psicosomáticos

Si bien es cierto que muchos de los cuadros médicos de origen psicológico tradicionales, como la histeria clásica descrita por Freud, son cada vez más raros en las sociedades occidentales con mejores niveles de educación y de información; muchos de los padecimientos que sufren las personas a lo largo de su vida tienen un origen esencialmente psicológico, aunque sus manifestaciones sean a través de signos y síntomas físicos.

Indiscutiblemente, muchos de los padecimientos y trastornos que sufren los individuos son de carácter psicosomáticos, de aquí su atención en el presente capítulo.

Sin duda alguna, el poderoso efecto del placebo que explica mejoría en casi un tercio de los padecimientos y los beneficios reportados de muchos enfoques no tradicionales de medicina alterna, naturista, homeopática, oriental como el yoga, la meditación y la acupuntura; así como los meritos de otros muchos enfoques curativos heterodoxos resaltan la prevalencia y la importancia de enfermedades de origen psicológico, o de los trastornos psicosomáticos, como se nombrarán en este capítulo.

Los trastornos psicosomáticos son todos aquellos padecimientos que se manifiestan por disfunciones de órganos y funciones corporales, pero cuya etiología es esencialmente un evento

psicológico. Es decir, son enfermedades causadas por la manifestación de datos físicos que substituyen sufrimiento y padecimiento psicológico y que –en la teoría psicodinámica– estos dolores y molestias son menos graves y dolorosos que la confrontación última del evento psicológico causal. En otras palabras, los síntomas físicos resultan mecanismos de defensa psicológica, algunas veces maladaptativos.

Los trastornos psicósomáticos se han planteado también como equivalente a los actuales trastornos somatomorfos que se caracterizan por la presencia de factores psicológicos y síntomas físicos pero no hay una enfermedad médica que explique completamente la presencia de los síntomas físicos

MODELO PSICOSOMÁTICO

De acuerdo Weiner y Fawzy (1989), en los ámbitos clínicos se pueden distinguir claramente tres modelos de aproximación al paciente.

En primer lugar, el modelo biomédico que es el más antiguo y venerado en la medicina occidental. Este modelo es materialista y mecanicista y vislumbra al hombre de algún modo como una máquina, un objeto físico rodeado por un ambiente físico, y en este sentido la enfermedad es una entidad que invade o altera el organismo y afecta de algún modo aspectos físicos o químicos de su funcionamiento. Este modelo se enfoca en las causas bioquímicas, inmunológicas, fisiológicas, estructurales y genéticas de la enfermedad.

En esta visión, la enfermedad se define en términos de ausencia de la misma y se basan en la biología y el entendimiento de la intersección de agentes patógenos o influencias mórbidas genéticas y ambientales en el funcionamiento del cuerpo.

En segundo lugar está el modelo psicológico que aduce que todas las enfermedades tienen consecuencias psicológicas, o bien que en algunos casos, son factores psicológicos los que producen o causan la enfermedad.

A diferencia del modelo médico, en éste se aduce a la importancia de factores mentales a las ideas a las preocupaciones y a los pensamientos como causas proximales de la enfermedad.

En el enfoque psicológico, debe reconocerse la aportación de Sigmund Freud, quién educó al establecimiento médico sobre la importancia de conocer la historia, sintomatología, visión del entorno y significado de los eventos circundantes en los pacientes, con la finalidad de comprender cabalmente el grado de severidad y las causas de una enfermedad.

Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, directa o indirectamente, en todos los trastornos y enfermedades. Sin embargo, existen trastornos en que las variables psicológicas se consideran causales de la enfermedad como en algunos casos de hipertensión, dolor crónico, gripe, alergias, cáncer y asma, por mencionar algunos padecimientos.

El tercer modelo, el psicosomático, pretende vincular los modelos psicológicos y biomédico y explora el papel de variables psicológicas como la personalidad, los patrones cognitivos y conductuales y el papel de valores, influencias ambientales y emociones en la génesis, desarrollo y etiología de enfermedades.

Este modelo argumenta que la dualidad mente-cuerpo es indisoluble y no se puede entender una sin la otra y propone la incorporación de variables psicológicas y culturales que permitan entender en forma mucho más amplia las patologías físicas y mentales.

En suma, la contribución del modelo psicosomático recalca algunos aspectos importantes a considerar en la clínica, por ejemplo, todas las enfermedades están determinadas por factores múltiples; las características de la enfermedad y su curso están predeterminados tanto por la persona como por su relación con el medio ambiente físico y social así como por los significados, pensamientos, actitudes y aspiraciones que la persona tiene con respecto al evento patológico.

Los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales, propios de cada persona, de acuerdo a su historia de vida personal y al ambiente sociocultural en que se ha desarrollado,

influyen de manera decisiva tanto en el proceso de enfermarse como en la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud.

ESTRÉS Y ENFERMEDAD

En virtud de que es muy común escuchar que el estrés causa enfermedades y que las presiones, la preocupación y la angustia son dañinas para la salud; resulta importante desde la perspectiva psicosomática revisar la evidencia que argumenta que el estrés está asociado a ciertas enfermedades.

Para empezar, resulta claro que algunos de los medicamentos más prescritos por los sistemas de salud públicos y privados del país, son medicamentos antiestrés, es decir, ansiolíticos del tipo clonazepam, arprazolán y diazepam.

En general, muchos psicólogos y médicos aceptan que las personas cuyas vidas están bajo presión, estrés y preocupaciones, tienen más probabilidades de manifestar enfermedades físicas o mentales y existe amplia evidencia para conectar el estrés a enfermedades específicas.

Los avances de las neurociencias han ayudado a entender la relación entre el estrés y la enfermedad, a pesar de que hasta ahora, no existe una definición que satisfaga a todos acerca de lo que es el estrés.

Por ejemplo, algunas definiciones de estrés son muy amplias y otras exigen delimitar las reacciones psicológicas o fisiológicas necesarias para establecer los niveles del mismo.

Históricamente, uno de los autores más significativos respecto a lo anterior fue Walter Cannon, quien en 1930 condujo los primeros experimentos para dilucidar los efectos del estrés en el cuerpo, sin embargo y por el zigeist de la época, su concepto de estrés era más parecido al de la física y sus experimentos que se basaban en la aplicación de estímulos dolorosos a animales.

Sin embargo, esta idea particular hizo que otro de los grandes autores de este tema Hans Selye, extendiera nuestro entendimiento del estrés a una preparación tanto física como psicológica, que

implicaba una reacción corporal para la huida o el ataque; es decir que vinculaba eventos psicológicos a eventos fisiológicos con la finalidad de promover la supervivencia del individuo.

De hecho, esta evidencia temprana demostraba que el organismo presenta una respuesta fisiológica al estrés, experimentando secreciones hormonales propias de situaciones de peligro o amenaza. Por ejemplo, hay taquicardia, se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos y el flujo sanguíneo se redistribuye hacia músculos, cerebro y corazón; aumenta la capacidad respiratoria, hay midriasis, aumenta el número de linfocitos, etc. En suma, la situación de estrés produce una reacción psicosomática que se caracteriza por la presencia de un estado de tensión excesiva, en el que se mezclan un cansancio físico y psíquico, por lo que no es de extrañar que el consenso de la mayoría de las investigaciones a este respecto, concluyan que las personas sometidas a cantidades crecientes de estrés resultan cada vez más susceptibles de padecer enfermedades físicas y de sufrir trastornos físicos y mentales.

Holmes y Rahe (1967) propusieron la escala de reajuste social que valoraba la devastación de los estresores de la vida del más devastador a los menos, en este orden:

Muerte del cónyuge, Divorcio, Separación, Encarcelamiento, Muerte de un familiar próximo, Enfermedad grave o lesiones, Matrimonio, Pérdida de empleo y Jubilación.

El psicólogo clínico debe tomar en cuenta esta escala para valorar los asesores del paciente y así poder juzgar las reacciones de ajuste y adaptación a estos.

En casos extremos, un estrés demasiado prologado puede provocar el llamado colapso nervioso, en el cual las personas no son capaces de afrontar ni siquiera los problemas cotidianos más elementales.

Este evento es común en la práctica clínica y su manejo requiere por lo general, de sedación y reposo.

En casos extremos, el estrés prolongado e intenso puede, aumentar la presión sanguínea y el riesgo de sufrir un ataque cardíaco y algunas personas que padecen asma ven agravado su

padecimiento durante los periodos en que sufren problemas emocionales.

De igual modo, un estrés prolongado puede debilitar el sistema inmunológico. Los afectados resultan más propensos a sufrir infecciones menores, tales como resfriados y se ha demostrado que el estrés causa, o agrava, muchas enfermedades del aparato digestivo, incluyendo las gastritis, úlceras gástricas, síndrome de colon irritable y colitis.

Para fines prácticos, en este capítulo hemos seleccionado cuatro de los más importantes trastornos psicossomáticos: la úlcera péptica y gastritis, los principales padecimientos gastrointestinales; el infarto al miocardio, la migraña y el asma bronquial. A continuación se explican cada uno de ellos.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

Úlcera péptica

Muchos padecimientos gastrointestinales o por lo menos muchos de los síntomas de padecimientos gastrointestinales son consecuentes a eventos psicológicos. Por ejemplo, todos hemos escuchado de personas que refieren indigestión, reflujo, dolor abdominal, diarrea o constipación consecuente con eventos estresores.

Strang (1989) argumenta que factores psicológicos son capaces de ocasionar cambios en la motilidad gastrointestinal, en la secreción y la vascularización del aparato digestivo que pueden llevar eventualmente cambios histológicos o anatómicos, pero que en la mayoría de los casos se limitan a alteraciones de la función peristáltica, de los procesos digestivos.

Las 2 condiciones más comunes en este aparato son la gastritis y su complicación, la úlcera péptica y el colon irritable.

La gastritis consiste en la irritación del endotelio del estómago y que se caracteriza por un dolor epigástrico que se exacerba con los periodos de ansiedad y con el consumo de alcohol o cigarrillos.

Por lo general, los pacientes que padecen de gastritis toman medicamentos para limitar la producción de ácido clorhídrico en

el estómago y rara vez reconocen que su enfermedad más que del estómago es de índole psicológico.

En general muchos psicólogos han descrito que la personalidad del paciente con gastritis es de tipo interna distante, es decir “que trasladan todas las emociones en lugar de externalizarlas”.

El término úlcera péptica se refiere a las heridas que por gastritis persistente, se generan tanto en la pared del estómago, como en el duodeno, la primera parte del intestino delgado.

De acuerdo a Fajardo (2002), los pacientes ulcerosos se describen como individuos hiperactivos, ambiciosos, autosuficientes, competitivos, eficaces, responsables, ejecutivos, rígidos, aparentemente muy independientes y que trabajan mucho. Otros agregan a este patrón, poca capacidad de control, sumisión, depresión e incapacidad para exteriorizar la agresividad; también otros rasgos como ansiedad, frustración, resentimiento y fatiga como factores agravantes. Se dice que poseen un patrón de personalidad pasivo-agresiva.

Las emociones negativas pueden ser tanto el disparador, como el resultado de la enfermedad y se tiene presente en todo momento que el efecto directo de los factores psicológicos, se traducen en las secreciones gástricas excesivas con sus alteraciones fisiológicas consecuentes.

Sin embargo, algunos detractores de esta perspectiva han argumentado que el estrés es una consecuencia de la enfermedad y no la causa de la misma; en virtud de que la persona al saberse enferma se preocupa, su feracidad normal consecuente cede a la vulneración del estado físico y por tanto cualquier persona con enfermedad física normalmente manifiesta ansiedad y preocupación.

Por lo anterior, el psicólogo clínico debe, en la práctica, abordar aquellos factores psicológicos que se asocian a la enfermedad gastrointestinal, además desde luego el tratamiento médico a base de bloqueadores de la liberación de ácido gástrico. Hay amplia evidencia que demuestra que el manejo psicológico, a técnicas de relajación, el cambio de estilos de vida y de dieta,

ayudan a una mejoría significativa del paciente y evitan las secuelas y complicaciones las enfermedades algunas de ellas mortales como la perforación de la úlcera y el sangrado de tubo digestivo alto.

Colon Irritable

Por otra parte, el colon irritable es la primera causa no quirúrgica de abdomen agudo y de ingreso frecuente a los servicios de urgencia. Consiste en un cuadro de dolor abdominal intenso, que semeja un cuadro de apendicitis o colecistitis debido a trastornos en la movilidad intestinal sin daño estructural y caracterizado por la presencia de diarrea dolorosa, que alterna con constipación y distensión abdominal.

Desde luego, el psicólogo clínico debe de intervenir, toda vez que otros diagnósticos diferenciales se han descartado y cuando esta condición se ha vuelto crónica. El tratamiento psicológico consiste en transmitir recursos de afrontamiento para que el paciente pueda modificar su actitud hacia la disfunción, mejorando así su calidad de vida. En su manejo también es importante la dieta ya que los episodios dolorosos se asocian a una dieta pobre en fibra y al uso de laxantes. Además, conviene promover el cambio de vida y una dieta más adecuada; ayudar a identificar las señales de alarma temprana que predicen la aparición de los cuadros más graves.

INFARTO AL MIOCARDIO

El infarto agudo al miocardio es una necrosis producida por la falta de irrigación sanguínea al tejido cardiaco, por lo general debida a una trombosis de la arteria coronaria. Poco frecuente, el infarto es causado por una embolia arterial o por espasmo coronario, como en el caso de las personas adictas a la cocaína. Esta condición es la causa de mortalidad más común en el mundo occidental y aunque muchos de los factores de riesgo son de carácter esencialmente físico, por ejemplo la hipertensión

arterial, otros son esencialmente conductuales como el sedentarismo, la obesidad y fumar, desde los inicios de 1950 se argumenta que las cardiopatías se deben principalmente a un estilo de vida aterogénico (que produce ateromas o placas).

Durante años, se han estudiado factores psicológicos que se asocian a las personas que sufren de infarto al miocardio, en particular se argumenta que el estrés excesivo, la personalidad de tipo internalizante y de tipo A, es decir orientada al logro y al perfeccionismo, son predicadores del infarto al miocardio.

La presencia de uno o más factores psicológicos afectan de un modo adverso al estado médico general y constituyen un riesgo adicional para la salud del individuo ya que precipitan o exacerbaban los síntomas de la enfermedad por lo que se ha llegado a afirmar que las causas últimas de la patología coronaria son conductuales.

Los factores contextuales también son importantes, por ejemplo, insatisfacción laboral, preocupaciones económicas, exceso de trabajo, elevados niveles de responsabilidad, infelicidad familiar, etc.

En cuanto a la personalidad, como se menciono antes, varios estudios indican que los individuos de tipo A, presentan una incidencia y una prevalencia de enfermedades cardíacas coronarias, sustancialmente superiores a los demás tipos de personalidades.

Las personas tipo A se caracterizan por una acusada necesidad de control de su entorno, que les lleva a percibir con más frecuencia estímulos amenazantes que ponen en peligro estas aspiraciones de control. Es posible que su mayor riesgo coronario se deba a la mayor probabilidad de aparición de reacciones de estrés, ya que para estas personas existe un mayor número de situaciones potencialmente estresantes y muestran niveles más altos de adrenalina y noradrenalina en sangre durante el estrés.

Estas personas muestran un excesivo impulso competitivo, impaciencia, hostilidad, esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de los objetivos autoseleccionados, por lo general pobremente definidos (por ejemplo sacar 10, ser el primero, etc.),

manifiestan un deseo persistente de reconocimiento y prestigio, se involucran en diversas actividades que exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto.

Desde el punto de vista psicológico, también es importante considerar las consecuencias del infarto en las personas que sobreviven a este.

Por ejemplo, la mayoría sufre de problemas emocionales, ansiedad, depresión, negación de la enfermedad o la excesiva percepción de ésta. Muchos de los infartados tienen dificultades en la reincorporación al trabajo, cambios en la actividad sexual, en las actividades sociales y de ocio y en otros muchos aspectos psicosociales que deben atenderse.

Los pacientes que sobreviven a un evento isquémico agudo, tienen mayor riesgo de padecer otro evento en corto plazo, y en ellos se deben aplicar estrictas medidas de prevención secundaria. Cabe resaltar, de manera preponderante, que el factor más influyente en un nuevo ataque al corazón es la tensión emocional con un 24%, el segundo factor es la actividad sexual con un 21%. En el tercer lugar es el desapego a la medicación y la actividad física, ambos con un 17%, seguido por la dieta, con un 11% y por último el fumar, con un 10% (OMS, 2002).

De lo anterior, resulta evidente que el psicólogo clínico tiene un papel relevante en la prevención del infarto al miocardio, ya que su intervención resulta fundamental para promover conductas saludables que prevengan este mal. Por ejemplo, la promoción del ejercicio físico, una dieta saludable y dejar el cigarrillo como el manejo del estrés y el afrontamiento de diversas circunstancias de la vida de manera más adaptativas.

También el psicólogo clínico tiene un papel fundamental en la rehabilitación del sobreviviente del infarto, ya que es importantísimo que la persona cambie sus hábitos de vida, disminuya sus niveles de estrés y se apegue a los esquemas de rehabilitación y medicación. Más de dos tercios de las personas que sufren un parto tendrán un infarto de repetición y altas probabilidades de morir por esta condición.

Los argumentos anteriores subrayan la importancia de tener en el equipo multidisciplinario de atención de la enfermedad isquémica coronaria a personas capaces en el área de psicología clínica, que coadyuven a la prevención, tratamiento y rehabilitación del enfermo cardiaco.

MIGRAÑA

La migraña o jaqueca se caracteriza por dolores fuertes y palpitantes que normalmente afectan a un solo lado de la cabeza de manera crónica y discapacitante. Asociados a la cefalea se presentan otros síntomas como vómitos, distorsión de la visión, vértigo e hipersensibilidad a la luz.

En la migraña clásica la cefalea es precedida por un aura en la cual la persona ve luces intermitentes, formas y colores distorsionados y otras ilusiones ópticas.

Navarro (2006) refiere que la migraña tiene explicaciones neurológicas, hormonales y está asociada con trastornos emocionales y factores psicosociales como la ansiedad o depresión.

Algunos eventos de la vida como divorcios, muerte de un familiar, desempleo, cambio de lugar de vivienda, etc.; producen mayor estrés y consecuentemente mayor predisposición a sufrir dolores de cabeza. Por lo que el apoyo en los factores psicosociales es esencial para el manejo del dolor crónico de la migraña.

Los factores psicológicos tienen un papel importante, tanto en las migrañas como en las cefaleas tensionales ya que el dolor de cabeza tiene un componente anímico importante.

En la migraña, el estrés puede actuar desencadenando, manteniendo o aumentando la cefalea.

En este sentido, el psicólogo clínico puede manejar la jaqueca ya que ayuda al paciente a disminuir el estrés, a afrontar su condición y a desarrollar mecanismos adaptativos ante estas situaciones.

La persona que sufre de migraña, suele ser una persona obsesiva, estricta, ordenada, trabajadora, preocupada por el éxito y

con un gran sentimiento del deber. Por ello, muchos tratamientos van dirigidos a enseñar a reconocer las situaciones de la vida que le producen ansiedad y ayudarlo a enfrentarse a ellas y a darse permiso para disfrutar la vida evadiendo preocupaciones y sentimientos exacerbados del deber. Se sabe que el estrés produce cambios en la secreción de adrenalina, lo que desencadenaría cambios en las arterias cerebrales responsables del dolor.

Desde luego, el psicólogo clínico debe estar pendiente de la cefalea y que ésta en algunas ocasiones puede ser un síntoma de distintas enfermedades psiquiátricas. La depresión se manifiesta en muchas ocasiones como cefalea, hasta un 50% de los pacientes que consultan por depresión presenta cefalea; esto no es de extrañar ya que cefalea y depresión comparten mecanismos bioquímicos y los fármacos antidepressivos se utilizan para el tratamiento de ambos procesos.

El componente psicológico también tiene gran importancia en la génesis de las cefaleas tensionales ya que la ansiedad persistente provoca una contractura de la musculatura cervical y craneal sostenida, contribuyendo al desarrollo de la cefalea por compresión de los nervios del cuero cabelludo.

Es en este tipo de cefaleas, cuando se demuestra actividad de contractura muscular, donde las técnicas de relajación y de *biofeedback* tienen mayor utilidad.

A pesar de los avances que se han producido en los últimos años en torno a los mecanismos que las producen, aún quedan muchos puntos por aclarar y desafortunadamente, habrá que reconocer, que la migraña es una enfermedad que aunque no es mortal, es de muy difícil tratamiento y tanto las aproximaciones farmacológicas como psicológicas, encuentran bajos niveles de éxito en términos de curación, aún en términos de prevención de recaídas y de frecuencia de las mismas.

Además de los factores psicológicos para que se produzca la migraña, intervienen las propias neuronas, los vasos sanguíneos y diversos mediadores químicos. Los dolores de cabeza serían la consecuencia de la interacción entre una vulnerabilidad genética y el entorno.

ASMA BRONQUIAL

Aunque existe un conocimiento bastante amplio de los diferentes cambios fisiopatológicos en el asma bronquial, su origen no está claro. Se ha demostrado la mediación de diferentes grupos de factores desencadenantes además de las alergias, las infecciones, factores bioquímicos, así como factores psicosociales, como mecanismos de inicio de las crisis asmáticas.

De acuerdo a Knaap (1987), las observaciones de los aspectos psicológicos respecto al asma bronquial son tan lejanas como a los tiempos de Hipócrates, quien aparentemente aconsejaba que el asmático debería “tener cautela al hacer corajes”.

Un buen número de clínicos a través de los siglos han procedido de incidencia anecdótica acerca del papel de las emociones en la precipitación de los cuadros de asma bronquial.

Existe en la literatura aparente consenso en cuanto a que el asma bronquial puede ser afectada por factores emocionales sentimentales.

Rakerman y Edwards (1971) afirmaban que los factores psicológicos jugaban un papel importante en cada cuadro de asma, aunque añadían que estos factores son primarios en algunos pacientes y en otros simplemente son detonantes de los cuadros de sibilancia.

De hecho, hoy en día en los escenarios clínicos, el asma bronquial no puede ser vista como el resultado de una respuesta adrenérgica a la exposición de antígenos. Aunque este modelo persiste, debe de ubicarse al paciente en un ambiente psicosocial más extendido que nos permita comprender a aquellos factores detonantes tanto físicos como psicológicos que exacerban o mitigan el curso de la enfermedad.

Mucho más allá de lo inmediato, existe poca investigación en México que nos permita entender el porqué muchos niños con enfermedades asmáticas también son sujetos de tensión psicológica, así como de la correlación entre el asma bronquial y los trastornos psicológicos.

¿Cuáles son las variables psicológicas específicas y cómo se implican en el control, frecuencia y severidad de las crisis asmáticas?, estos son aspectos insuficientemente estudiados y demostrados en la literatura, básicamente porque los mecanismos psicológicos son difíciles de medir, además, suelen ser específicos e individuales a partir de su sistema de vínculos, experiencias y memorias condicionadas.

El primer intento de explicar el comportamiento de los factores psicológicos de esta enfermedad lo hicieron los seguidores de la Escuela Psicósomática Norteamericana que, partiendo del modelo psicoanalítico, comparan el ataque de asma con el ataque de llanto de un niño, que al verse frustrado o castigado, llora en exceso, hasta que se produce una dificultad respiratoria real. En ambos casos, la crisis asmática constituye una descarga de tensiones acumuladas.

Desde la perspectiva conductual, la teoría córtico-visceral, desarrollada a partir de las investigaciones de Pavlov y Bykov centra su explicación en un sistema de respuestas condicionadas, formadas a lo largo de la experiencia vital del individuo asmático, especialmente miedo, asociado a experiencias negativas o de amenaza vital en relación con la enfermedad.

Asimismo se ha demostrado que la hiperactividad bronquial puede ser también provocada por estímulos psicológicos, traducidos en el sistema nervioso central, mediante una actividad parasimpática aumentada. Por ejemplo, Faulkner, usando el broncoscopio, demostró que la inseguridad y la frustración producen espasmos y estrechamiento de la luz bronquial, en tanto que estados placenteros inducidos por sugestión, los dilatan.

MacFadden *et al.* (1969), demostraron que el 50 % de un grupo de pacientes desarrollaba una resistencia aumentada de las vías respiratorias cuando se les sugería que estaban inhalando un broncoconstrictor, mientras inhalaban solución salina (citado en Rodríguez y Rodríguez, 1996).

Este ejemplo demuestra la unidad funcional del sistema nervioso, coordina e integra la información y regulación neurovegetativa a través del hipotálamo, los mediadores hormonales y

neurotransmisores específicos que traducen los significados emocionales en pensamiento capaz de provocar respuestas fisiológicas y viceversa.

De igual forma, el sistema inmunológico del organismo puede ser afectado desde el punto de vista del comportamiento, conduciendo al aumento o disminución de la susceptibilidad a las enfermedades.

Las crisis de asma pueden resultar de la influencia de estímulos de origen social o psicológico (sugestión, reactivación de condicionamientos pasados, pensamientos, etc.) sobre el sistema nervioso parasimpático que aumenta la hiperreactividad bronquial y provoca una hiperventilación de origen psicológico, asociado a estados emocionales resultantes de la influencia de tales estímulos. La hiperventilación conduce al enfriamiento de las vías aéreas y a su sequedad, así como posiblemente a una mayor entrada de alérgenos y elementos irritantes, presentes en el aire, todo lo cual es capaz de producir broncoconstricción en sujetos asmáticos susceptibles, ésta exacerbará a su vez la hiperventilación, entonces se añade un componente fisiológico y se establece así un círculo vicioso continuo y la crisis de asma.

Rodríguez y Rodríguez (1997), reportan que los estudios e investigaciones que intentan explicar la inserción de los factores psicológicos en tres aspectos: como causa, como desencadenantes de la crisis o como pronóstico.

El aparato psicológico condiciona a la persona enferma de asma, ya que activa un sistema de miedos irracionales de base objetiva en experiencias traumáticas anteriores y dificultades reales enfrentadas con anterioridad, que van determinando los mecanismos de adaptación del individuo y lo dejan paralizado y cada vez más vulnerable. Si estos síntomas inicialmente reactivos y funcionales se estabilizan, las posibilidades del éxito de la intervención psicológica se ven reducidas.

El estudio psicológico del asmático y su intervención en la práctica clínica es importante para diagnosticar el proceso de enfrentamiento a la enfermedad y poder reeducarlo en el mejor

control y adaptación a la misma, cobra especial importancia en el estudio integral y multifactorial de la enfermedad.

El psicólogo clínico, debe centrarse en caracterizar, de manera individual las particularidades siguientes:

- Estados emocionales prevalentes y la posibilidad de su adecuada expresión.
- Sistema de creencias y particularidades valorativas y cómo dirigen y regulan el comportamiento (pensamientos catastróficos).
- Función autorregulativa y autovalorativa (autoconcepto, vulnerabilidad, atribuciones, autoeficacia).
- Particularidades del proceso de enfrentamiento (recursos personales para elaborar capacidad de ajuste, prevalencia de las emociones en el afrontamiento).
- Tolerancia a la frustración.

Nuevamente, se resalta el papel del psicólogo clínico como parte del equipo multidisciplinario que puede en el campo profesional, disminuir la frecuencia y gravedad de las crisis asmáticas, acelerar el proceso de recuperación y evitar traumas, estigmas y limitaciones consecuentes al padecimiento de este mal.

En resumen, los trastornos somáticos son entidades frecuentes en la práctica clínica y es muy importante que el psicólogo clínico distinga estos padecimientos para poder intervenir de manera eficaz tanto en la prevención como en la curación y rehabilitación de estas condiciones. Queda claro, que no debe atribuirse de primera mano a causas psicológicas algunos síntomas o signos, sino hasta descartar que éstos no tienen una causa física o médica. Es verdad, que los signos y síntomas de origen psicológico responden pobremente los tratamientos médicos o quirúrgicos. Sin embargo, y en esta misma lógica, si los síntomas son de carácter físico y existe una enfermedad o causa médica, la intervención psicológica, en ausencia de la apropiada intervención médica, no solamente es peligrosa para el paciente, sino

puede llevar a consecuencias éticas, profesionales y legales desastrosas para el clínico.

Por lo anterior, y en resumen, la anamnesis y las habilidades de exploración, diagnóstico e intervención clínicas, son fundamentales para distinguir los trastornos psicosomáticos de los médicos y la colaboración de un equipo multidisciplinario que aborde y descarte estas condiciones es de particular importancia.

Finalmente, cabe señalar que algunos trastornos psicosomáticos conviven y coexisten con trastornos médicos de carácter físico por lo que éstos no son mutuamente excluyentes. En estos casos, los tratamientos médicos y psicológicos combinados son deseables y se ven como sinérgicos para la curación, mejoría y rehabilitación del paciente.

Reto del caso frontera

El reto de la clínica se encuentra en discernir, en ciertos casos de duda, quién está enfermo y quien está sano; en delimitar el umbral entre lo normal y lo patológico, entre lo adaptativo y lo maladaptativo. Por lo anterior, este apartado, se discuten conceptual y prácticamente algunas de las implicaciones de confrontar al caso **frontera** o llamado también **limítrofe** o **límite**.

Para ningún clínico, aún para aquellos con falta de pericia o experiencia, será un reto diagnosticar casos extremos; por ejemplo, una persona con evidentes signos de trastorno obsesivo compulsivo, o bien a un enfermo crónico con esquizofrenia paranoide en fase de psicosis, pero en otros muchos casos, se necesitará de evidencia, pericia y talento para lograr discernir un diagnóstico clínico. Por lo anterior, en este capítulo se reflexiona acerca de algunos de los retos en el diagnóstico de los casos más difíciles y controvertidos en la práctica clínica, los casos frontera.

Un buen número de entidades en la clínica psicopatológica son consideradas o etiquetadas como frontera. Eso es quizás análogo a otros usos de esta palabra dentro del modelo médico, con referencia a entidades en las cuales no se clarifican de forma temprana, o no se documentan ampliamente los criterios de

enfermedad; pero que al mismo tiempo no se cumplen todos los criterios de normalidad.

Un caso altamente ilustrativo es el de hipertensión frontera en medicina. La presión normal, estadísticamente en el adulto es de 120/80 mmhg; cuando la cifra inferior, la presión diastólica es mayor de 90 el diagnóstico hipertensión se establece. Si el paciente tiene una presión de 120/90 éste se encuentra en el límite entre las cifras normales y las costeras patológicas y entonces ¿qué se debe de hacer?

En el campo de la salud mental, el término frontera se utiliza para un número diverso de entidades tales como: inteligencia frontera, trastorno frontera de la personalidad y trastorno frontera de la esquizofrenia. En general, el término frontera se utiliza entre los clínicos para referirse a los casos en donde no es posible establecer claramente una entidad patológica, pero al mismo tiempo el paciente se encuentra en un estado de disfunción o maladaptación y por tanto no se le considera normal.

En suma, el término frontera es ambiguo y se utiliza generalmente para connotar a un número de casos pobremente definidos en la clínica psiquiátrica y psicológica.

TRASTORNO FRONTERA DE LA PERSONALIDAD

Para ilustrar las complejidades en la aproximación del caso frontera, en esta sección se discutirá sobre el trastorno frontera de la personalidad, por mucho la entidad clínica más discutida en la literatura y cuya etiqueta es a veces abusada, cuando no existe suficiente evidencia para otro tipo de diagnóstico, es decir en muchos casos las etiquetas de caso frontera son el último recurso del clínico para clasificar una entidad mórbida, pero que no encaja en ningún otro modelo de diagnóstico.

El trastorno frontera de la personalidad es una condición común con una mortalidad que se aproxima al 1% de la población general, cifra muy cercana a la esquizofrenia y al trastorno extendido el desarrollo, por ejemplo.

Este trastorno se manifiesta por una variedad de síntomas que se asocian como la funcionalidad disminuida en áreas sociales, laborales, y personales.

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. De acuerdo al DSM-IV-TM; los siguientes criterios permiten identificar a quien padece este trastorno:

1. Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes y muestran intolerancia a estar solos.
2. Presentan un patrón de relaciones inestables e intensas, idealizan a sus parejas y son posesivos; pero son sobredemandantes y esperan extrema correspondencia. Son propensos a cambios súbitos de opinión sobre los demás.
3. Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo que conllevan a cambios bruscos y dramáticos de la misma, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades.
4. Demuestran impulsividad en dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos, por ejemplo, apostar, gastar dinero, jugar arrancones, manejar ebrios y tener sexo poco seguro.
5. Presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación o deformación, tatuaje, piercing etc. Estas conductas auto-destructivas suelen estar precipitados por los temores a la

separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad.

6. Pueden presentar una inestabilidad afectiva como disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad.
7. Tienen sentimientos crónicos de vacío y se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer.
8. Con frecuencia tienen dificultades para controlar la ira, muestran sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales.
9. En casos extremos pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos de corta duración y pronta remisión de los síntomas.
10. Muestran un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de lograr un objetivo, baja autoestima y autoeficacia y con frecuencia abandonan los estudios después de buenos progresos escolares, destruyen una relación conveniente o abandonan la terapia en los momentos de *insight*.

Resulta evidente después de leer los criterios anteriores, que es muy difícil clasificar a un paciente con esta categoría diagnóstica cuando presenta de manera inconsistente algunos de los criterios antes referidos; todos conocemos a personas que presentan de manera esporádica o persistente algunos de los criterios y sin embargo son personas funcionales que mantiene relaciones interpersonales significativas y un estatus laboral reconocido.

¿Cómo saber si la persona se encuentra en la frontera de la salud mental?

El reto del clínico, reside en interpretar la variedad de manifestaciones diversas que trascienden el afecto, la percepción, la autoimagen y que sobre todo, conducen a conductas maladaptativas y destructivas.

Lo paradójico, es que pese la dificultad clínica de identificar este trastorno, toda vez que éste se sospecha existen mecanismos para corroborar la presencia del diagnóstico, por ejemplo

los estudios de negro imágenes que demuestran disfunciones metabólicas y atrofiaciones en varias partes del cerebro, en particular en el hipocampo, amígdala anterior y las regiones prefrontales (Gregory, 2008).

Esas regiones afectadas controlan funciones diversas como la memoria emocional, las atribuciones los procesos de toma de decisión y desde luego se infiere que estos daños anatómico-funcionales son los que explican los trastornos de conducta evidentes en la condición.

En suma diversos estudios han apoyado la hipótesis que los pacientes con trastorno frontera de la personalidad presentan dificultades para asociar sus emociones y experiencias de la vida a procesos cognitivos coherentes y diferenciados (Fonagy, 2008).

¿CÓMO ABORDARLO?

De acuerdo a First y colaboradores (2007), los investigadores no han sido capaces de identificar una distinción cualitativa entre las características normales de la personalidad y los trastornos de la personalidad. Y aunque se ofrecen reglas específicas y explícitas para distinguir entre la presencia y ausencia de cada uno de los trastornos de la personalidad estos criterios son debate inglés y estar todavía debidamente justificados por la evidencia en el caso del trastorno de la personalidad frontera, los umbrales están consensuados.

La investigación no ha podido apoyar la existencia de fronteras cualitativamente distintas entre las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad, de hecho los estudios realizados señalan la presencia de una comorbilidad diagnóstica excesiva, que hay que dilucidar en un futuro, en suma el área de trastornos de la personalidad continúa siendo uno de los campos de más controversia y exploración en psicología clínica.

Ante la necesidad de desempeñarse profesionalmente a pesar de estas confusiones conceptuales y vacíos en nuestros conocimientos de la salud y la enfermedad mental, el psicólogo clínico

debe aducir a preguntas específicas, de orden cualitativo y con un fuerte componente subjetivo en la interpretación de la historia, desarrollo e implicaciones actuales de la condición del paciente. En todos los casos frontera, existirán retos e interpretaciones con alto grado de falibilidad. Sin embargo, preguntas graves al respecto del funcionamiento global del paciente son indispensables de contestar, si bien no de una forma categórica, con un balance suficiente que nos permita dilucidar la frontera entre la salud y la enfermedad. ¿El paciente mantiene relaciones interpersonales significativas y por periodos extendidos de tiempo?; ¿el paciente es productivo, en un trabajo o estudia y puede conservar esta actividad por un período de tiempo significativo? Y por último ¿el paciente sufre, se angustia y parece consecuente con sus pensamientos y conductas? Estas interrogantes amplias, son la clave para dilucidar el caso frontera y decidir su futuro hacia el tratamiento y el abordaje clínico o hacia la orientación y reintegración a su vida cotidiana.

Con respecto al caso frontera existen todavía muchas preguntas por resolver ahí grandes dudas y ambigüedades, la investigación clínica y neuro biológica en el futuro podrán dar más respuestas que con las que contamos hoy en día.

¿QUÉ IMPLICAN LOS CASOS FRONTERA?

La reflexión en torno al caso frontera, no pretende crear una nueva etiqueta; tampoco es un intento para establecer una entidad mórbida, la discusión simplemente pretende identificar algunos lineamientos de conducta clínica que deben adoptarse ante estos casos.

En primer lugar, los casos frontera exigen de una espera y observación de la evolución de la condición; en muchos casos la condición patológica evoluciona de manera natural y retorna hacia la normalidad y el funcionamiento; en otros retrocede y se agrava clarificando la condición patológica subyacente.

Otra consideración importante con los casos frontera son las implicaciones legales y médicas de los mismos, por ejemplo estos

pacientes quizás se deba postergar tomar decisiones, firmar contratos con implicaciones a corto, mediano y largo plazos y tomar descanso y reposo de sus actividades cotidianas.

Muchas veces, solamente el reposo logra vencer muchas situaciones de mala adaptación; ciertamente la fatiga no es una entidad patológica, pero es causa frecuente de estrés, de malas decisiones y de disfunciones sociales y de pareja; por lo que el reposo y el descanso no deben de subestimarse.

Como medidas tempranas de prevención y de intervención primaria, el *impasse* en el diagnóstico y la dilación de intervenciones más intensas, parecen ser medidas eficaces para clarificar la condición de un paciente considerado frontera.

Otro punto para reflexionar con respecto a los casos frontera, es que éstos muchas veces no se encuentran en las clínicas y hospitales, precisamente por su capacidad de funcionar social y laboralmente de manera marginal.

Los casos frontera se encuentran más frecuentemente en los círculos sociales, las escuelas y los sitios de trabajo. Por años, personas con trastornos mentales subclínicos, funcionan pasando desapercibidos para los demás. En otros casos, la ausencia de atención, precisamente en virtud de su aparente capacidad de adaptación, complica el pronóstico y hace que los costos y consecuencias de la condición sean mucho mayores. Al largo plazo, por la ausencia de tratamiento, quizá si fuera más grave, los daños y costos son mayores. En otras palabras, muchas veces la condición moderada o leve y a veces imperceptible de la condición frontera, no necesariamente se asocia a un buen pronóstico de funcionamiento de vida, a largo plazo.

Perspectivas para el futuro

Por último, sólo resta reflexionar acerca de lo que le espera en el futuro a esta profesión.

¿Cuáles serán los roles profesionales del psicólogo en la práctica clínica?; ¿qué implicaciones curriculares para la formación tendrán? Éstas y otras interrogantes serán abordadas a continuación.

DELIMITAR LA PROFESIÓN

Uno de los principales retos de la psicopatología clínica hacia el futuro, reside en delimitar la profesión del psicólogo clínico, redefiniendo sus tareas y responsabilidades, estableciendo de nuevo, y de manera clara, las habilidades profesionales requeridas para la práctica clínica, describiendo competencias profesionales claras. Más importante, resulta necesario delimitar su responsabilidad dentro de un equipo multidisciplinario de salud mental.

Pérez (1998), argumenta que dos de los retos del psicólogo clínico en el futuro, consisten en la formación de carácter científico-práctico y el establecimiento de estándares científicos. Resulta claro, que el psicólogo clínico deberá presentar competencias

para el trabajo eficiente en la clínica y demostrar su capacidad para transformar y mejorar la condición del paciente. En este sentido, el entrenamiento deberá enfatizar aspectos prácticos, incluir suficiente trabajo profesional supervisado que requiera de evaluaciones in situ, que en la práctica, deberán garantizar el egreso de psicólogos clínicos competentes, con actitudes de servicio y de trabajo en equipo que les permitan insertarse a los diversos nichos laborales.

En ese sentido, cabe cuestionarse si la práctica clínica debe de formarse desde nivel de licenciatura o bien, debe de reservarse a estudios de posgrado.

Por una parte, algunos peritos en la clínica argumentan que los jóvenes de nivel licenciatura, no tienen ni la experiencia de vida, ni la madurez suficiente para abordar muchos de los problemas de adultos mayores que confrontan vicisitudes de la vida cotidiana.

Por un lado, los defensores de la especialización temprana, desde el nivel de licenciatura, argumentan que la preparación del clínico es tan larga y tortuosa, que debe darse desde inicios tempranos; por el otro, quizás las bases necesarias prácticas, desde diversos puntos biopsicosociales y del desarrollo humano, requieren de una formación preliminar sólida y después de una especialización de posgrado.

En fin, este es un debate todavía no resuelto y que deberá abordarse tanto en las asociaciones profesionales como en las universidades del país.

Por lo anterior, el autor aboga para que la práctica clínica sea una especialización de posgrado. A nivel licenciatura, la preparación es tan amplia y poco diferenciada que la formación responde poco a las exigencias del campo clínico y el trabajo multidisciplinario necesario.

El desarrollo de madurez personal, apertura y experiencia, no dependen del currículo y por tanto, este aspecto personal del profesional, debe ser evaluado de manera individual e independiente de los contenidos curriculares y otras exigencias de formación.

En opinión del autor, también son necesarios como prerrequisitos para la profesión cierta salud mental y equilibrio psicológico para poder ejercer esta profesión ya que exige juicio crítico, apertura y empatía, aspectos que no se forman en la escuela, sino que se desarrollan con la vida misma y la reflexión propia.

ESTÁNDARES PROFESIONALES

Otro aspecto a considerar en la formación es la necesidad de establecer estándares normativos con los mínimos necesarios en relación a la atención profesional en la práctica clínica en psicología. Resulta necesario para prestigiar la profesión y devolverle el estatus social que en algún tiempo gozó, que los psicólogos se conduzcan basados en estándares mínimos profesionales.

En este sentido, hay aspectos tan nimios, como la vestimenta, las normas de presentación, higiene personal y conducta profesional en el cubículo; y tan relevantes como el dominar competencias profesionales, el manejo de diferentes paradigmas teóricos y la posesión de conocimientos clínicos elementales para el ejercicio profesional.

En México, es necesario que el trabajo colegiado en conjunto con diversas asociaciones profesionales, establezcan estándares de atención mínimos, que garanticen la calidad de la atención psicológica en los ámbitos clínicos.

En un futuro, se vislumbra la certificación del psicólogo clínico mediante la acreditación de exámenes y competencias profesionales que permitan garantizar que la profesión cumple con las demandas sociales y la responsabilidad de atender a las personas con necesidades en salud mental, como en muchas otras asociaciones profesionales en diversas áreas del saber, el refrendo periódico tanto de los conocimientos de frontera a través de cursos de actualización como la obligatoriedad de apoyo y orientación psicológica para evitar el desgaste, asociado al ejercicio de la profesión.

RETO DE LA PREVENCIÓN

La formación del psicólogo clínico en el futuro, deberá considerar también un énfasis en la prevención, no sólo de los trastornos mentales sino de los factores asociados al estrés, el sufrimiento y la angustia tan extendidos hoy en día. En esta visión, son diferentes y variados los aspectos que se deben considerar dentro del campo profesional del psicólogo clínico y quizás más allá del cubículo, la clínica o la institución escolar donde éste se desarrolle.

Por ejemplo, es importante que el psicólogo adquiera una visión familiar del caso y pueda abordar de manera efectiva la red familiar de apoyo. Muchas veces, el principal recurso del paciente.

También resulta importante que el profesional pueda ponderar los efectos de la pobreza o la desventaja socioeconómica en la condición patológica y tenga elementos de intervención que le permitan considerar el criterio de costo-beneficio como parte del proceso de intervención. La pobreza y sus problemas asociados como la desnutrición, carencia de servicios básicos, acceso limitado a los servicios educativos y de salud, que repercuten en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión. Hablar de los trastornos mentales y pobreza significa aludir a un círculo vicioso que se perpetúa ante la desesperanza e indefensión de quienes lo padecen.

En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argumentar que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, vivienda inadecuada y la desnutrición, han sido reconocidos como factores asociados con los trastornos mentales comunes.

Una tercera dimensión que el psicólogo debe considerar en la perspectiva de la prevención, es la adquisición y permanencia en un trabajo estable; ya que varios investigadores han demostrado que la vida productiva, se asocia a mejores niveles de salud mental. Las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Dooley *et al.*, 1994).

Un cuarto aspecto a considerar en la perspectiva de prevención es el papel de educador del psicólogo y su importante contribución al entendimiento social de los trastornos mentales, a la disminución de los estigmas asociados a éstos y al aumento de la cultura de acudir a atención psicológica en fases tempranas del padecimiento o cuando las condiciones de vulnerabilidad lo requieran.

Por último, es importante que la formación del psicólogo clínico incluyan contenidos específicos que subrayen la importancia de atender a poblaciones de alto riesgo, como son los niños de familias donde hay violencia y abuso; personas seropositivas o que tienen algún tipo de enfermedad física.

Las mujeres trabajadoras y madres solteras que viven en condiciones de pobreza y maltrato y en general todas aquellas minorías que requieren de servicios psicológicos para afrontar las desventajas sociales. En particular, es importante otorgar servicios especializados a las personas que padecen alguna discapacidad, ya que por razones físicas, psicológicas y sociales requieren de mayor apoyo para interactuar con su medio y desarrollar sus potencialidades.

Finalmente, cabe señalar a las poblaciones cuyo estilo de vida es altamente riesgoso, por ejemplo las personas que viven en la calle en situación menesterosa, los menores infractores y las personas con discapacidad que requieren de mayor atención para mejorar los niveles de salud mental poblacional.

Sila población en riesgo no es atendida adecuadamente puede padecer desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes.

LA PSICOPATOLOGÍA DESDE DIVERSAS PERSPECTIVAS

En los últimos tiempos, se ha reportado un explosivo crecimiento en el interés de analizar la conducta del estudiante en términos del desarrollo, lo que ha promovido numerosos intentos para relacionar la manera, grado y estrategias, en campos tradicionales de la investigación de la conducta, como la psicología del desarrollo y experimental, pueden contribuir a una perspectiva nueva y promisoría de una ciencia multidisciplinaria de la salud, que tenga sus bases en enfoques eclécticos y desarrollistas.

Durante los últimos años, las ciencias médicas y psicológicas han adoptado diferentes marcos teóricos y metodologías para dirigir su investigación y trabajo práctico para dilucidar nuevos aspectos en áreas como las emociones, la conducta y los procesos mentales, esfuerzos múltiples, disociados y muchas veces sinérgicos, dirigidos a entender un mismo hecho observado. La investigación actual en la conducta humana, intenta superponerse a esta tendencia de esfuerzos paralelos, por lo que las ciencias médicas como las psicológicas han se han entremezclado de manera jerárquica y han sufrido una especie de integración que las hace converger juntas para el estudio de la psicopatología en varias formas interesantes.

La interacción entre diferentes ciencias, en un intento por explicar la conducta humana de modo integrado, ha sido fructífera en proveer información y valiosa retroalimentación, producto de los resultados de la investigación llevada a cabo en las ciencias que le han dado origen: La medicina y la psicología por igual.

LA PROFESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO

Otra de las influencias recientes que parecen insoslayables para el desarrollo futuro de la psicología clínica, es la posición desarrollista de la salud en el foro enfermedad, que en los términos de la psicopatología del desarrollo, aborda la conducta anormal dentro del contexto de los efectos de la genética, factores bioquímicos,

cognitivos, afectivos y sociales; y de cualquier otra influencia en el desarrollo (Sánchez, 1987).

Rolf y Read (1984), argumentan que en la psicología clínica el estudio del origen y el curso de patrones individuales de conducta tanto adaptativos, como maladaptativos debe ser abordado desde una visión desarrollista que permita al clínico juzgar el pronóstico de las enfermedades en función de sus cambios o resistencias a través del tiempo.

La visión de desviación o patologías desde el punto de vista del desarrollo, tiene un principio básico de trabajo: uno puede aprender más acerca del funcionamiento normal de un organismo, estudiando su patología y de igual forma uno puede aprender más acerca de la patología si se estudian las condiciones normales (Cicchetti, 1984).

Lo anterior, implica de nuevo, una actitud crítica hacia el juicio dicotómico tradicional en medicina de sano-enfermo; o bien de normal-patológico.

El término normal, se refiere únicamente a la proximidad con los estándares con las que se selecciona a la población y luego entonces se limita solamente a un enfoque individualista y circunstancial de la conducta del individuo.

El término patológico, por sí mismo indica daño, distorsión ó déficit, a pesar de que hablando estrictamente, la patología es un proceso extendido a través del tiempo y debe ser entendido en un sentido temporal y procesal. En cambio, otros términos han aparecido en la literatura que intentan evitar la connotación de enfermedad, estos términos tales como trastorno específico de desarrollo, competencia o incompetencia para ciertas tareas, o adaptación y maladaptación son ahora comunes, y como llevan implícitamente la visión de la desviación o patología en términos de logros en el desarrollo.

En el campo de la psicopatología clínica, la visión desarrollista no se facilita el entendimiento de la conducta del individuo, sólo se supera por la complejidad de entender asuntos que emergen de las reglas sociales y las demandas comunitarias, de las influencias genéticas y del crecimiento biológico. Un criterio de

normalidad debe sobrepasar los estándares esperados del logro y del poder definir a cabalidad a una persona como normal.

Lo anterior pretende superar al modelo médico, largamente criticado por considerar que la intervención psicológica debe darse para normalizar a las personas y devolverlas a una capacidad funcional en la sociedad y por los daños del sistema de clasificación médico que hace difícil eludir el estigma de las etiquetas asociadas a la enfermedad mental, aún después de la mejoría inminente (Scheff, 1976). Como se ilustró de forma contundente en el estudio de Temerlin (1968), quien desarrolló un experimento, en el cual varios psicólogos y psiquiatras norteamericanos, diagnosticaron como psicótico a un paciente (de hecho un actor que representaba a un hombre normal y saludable) en un video que era precedido por comentarios de un distinguido psiquiatra quien consideraba a este paciente como psicótico.

La visión opuesta, le ha de atribuir toda conducta como resultado de la manera en como la sociedad percibe al individuo y desde entonces rechazar las características inherentes al sujeto: su genética y desarrollo también carecen de bases científicas que sustenten su dicho. A futuro, será importante amalgamar estas dos posiciones, la médica y la social, en un modelo integrado que analice los casos individuales desde una perspectiva multidimensional que incluya la genética, desarrollo, circunstancias, hábitos de vida e influencias contextuales para explicar una determinada condición patológica. Luego entonces, una nueva definición de normalidad y desviación deberá derivarse, considerando aún variables hasta hoy excluidas como el género, la edad, el contexto, las tareas del desarrollo y demandas sociales y de la progresión del individuo a través del tiempo.

PERSPECTIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO

A futuro, es necesaria una visión más amplia y comprehensiva de la salud y la enfermedad, que pudiera reconsiderar las clasificaciones tradicionales de las condiciones patológicas hasta hoy identificadas y utilizadas en los ámbitos clínicos.

Sobre todo, si consideramos que cualquier modelo de clasificación, se basa en criterios taxonómicos, que deben ser aplicados para evaluar un caso determinado y clasificarlo para los fines de epidemiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico necesarios.

La confiabilidad de los sistemas de clasificación se presupone, cuando los profesionales utilizaran el mismo sistema para producir los mismos códigos o categorías para los mismos pacientes. Por lo anterior, la identificación de las fuentes de confiabilidad en los sistemas de clasificación es esencial para mejorarlos; ya que ningún sistema clasificatorio logra el 100% de acuerdo en el diagnóstico de todos los casos. En el análisis de la pertinencia de los actuales sistemas de clasificación, resulta importante identificar la cantidad y clase de información necesaria para clasificar los trastornos de acuerdo a un esquema determinado. Este es un punto crucial en la interacción entre ciencias diversas como la psicología, la medicina, la psiquiatría y la neurología; pero también con otras ciencias como las ciencias sociales en las cuales las expectativas comunitarias y las expectativas por el tal estatus social y otras consideraciones pudieran ser usadas para clasificar a las personas en diferentes grados de funcionamiento conductual.

Hay que recordar que cualquier sistema de clasificación deberá demostrar diferencias entre las categorías diagnósticas y la etiología, la semiología, curso, respuesta y tratamiento de las condiciones que clasifique. Luego entonces, la inclusión de variables adicionales asociadas a la normalidad y el proceso de desarrollo en la aproximación de los casos mórbidos, pudiera proveer información adicional a los sistemas de clasificación existentes, con la finalidad de enriquecer la taxonomía de los trastornos y los niveles de funcionamiento de los pacientes. En particular, desde una perspectiva del desarrollo la psicopatología tiene el reto de incorporar a los sistemas actuales de clasificación el concepto fluido del desarrollo y la progresión a través del tiempo en diferentes dominios de funcionamiento. Lo anterior requiere la inclusión en los sistemas de clasificación, de algunos marcadores del desarrollo normal a dos niveles diferentes. A1,

nivel donde las competencias generales y las capacidades normales se han redefinido, y en donde, ciertas conductas francamente maladaptativas o patológicas sean identificadas como desviantes a ciertas edades.

En otras palabras, para valorar la psicopatología en el contexto de tareas específicas del desarrollo, es necesario un nuevo sistema de clasificación que incluya la descripción de aspectos salientes del desarrollo y una categorización de competencias adaptativas, así como de incompetencias y hábitos maladaptativos. Quizás, es necesario considerar añadir algunos ejes de clasificación a los modelos psiquiátricos existentes o bien tengamos que utilizar descripciones de carácter más cualitativo para entender la relación del sujeto con su medio ambiente en una visión desarrollista. En cualquiera de los casos, la discusión continuará y la falta de satisfacción global, en torno a los sistemas de diagnóstico existentes, continuará produciendo controversia, y por tanto, cambio en los criterios utilizados en la clínica. El futuro, con seguridad traerá nuevas clasificaciones, criterios y etiquetas que deberán ser consensuadas en la práctica clínica validada o refutada de acuerdo su utilidad práctica y sus resultados terapéuticos derivadas.

CONCLUSIÓN

La psicología clínica es un campo científico y profesional cuyo objetivo es aumentar el conocimiento de la conducta humana y promover el funcionamiento efectivo de los individuos. Los psicólogos clínicos están implicados en la investigación y aplicación de principios y técnicas psicológicas que ayuden a las personas. Los clínicos se ocupan de la investigación, la enseñanza, el diagnóstico o evaluación, la psicoterapia, y de los programas para mejorar el rendimiento y el bienestar psicológico.

Más allá de la responsabilidad profesional del psicólogo clínico, existen fuertes compromisos sociales que deben afrontarse tanto en el plano personal como en el profesional, para mejorar los niveles de calidad de vida en la población y promover el

bienestar y la salud mental y física a la que todo ser humano tiene derecho.

Como campo profesional, la psicología clínica tiene un promisorio futuro en México y en los países latinoamericanos tanto en el campo de la salud, en donde las estadísticas nos demuestran una necesidad creciente de atención profesional de muchas enfermedades y condiciones que afectan a la población; pero también, la psicología clínica tiene un ámbito de acción específico y trascendente en el sistema educativo, sobre todo en el campo de la educación especial, en donde el diagnóstico preciso de las discapacidades del desarrollo y la determinación de las necesidades educativas especiales son requisitos apremiantes antes de establecer criterios de atención a los muchos estudiantes en riesgo de fracaso escolar.

Como toda profesión, la psicología clínica está en constante transformación y cambio; nuevos e interesantes conocimientos son generados año tras año de la investigación científica y el avance del entendimiento del cerebro y de las influencias contextuales del desarrollo de la persona. El estudio constante, la apertura al cambio, y una renovada actitud de actualización y convivencia con otros profesionales serán los elementos que conduzcan al éxito, al psicólogo clínico del futuro.

Referencias

- Acevedo, A. y López, A. (1988). *El proceso de la entrevista*. México: Limusa.
- Aiken, L. (2006). *Tests psicológicos y evaluación*. 12ª ed. México: Prentice Hall.
- Alemany, C. (1997). “La escucha terapéutica: las dificultades interpersonales.” *Prometeo: fuego para el propio conocimiento*. Volumen 15. México: Universidad Iberoamericana.
- Albujar, P. (2004). Iatrogenia: ética mexicana. *Diagnóstico*, 43 (5). Recuperado de: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/oct-dic04/229-232.html>.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª ed. rev. (DSM-IV-TR).
- American Psychiatric Association: Psychosocial treatment research in psychiatry: a task force report of the american.
- American Psychological Association (1995). *Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington: Author.
- American Psychological Association (2002). *Criteria for evaluating treatment guidelines*. *American psychologist*, 57, 1052-1059.

- American Psychological Association (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American psychologist*, 59, 236-260.
- Anderson, P. (2000). *Los orígenes de la postmodernidad*. Madrid: Anagrama.
- Andreasen, N. (2004). *Un cerebro feliz: la conquista de la enfermedad mental en la era del genoma*.
- Anzola, A. (2005). El psicólogo clínico. *Ciencias de la educación*. Año 5, vol. 2, núm- 26, Valencia, julio-diciembre, 2005, pp. 143-153.
- APA, Council of Representatives (2005). American psychological statement: policy statement on evidence-based practice in psychology. Recuperado de: <http://www.apa.org/practice/ebps-tatement.pdf>.
- Araujo, A., Gutiérrez-Castrellón, P., Mora-Tiscareño, M.A. et al. (2003) Factores predictivos de lesión intracraneana en un grupo de niños mexicanos menores de 18 años con trauma cráneo-encefálico cerrado, *Memorias de la Asociación de Investigación Pediátrica*: 296-317.
- Araya, R., Rojas, G., Fristch, R. Acuña, J. y Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. *British journal of psychiatry*, vol. 178, pp. 228-233.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (2007). Guía latinoamericana para el tratamiento de las personas con esquizofrenia.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM). (2007). Guía latinoamericana para el tratamiento de las personas con esquizofrenia.
- Barlow, D.H. (1996). The effectiveness of psychotherapy: science and policy. *Clinical psychology: science and practice*, 1, 109-122.
- Bastidas, G. (2007). Psicofarmacología. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos16/psicofarmacologia/psicofarmacologia.shtml>

- Bastin, G. (1985) *¿Porqué fracasan nuestros escolares?* México: Ediplesa.
- Benjamín, A. (1980). *Instructivo de orientación*. México: Diana.
- Berezon, S., González, C. y Medina-Mora, M. (2001). Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. *Revista mexicana de psicología*, 17 (1): 55-63.
- Berezon, S., Medina-Mora, M. y Carreño, S. (1996). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993. *Salud mental*, 19 (1): 1-5. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (1995-1997). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido: la orientación del hombre moderno*. Barcelona: Paidós.
- Bleger, J. (2007). *Temas de psicología: entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bodni, O. Psicoanálisis-Ciencias de la Subjetividad. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.com.ar/>.
- Boeree, G. (2007). Neurotransmisores. *Psicología online*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/general/neurotransmisores.htm>.
- Caballero, M., Ramos, L., Berezon, S. y Medina-Mora, M. (2000). Tensión y percepción de la violencia delictiva en víctimas y no víctimas. Estudio en comunidades de bajos recursos. *La psicología social en México*, Vol. III, 452-458.
- Cantón, M. (1997). *Detección del lector deficiente: procedimientos, instrumentos e implicaciones para la escuela primaria*. (Tesis de maestría). Facultad de Educación. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Caraveo, J., Colmenares, E. y Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud pública México*. Recuperado en 2006, 44(6): 492-498. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600001&lng=es&nrm=iso.

- Cardeña, E., Maldonado, J., Galdón, J. y Spiegel, D. (1999) La hipnosis y los trastornos postraumáticos. *Anales de psicología*. 15,01. España.
- Carpintero, E. (2007). El psicoanálisis es un plural. *Topia*. Recuperado de: <http://www.topia.com.ar/default.asp>.
- Casado, F. (1998). *Apuntes de psicología*. Vol. 16, núm. 1 y 2.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. En: *Child development*, 55 p. 17-29.
- Centro de Integración Juvenil (1996). Tendencia del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centro de Integración Juvenil AC. (1990-1995), México.
- Consejo Nacional de Salud (2006). Plan Nacional de Salud Mental. Documento técnico normativo del Ministerio de Salud, Lima, 55 pp. Recuperado de [minsa.gob.pe/portal/p2005/documentos/cns/ PlanNacionalSaludMental.Set2005.dc](http://minsa.gob.pe/portal/p2005/documentos/cns/PlanNacionalSaludMental.Set2005.dc).
- Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (1991). *Interviewing strategies for helpers: fundamental skills and cognitive behavioral interventions*. 3rd ed. Pacific Grover, CA: Brooks/Cole.
- Corsiny, R. (1993). *Current Psychoterapies*. 4th ed. Illinois: Peacock Publishers.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H. *et al.* (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The clinical psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V. *et al.* (1996). An update on empirically validated therapies. *The clinical psychologist*, 49(2), 5-18.
- De la Fuente, R. y Álvarez, R. (1998). *Biología de la mente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Department of Energy Office of Science (1990-2003). Genome programs of the U.S. Recuperado de: <http://genomics.energy.gov/>.
- DSM-V. (2007). DSM-V. Prelude project: research and outreach. Recuperado de: <http://www.dsm5.org/index.cfm>.
- Durán, E. (1997). Terapia breve... la alternativa para la solución de problemas. Recuperado de: <http://www.terapiabreve.com/terapiabreve.html>.

- Egan, G. (1981). *El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. México: Ibero América.
- Emery, R., Waldron, M., Kitzmann, K. y Aaron, J. (1999). Delinquent behavior, future divorce or nonmarital childbearing and externalizing behavior among offspring: a 14-year prospective study. *American Psychological Association*. Recuperado de: www.apa.org. Vol. 13, núm. 4, 566-579.
- Escalante, R., Sánchez, P. (1997). Actitudes, creencias y patrones del abuso de sustancias adolescentes con diversos tipos y grados de escolaridad en el estado de Yucatán. *Educación y ciencia, 1:2*. Facultad de Educación. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño* 3ª ed. México: El Manual Moderno.
- Ferketich, A.K, Schwartzbaum, J.A., Frid, D.J. y Moeschberger, M.L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of internal medicine*, 160(9): 1261-1268.
- First, M. Bell, C, Cuthbert, B. (2007). Trastornos de la personalidad y trastornos de relación. En D. Kupfer, M. First y D. Reiger (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Masson, Barcelona. 123-197.
- Francés, M.A. (1998). *Factores de riesgo en la delincuencia juvenil* (Monografía) Universidad de Salamanca en www.Iafacu.com.
- Frenk, J., Lozano, R. y González, M.A. (1999). Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Fundación.
- Frías, A.M., Sotomayor, P.M., Varela, C.C., Zaragoza, O.F., Banda, C.A., García, S.A. (2000). Predictores de la delincuencia juvenil. *La Psicología Social en México*. Vol. III, 486-492.
- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). Mini mental state. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinicians. *Journal of psychiatry research*, 12, 189-198.

- Fonagy, P. (2008). The development of borderline personality disorder. A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*. Feb Vol 22(1) 4-21
- Fundación Mundo Bipolar (2007). Bipolar-antipsicóticos. Recuperado de: <http://www.bipolarweb.com/antipsicoticos.htm>.
- Galindo, E. (2006). Psicología para América Latina: análisis del desarrollo de la psicología en México hasta 1990. *Revista electrónica internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*. Núm. 5. Recuperado en febrero de 2007 de http://psicolatina.org/Dos/analisis_psicol.html.
- Gámez J. y Palacios J.L. (1998). *Introducción a la pediatría*. México: Méndez Editores.
- García R, J.C. (2004). Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas. *Revista electrónica de psicología "La Misión"*, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro.
- Garfield, S. y Bergin, A. (2000). *Handbook of psychoterapy and behavior change*. 6th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Garmezy, N. (1986). Stress resistant children: the search for protective factors in Stevenson J. (ed.). Recent research in developmental psychology jour of child psychology and psychiatry. Núm. 24, book suplement.
- Gautier, R. y Boeree, G. (2003). Teorías de la personalidad. Recuperado de: <http://webpace.ship.edu/cgboer/rogersesp.html9>.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15: 524-532.
- Gregory, R. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. March 2008 Vol. 45, No. 1, 15-27.
- Grupo Tecné (2007). Conductismo. Recuperado del sitio *web*: <http://www.geocities.com/psicoresumenes/public/Conductismo.htm>.

- Hales, R., Yudofky, S., Talbott, M. (2000) Sinopsis de psiquiatría clínica: basado en el DSM-IV. Barcelona: Paidós.
- Holmes, T & Rahe, R. (1967). *La escala de social. Diario de Investigaciones Psicósomáticas*. Pergamon Press Ltd.
- Hyman, S.E. (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, 28: 321-323.
- Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
- Ivey, A. (1991). *Developmental strategies for helpers: individual, family and network interventions*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Kaufman, K. (1990). *Psicometría razonada con el WISC*. México: El Manual Moderno.
- Kazdin, E.A., Buella-Casal, G. (1999). *Conducta antisocial*. España: Pirámide.
- Knapp, P. (1987). Psychosomatic aspects of bronchial asthma: a review. In *Psychosomatic Medicine. Theory, Physiology and Practice*. In S. Cheren (Ed.) International University Press. Madison Connecticut. Vol 2. Chap 13, 503-557.
- Kokko, K. y Pulkkinen, L. (2000) Agresión in childhood and long-term unemployment in adulthood a cycle of maladaptation and some protective factors. *American Psychological Association*. Recuperado de: www.apa.org. Vol. 36, núm. 4, 463-472.
- Lees, M., Deen, M. y Parker, L. (1994). Research review: substance abuse and violence.
- Lexcen, F. y Redding, R. (1999). Substance abuse and dependence in juvenile offenders. *Juvenile Forensic Evaluation Resource Center*.
- Lifshitz, A. (2006). Seminario, El ejercicio actual de la medicina, el significado actual de *primum non nocere*. UNAM, Facultad de Medicina. Recuperado de: www.facmed.unam.mx/eventos.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J. y Seva, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 3: 189-192.

- López-Ibor, J. (2006). Trastornos mentales y del comportamiento de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Centro Colaborador de la OMS para Investigación y Enseñanza en Salud Mental para España, en el Hospital Ramón y Cajal, Madrid. Recuperado de: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_pro.html.
- Lozano, F., Boni, A., Ciurana, C. y Calabuig, C. (2003). La enseñanza de valores éticos en las carreras científico-técnicas: experiencia del grupo de innovación docente en educación en valores en los estudios científico-técnicos en la UPV (Universidad Politécnica de Valencia). *Monografías virtuales ciudadanía, democracia y valores en sociedades plurales*. Núm. 3, octubre-noviembre de 2003.
- Lucio, E. (2005). *Inventario multifacético de Minnesota para adolescentes (MMPI-A), MP48*. México: El Manual Moderno.
- Malpica, K. (2007). Antipsicóticos. Recuperado de: <http://www.mind-surf.net/drogas/antipsicoticos.htm>.
- McWhiter, J., McWhiter, B., McWhiter, A., McWhiter, E. (1993). *At risk youth: a comprehensive response*. EUA: Brooks-Cole.
- McReynolds, P. (1997). *Lightner Witmer: his life and times*. Washington: American Psychological Association.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C. *et al.* (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12 month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity.
- Meyer, C. (2005). *Le livre noir de la psychanalyse*.
- Molino, A. (2004). *El árbol y el diván. Diálogo entre psicoanálisis y budismo*. D.T. Suzuki, A. Watts, E. Fromm, D. Lama, C.G. Jung, M. Abe, J. Kornfield, K. Horney. Barcelona: Kairós.
- Murray, C. y López, A. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020*. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization.

- Navarro, M. E. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en psicología*. San José, Costa Rica (versión en línea).
- Nicolini, H. (1998). ¿Son los genes del destino? En *Biología de la mente*, De la Fuente, R., México: Fondo de Cultura Económica.
- Obholzer, Karin (1982), The wolf-man: conversations with Freud's patient sixty years later.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud mental en el mundo. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud Mental (OMS). (2005). Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud.
- Pepper, S.C. (1942). World hypotheses: a study in evidence. Berkeley, CA: University of California Press.
- Pérez, R. (1994). *Iatrogenia. Simposio realizado el 3 de septiembre de 1993, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México*. El Colegio Nacional: Cromocolor, julio, 1994: 6-12.
- Peterson, C., Compas, E., Books-Gunn, Stemmler, Ey y Grant, E. (1993). Depression in adolescence. *American psychologist*, 48(2), pp. 155-158.
- Pfeiffer, E. (1975). Un breve cuestionario portátil sobre el estatus mental para la contribución del deficiente mental orgánico en el paciente de la tercera edad. *Periódico de la Sociedad de Geriatria Americana*, 23,47-52.
- Phares, J. (1999). *Psicología clínica*. 2ª ed. México: El Manual Moderno.
- Pontificia Universidad de Chile. Apuntes de semiología. Escuela de Medicina. Recuperado de: http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/IntegradoTercero/ApSemiologia/07_HriaClinica.html.
- Puchol, D. (2001). Trastorno por estrés. *Psicología online*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/16/>.

- Quintanar L. y Solovieva Y. (2003) Manual de Evaluación neuropsicológica infantil. Colección neuropsicológica y rehabilitación. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Quiroga, M. (2001). Genética de las Enfermedades Mentales. *Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú*. Tomo LXIV, Septiembre, núm. 3. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Neuro_psiquiatria/v64_n3/Genetica.htm.
- Reed, G.M, Kemeny M.E., Taylor, S.E *et al.* (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4): 299-307.
- Reese, H.W. y Overton, W.F. (1970). Model of development and theories of development. In. Goulet y Baltes eds. *Life-Span developmental psychology: research and theory* (pp. 116-145). New York: Academic Press.
- Reisman, M. (1991). *A history of clinical psychology* 2nd ed. Nueva York: Hemisphere.
- Richart, M. y Cabrero, J. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria*. Valencia: Promolibro.
- Robins, N. (1976). *Desviant children growing up*. Baltimore: Huntington Press.
- Rodríguez, J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, núm. 69, pp. 41-47.
- Rodríguez y Rodríguez (1996). Factores psicológicos del asma bronquial. *Revista Cubana de Medicina*; 35(1).Editorial.
- Rolf, J. y Read, P. (1984). Programs Advancing Developmental Psychopathology Special Article, in: *Child: development*, 55, p. 8-16.
- Rosenhan, D. y Seligman, M. (1989). *Anormal psychology*. 2nd ed. New York: Norton.
- Rozados, R. (2007). Terapia cognitivo conductual. Recuperado de: http://www.depression.psicomag.com/terapia_conductual.php.
- Ruiz, J. y Cano, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitiva: teoría y fundamentos. *Psicología online*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Manual/manual2.htm>.

- Rutter, M. (1979). Protective factors in children: responses to stress and disadvantage. Vol. 3, University of New England Press.
- Rutter, M. y Garmezy, N. (1983). Developmental Psychopathology. In: Hetherington E.M. (ed.). Socialization, personality and social development, vol. 4, pp. 775-911. *Handbook of child psychology*. New York: Wiley.
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. New York: Cambridge Press.
- Salazar, A. (1997). Juventud y violencia: la construcción de lo juvenil. México: Centro de Investigación y Estudio sobre Juventud.
- Sánchez, P. y Valdés, A. (2003). El menor infractor: una categoría infundada en el sistema de educación especial en México. Perfiles educativos. CESU/UNAM, pp. 72-90.
- Sánchez, P. y Valdés, A. (2003). Teoría y práctica de la orientación en la escuela: un enfoque psicológico. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, P. (1986). Developmental psychopathology: the approach to borderline case. Dissertation for the M. Ed. University of Bristol.
- Sánchez, P. (1987). Psicología del desarrollo: nueva perspectiva en salud mental. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*. Núm. 160, pp. 35-40.
- Sánchez, P. (1995). Detección y referencia de los problemas de los niños de primaria. ElDRPP: manual del usuario y software. Mérida, Yucatán. Ediciones de la Facultad de Educación, UADY.
- Sánchez, P. (2001). Validación preliminar en México de la Escala de Inteligencia de Weischler para Adultos III (WAIS-III). México: El Manual Moderno.
- Sánchez, P. (2001). *Validación y normas para México en Seisdedos, N. Cuestionario de conductas delictivas y antisociales*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, P. (2003), ed. *Aprendizaje y desarrollo: estados del conocimiento en educación*, Vol. 4. Consejo Mexicano de Investigación Educativa.

- Sánchez, P. (2003). *Validación y estandarización en México de la escala SAGES-2. En: Detección del alumno sobresaliente*. México: El Manual Moderno. p. 154.
- Sánchez, P. (2003). *Validación y normas para México de la Escala de Inteligencia de Weischler para Adultos III (WAIS-III)*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, P., Cantón, B. y Sevilla, D. (2000). *Compendio de educación especial*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, P., De Lille, M., Vales, J. y Galván, L. (2004). Necesidades de orientación psicológica en alumnos de licenciatura de Sonora y Yucatán. México. *La psicología social en México*. Vol. 10, pp. 357-364.
- Sandoval, J. y Richard, M. (2005). La salud mental en México. Recuperado <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>.
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World psychiatry*, núm. 3, pp. 1-5.
- Sattler, J. (1996). *Evaluación infantil*. México: El Manual Moderno.
- Schacter, Daniel (2001), Suppression of unwanted memories: repression revisited? *The Lancet* 357.
- Schinke, P., Botvin, G. y Orlando, M. (1991). *Substance abuse in children and adolescents*. EUA: Sage.
- Shea, T. y Bawer, M. (2000). *Educación especial: un enfoque ecológico*. México: McGraw-Hill.
- Smith y Glass (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, vol 32 (9). Metaanálisis de estudios sobre psicoterapias.
- Smith, Glass, y Miller (1980). *The benefits of psychotherapy*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Análisis estadístico de estudios sobre 47 psicoterapias en 25 mil casos.
- Sox, H. C., Jr., y Woolf, S. H. (1993). Evidence-based practice guidelines from the US. Preventive Services Task Force. *Journal of the American Medical Association*, 169, 2678.
- Spiegel, D., Bloom, J.R, Kraemer , H.C. y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668), pp. 888-891.

- Sroufe, A. y Rutter, M. (1979). The coherence of individual development in. *American psychology*. Núm. 24. Book supplement.
- Sroufe, A. y Rutter, M. (1984). The demains of developmental psychopathology. *Child. Dev.* Núm. 55, pp. 17-29.
- Stahl, A. (2000). Juvenile Vandalism. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention en <http://ojjdp.ncjrs.org/jjdp.html>.
- Stern, C. (1997). El embarazo como problema público: una visión crítica. *Revista de salud pública*, núm. 39, p. 137-143.
- Stricker, G. y Trierweiler, A. (2006). The local clinical scientist: a bridge between science and practice. *Training and education in professional psychology*, vol. 5, núm. 1, 37-46.
- Stricker, G. y Trierweiler, J. (1995). The local clinical scientist: A bridge between science and practice. *American psychologist*, 50, 995-1002.
- Suzuki, Daisetz Teitaro, y Fromm, Erich (1960-2003), *Budismo zen y psicoanálisis*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Torres, G. (2000). La vejez: desarrollo físico y cognoscitivo. University of Phoenix. Recuperado de: <http://www.enplenitud.com/Download/La-vejez.pdf>.
- Tyler, L. (1991). *La función del orientador*. México: Trillas.
- University of Virginia (2007). *La medicina del adolescente*. University of Virginia, Health System. Recuperado del sitio web: http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_adolescent_sp/ocd.cfm.
- Valencia, C. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, vol. 30, núm. 2, marzo-abril, 2007.
- Valderrama, P. et al. *Evolución de la psicología en México*. México: El Manual Moderno, México, 1994.
- Velloso, A. (1992). La educación sobre las drogas en el mundo occidental. *Revista de educación*. Núm. 297, enero-abril.
- Vitela, N. (2006). Trastornos mentales, identifíquelos. *Reforma. Salud*, marzo: 12-13.
- Vondracek, W., Lerner, M., y Schulenberg, E. (1986). Career development: a life span developmental approach. Hillsdale, NJ: Laercence Erlbraum.

- VV.AA., *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. México: Pirámide.
- Weiner, H & Fawzy, F (1989). An integrative Model of Health, Disease and Illness. In *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice*, S. Cheren. International University Press. Madison Connecticut. Vol 1. Chap 1.
- Weisinger, H. (1988). *Técnicas para el control del comportamiento agresivo*. Barcelona: Martinez Roca
- Wenglinsky, H. (2002). The link between teacher classroom practiques and student academic performance. *Education policy analysis archives*, vol, 10, núm.12.
- Wikipedia (2007). Hawthorne effect. Recuperado de: http://en.wikipedia.org/wiki/Hawthorne_effect.
- Wikipedia (2007). Posmodernidad. Recuperado de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Posmodernidad>.
- Wikipedia (2007). Psicoanálisis. Recuperado del sitio web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoan%C3%A1lisis>.
- Wilson, R. (1983). The Lousville twin study: developmental synchronies in behavior. *Child development*, 54, 298-313.

Siglas y acrónimos

5-HT	5-hidroxitriptamina
A-D	Cuestionario de Conductas Antisociales Delictivas
AEPS	Sistema de Evaluación, Valoración y Planeamiento de Programas para Infantes y Preescolares
AERA	<i>American Educational Research Association</i>
AMP	Mensajeros Intracelulares
ANP	Asociación Norteamericana de Psiquiatría
APA	<i>American Psychological Association</i>
BZD	Benzodiazepinas
CDI	Inventario McArthur-Bates del Desarrollo de Habilidades Comunicativas
CEEB	<i>College Entrance Examination Board</i>
ChIPS	Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes
CI	Cociente Intelectual
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIE	Cociente Intelectual de Ejecución
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades-10
CIV	Cociente Intelectual Verbal
CMAS-R	Escala de ansiedad manifiesta en niños
CoNaEP	La Comisión Nacional de Ética en Psicología

CPTI	Centro de Psicodiagnóstico y Terapias Integrales
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV, traducida
DTVP-2	Método de Evaluación de la percepción Visual de Frostig, versión 2
ECC	Ensayo Clínico controlado
EEAG o GAF	Escala de Evaluación de la Actividad Global, Eje 5
EEG	Electroencefalograma
ENEP	Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica
EPOC	Síndrome de Apnea del Sueño
F50	Trastornos de la conducta alimentaria
F51	Trastornos no orgánicos del sueño
F64	Trastornos de la identidad sexual
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia
F93.1	Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia
FACILITO	Evaluación de Precurrentes Instrumentales para la Adquisición de la Lectoescritura
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FO	Fórmulas Obstétricas
GABA	Acido gamaaminobutírico
HMP	Prueba de Habilidades Mentales Primarias
HTP	Prueba de Árbol, Casa, Persona
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
ICV	Índice de Comprensión Verbal
IDARE	Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado
ILD	Índice de Libertad de la Distractibilidad o Índice de la memoria de trabajo
IMAO	Inhibidores de la Monoaminoxidasas
IOP	Índice de Organización Perceptual
IRP	Índice de Razonamiento Perceptual

ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
JCCP	<i>Journal of Consulting and Clinical</i>
LCR	Líquido Cefalorraquídeo
LSD	Ácido lisérgico
MEC	Mini-Examen Cognoscitivo
MMPI-1,2	Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota
MMSE	Examen del Estado Mental Mínimo
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
NIGH	<i>National Institute of Mental Health</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBE	Práctica Clínica Basada en la Evidencia
PNCB	Programa Nacional para el Control de Drogas
PsyD	Doctor en Psicología
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
RMf	Resonancia Magnética funcional
RMN	Resonancia Magnética
SEP	Secretaría de Educación Pública
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMP	Sociedad Mexicana de Psicología
SNC	Sistema Nervioso Central
SNC	Sistema Nervioso Central
SPMSQ	<i>Short-Portable Mental State Questionnaire</i>
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TEC	Terapia Electro-Convulsiva
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
TRE	Terapia Emotivo Racional
UADY	Universidad Autónoma de Yucatá
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

VMI	Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz
WAIS-III	Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos, versión 3
WISC-IV	Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, versión 4

Glosario

Abulia. La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso, es la falta de interés. Sentimiento de cansancio, lentitud, propensión al agotamiento físico y mental.

Alogia. Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de: pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo.

Alucinaciones. Engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo. Pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

Anhedonia. Es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas o por las actividades normalmente consideradas placenteras y se tiene pocos o ningún hobby.

Ataxia. Dificultades para deambular y para realizar movimientos motores finos y gruesos generalmente por daño cerebeloso.

Bariátrica. Relativo al control del peso corporal.

Cefalea. Dolor de cabeza. Sus causas más frecuentes son la jaqueca y la tensión psicógena, constituye un síntoma de numerosas enfermedades infecciosas y tumores cerebrales.

Cisura de Silvio. Región anatómica en la corteza cerebral.

Delirio. Se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida, tipos: persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia.

Demencia. Es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal.

Disartria. Dificultades para la expresión del lenguaje oral o escrito.

Disfagia. Dificultades para deglutir y tragar.

Disnea. Dificultades para respirar.

Distimia. Es una forma crónica de depresión que se caracteriza por estados de ánimo permanentemente bajos, pero no tan extremos como otros tipos de depresión.

Disuria. Es el síntoma más molesto del síndrome miccional, descrito por el paciente como escozor o dolor al orinar.

Dolor precordial. Relativo a dolores en el pecho.

Empoderamiento. Se utiliza en el contexto de ayuda al desarrollo económico y social, hace referencia a la necesidad de las personas para fortalecer la capacidad de controlar su vida.

Encopresis. Defecar de manera involuntaria usualmente durante el sueño.

Enuresis. Orinarse de manera involuntaria usualmente durante la noche.

Epigenética. Se refiere a la posición filosófica que imputa a influencias genéticas todas las conductas y funciones.

Estrabismo. Es la desviación del alineamiento de un ojo en relación al otro. Implica la falta de coordinación entre los músculos oculares.

Etiología. Estudio de las causas de las enfermedades. También se aplica para referirse a ellas. Parte de la medicina que se encarga de la etiología es la epidemiología.

Evidencia empírica. Hechos o datos comprobados que sustentan algún argumento o teoría.

Exantema cutáneo. Erupciones, coloración, o formación en la piel.

Experiencia 'aja'. Insight, introversión.

Hematuria. Presencia de eritrocitos en la orina en cantidades superiores a la normal.

Hemiparesia. Es un trastorno motor, en el que la mitad vertical del cuerpo del paciente está paralizada. Es el resultado de un accidente cerebro vascular.

Hemoptisis. Escupir sangre proveniente del tracto respiratorio, generalmente al toser.

Hipertiroides. Exageración de las secreciones tiroideas. Se denomina también enfermedad de Basedow.

Hipomanía. Cuadro de exaltación del afecto con aumento de la energía, sin pérdida de la realidad.

Hipotonía. Bajo tono muscular.

Iatrogenia. Daño causado por un tratamiento.

Ictericia. Coloración amarillenta de la piel por aumento de la bilirrubina.

La terapia electro-convulsiva (TEC). Tratamiento que consiste en colocar electrodos en la cabeza para enviar impulsos eléctricos bajo anestesia parcial.

Letargo. Estado de somnolencia.

Levo preferencia. Lateralidad derecha, es decir escribir con la mano izquierda.

Magnetismo animal.

Melena. Presencia de sangre coagulada en las heces fecales.

Mianserina. Antidepresivo de clase de los tetracíclicos.

Monoaminooxidasa. Enzima humana presente en las funciones cerebrales.

Neoplasias. Suele usarse genéricamente como sinónimo de tumor, pero sólo en el sentido de cualquier proceso que implique proliferación celular excesiva.

Neuralgia. Dolor a consecuencia de la inflamación de un nervio periférico.

Neurolépticos. Fármacos que tienen efectos en el pensamiento, sentimiento o conducta de la persona.

Nistagmo. Movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de éstos.

Ortopnea. Es la disnea en posición decúbito, o dificultad para respirar al estar acostado. Es un trastorno en que la persona tiene que mantener la cabeza elevada (como cuando está sentada o de pie) para poder respirar profunda y cómodamente.

Paresias. Disminución de la sensibilidad y movilidad de alguna de las extremidades.

Parestesias. Sensación de “hormigueo” o “adormecimiento”.

Patología. Rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades, de sus causas, mecanismos y efectos sobre el cuerpo.

Patognomónico. Se utiliza para denominar aquellos signos (manifestaciones visibles) o síntomas (manifestaciones no visibles, subjetivas) que, si están presentes, aseguran que el sujeto padece un determinado trastorno.

Pica. Acto de comer cosas no comestibles, por ejemplo yeso, tierra.

Placebo. Cápsula o tableta que se introduce a un medicamento pero que no tiene efecto, generalmente hecho de azúcar.

Pobreza afectiva. Empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento.

Poliaquiuria. Ganas excesivas de orinar pero en cantidades pequeñas.

Poliuria. Ganas excesivas de orinar.

Problemas cognitivos de la atención. Problemas en la concentración y en la atención. Sólo es capaz de concentrarse esporádicamente, se distrae en medio de una actividad o conversación: se manifiesta en situaciones sociales; se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema. Acaba bruscamente una discusión o tarea aparente.

Puntada de costado. Dolor punzante, localizado en la parrilla costal, que aumenta con la inspiración y se acompaña de tos. Se origina de la pleura inflamada.

Provecta. Vejez, tercera edad.

Rapport. Presencia de confianza, armonía y cooperación en una relación.

Resiliencia y afrontamiento. Capacidad del ser humano para sobreponerse a situaciones adversas, emergiendo con mayor fortaleza transformada por la experiencia.

Rinorea. Secreción abundante del moco nasal.

Sepsis. Enfermedad grave causada por una abrumadora infección del torrente sanguíneo por parte de bacterias productoras de toxinas.

Serotonina. 5-hidroxitriptamina, o 5-HT, es una monoamina neurotransmisora sintetizada en las neuronas serotoninérgicas en el Sistema Nervioso Central (SNC) y las células enterocromafines (células de Kulchitsky) en el tracto gastrointestinal de los animales y del ser humano.

Signo. Cosa que evoca en el entendimiento de la idea de otra.

Síndrome. Conjunto de signos y síntomas que constituyen un estado patológico y caracteriza el cuadro clínico de una enfermedad.

Síndrome meníngeo. Cuadro de rigidez de nuca, fiebre y estado de inconsciencia a consecuencia de la inflamación de las meninges.

Síntoma. Señal, indicio de una cosa que está sucediendo o que va a suceder. Fenómeno que aparece como consecuencia de una alteración funcional u orgánica en cualquier parte del organismo.

Telencefalización. Principio evolutivo mediante el cual las partes más sofisticadas del cerebro se encuentran en las partes más distales y elevadas.

Tonsilectomía. Remoción quirúrgica de las amígdalas.

Trastornos del pensamiento. La manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje tenemos: descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distractibilidad.

Trastornos somatomorfos. Alteraciones en las cuales la autopercepción corporal está alterada.

Vademécum. Libro que contiene los datos de consulta más frecuentes sobre una materia determinada. Se usa sobre todo para referirse al diccionario de medicamentos comerciales.

Índice

A

A-D (Cuestionario de Conductas Antisociales Delictivas), 419

Abulia, 423

Abuso de sustancias, 234

Aceptación, 325

Acetilcolina, 50

Ácido valproico, 270

Acupuntura, 367

Adaptación, 64

Adenilatociclasa, 342

Adicciones, 234

Adolescencia, 63

Adolescente en riesgo, 227

Adrenalina, 375

Adultista, 302

AEPS (Sistema de Evaluación, Valoración y Planeamiento de Programas para Infantes y Preescolares), 116, 419

AERA (*American Educational Research Association*), 419

Afasia, 104, 203

Afectividad, 387

Afecto, 33

Afrontamiento, 27, 427

Agitación, 271

Agorafobia, 256

Agresión, 43

Agresividad, 51, 209, 348 pasiva, 220

Alcohólicos Anónimos (AA), 277

Nota: Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

- Alcoholismo, 7, 23, 32, 112, 272
- Alergias, 145, 146, 369
a alimentos, 146
a medicamentos, 146
- Alerta, 136
- Alexia, 203, 204
- Alimentos, 146
- Alogia, 423
- Alucinaciones, 141, 241, 423
gustativas, 241
olfativas, 241
visuales, 241
- Alucinógenos, 329
- Alzheimer, 288
- American Psychological Association*, 76, , 152, 178, 191, 207
- Amitriptilina, 342
- AMP (Mensajeros Intracelulares), 419
- Análisis
contingencial interconductual, **317**
funcional de la interconducta, **317**
- Anamnesis, 133, 215, 383
- Anatomía, 39
- Ancianidad, 283
- Anciano, 284
depresión en, 290
joven, 286
viejo, 286
- Anfetaminas, 51, 269, 330
- Anglicismos, 183
- Angustia, 2, 256, 331, 370
- Anhedonia, 423
- Ánimo, alteración del, 141
- Anorexia, 122
nerviosa, 230
- Anormalidad psicológica, 26
- ANP (Asociación Norteamericana de Psiquiatría), 187, 191, 419
- Ansiedad, 37, 75, 127, 184, 292, 373
generalizada, 339
preoperatoria, 330
- Ansiolíticos, 331
indicaciones terapéuticas, 339
- Antidepresivos, 199, 269, 270, 334, 339
clasificación, 342
de primera generación, 342
de segunda generación, 343
efectos secundarios, 343
sobredosis, 343
tríclicos, 342
- Antiestrés, 370
- Antihistamínicos, 200, 330
- Antipsicóticos, 248, 249, 335, 338
efectos secundarios, 338
- APA (*American Psychological Association*), 5, 152, 178, 207, 419
- Aparato psicológico, 381
- Apatía, 245
- Apego, 199

Apendicectomía, 143
 Apendicitis, 374
 Apetito, 43
 Aplanamiento afectivo, 245
 Apnea del sueño, 332
 Aprendizaje, 34, 117, 200
 discapacidad de, 119
 problemas de, 22
 Arprazolán, 370
 Arritmias cardíacas, 338
 Arte, 133
 de la clínica, 133
 Asma, 145, 369
 bronquial, 379
 Asociación
 Americana de Psicología, 76
 Norteamericana de Psiquiatría, 187
 Astrocitos, 44
 Ataxia, 331, 333, 423
 Atención, 163
 déficit de, 37
 problemas cognitivos de la, 426
 Ateromas, 375
 Atribuciones, 382
 Autenticidad, 325
 Autismo, 2, 37, 180
 Autoactualización, 133
 Autoactualizarse, 305
 Autoafirmación, 25
 Autoayuda, 239
 Autoconcepto, 62, 382
 Autoeficacia, 382
 baja, 388
 Autoestima, 62, 239, 261

 baja, 231, 388
 pobre, 119
 Autoevaluación, 62
 Autoimagen, 387
 Autoritarismo, 363
 Autovaloración, 25
 Axón, 44

B

Barbarismos, 183
 Bariátrica, 423
 Baterías
 COGNISTAT, 295
 neuropsicológicas, 128
 psicodiagnósticas, 104
 Benzodiacepinas, 199, 331
 dependencia, 334
 efectos secundarios adversos, 333
 precauciones generales, 332
 recomendaciones para el uso, 335
Biofeedback, 378
 Biología celular, 61
 Biotecnología, 14
 Bipolaridad, 270
 Boca seca, 270
 Botox, 51
 Bromuro de hioscina, 330
 Broncoobstrucción, 146
 Broncoscopio, 380
 Bulimia, 122, 230
 Butirofenona, 330
 BZD (Benzodiacepinas), 331, 419

C

Calidad de vida, 32

Calidez, 327

Calificaciones

CEEB, 83

de CI, 83

estándares, 83

T, 83

Z, 83

Cáncer, 369

de tiroides, 54

Cansancio, 168

Carbamazepina, 270, 331

Carbohidratos, 51

Carbonato de litio, 330

Cardiopatía, 8, 35, 375

Caso frontera, 385, 390

Castración, 302

CDI (Inventario McArthur-Bates del Desarrollo de Habilidades Comunicativas), 120, 419

CEEB (*College Entrance Examination Board*), 419

Cefalea, 377, 423

Células

amielínicas, 41

de Kulchitsky, 51, 427

endocrinas, 43

enterocromafines, 51, 427

potsinápticas, 50

Centros de Integración Juvenil, 234

Cerebro, 39

tomografía del, 54

Chalecos de fuerza bioquímicos, 336

Chamanes, 329

ChIPS (Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes), 122, 419

CI (Cociente Intelectual), 83, 92, 208, 419

Ciclo

menstrual, 42

vital, 60

CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades-10), 22, 178, 180, 419
perspectivas futuras, 186

Ciencia

de la clínica, 133

psicológica, 3

Cientificismo, 305

Circunloquios, 161

Cisura

de Silvio, 41, 424

parietooccipital, 41

Citaloprán, 343

CIV (Cociente Intelectual Verbal), 419

Clarificación, 166, 171

Clasificación Internacional de Enfermedades, 22, 178, 179

Clínica psicológica, 155

Clomipramina, 342

Clonazepan, 292, 296, 331, 370

Clordiazepóxido, 331

- Clorhidrato de fluoxetina, 331
 Clorpromazina, 336
 CMAS-R (Escala de ansiedad manifiesta en niños), 120, 419
 Cocaína, 52
 Cociente intelectual, 83
 Código ético, 12
 Coeficiente intelectual, 92
 de ejecución, 92
 verbal, 92
 Cognición, 34
 Cognoscitivo, 116
 Colapso
 circulatorio, 146
 nervioso, 371
 Colecistitis, 374
 Colitis, 372
 Colon irritable, 374
 Coma, 138
 Comisión Nacional
 de Ética en Psicología, 14
 de Higiene Mental, 188
 Competencia, 62
 Comportamiento, 34
 Comprensión, 93
 de las primeras frases, 120
 espacial, 103
 temprana, 120
 verbal, 93, 103
 Comunicación no verbal, 167
 CoNaEP (Comisión Nacional de Ética en Psicología), 14, 419
 Condicionamiento
 instrumental, 303
 operante, 303
 Conducta, 33, 197
 a lo largo de la vida, 65
 adaptativa, 27, 72
 agresiva, 209
 antisocial, 212, 237
 autodestructiva, 27
 de abstinencia, 237
 de consumo, 237
 del individuo, 399
 delictiva, 114
 desviada, 3
 disocial, 238
 inconsciente, 39
 investigación de, 398
 maladaptativa, 27, 134
 manifiesta, 62
 masoquista, 210
 suicida, 210
 Conductismo, 7, 302
 Confabulación, 275
 Confidencialidad, 11
 Confrontación, 174
 Confusión, 137, 138, 331
 mental, 333
 Conocimiento, 87
 Consciencia, 34
 armónica, 20
 pacífica, 20
 periférica, 310
 Consentimiento informado, 77
 Constipación, 374
 Contacto visual, 167
 Contextualismo, 298, 299
 Continuidad, 63
 Contratransferencia, 158
 Control, pérdida de, 28

- Convencionalidad, 29
- Convivencia
laboral, 29
social, 29
- Convulsiones, 272
- Coprolalia, 259
- Corea de Huntington, 288
- Corteza cerebral, 41, 288
- CPTI (Centro de Psicodiagnóstico y Terapias Integrales), 420
- Crecimiento, 64
- Crisis
asmáticas, 379
de angustia, 256
hipertensiva, 269
- Cruda moral, 27
- Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas, 112
- Culpa, 363
- Curva de Gauss, 84
- D**
- Decodificación
auditiva, 131
visual, 131
- Déficit en los sentidos, 284
- Delincuencia, 32, 237
juvenil, 112, 237
- Delincuente, 114
- Delirio, 183, 241, 424
de grandeza, 263
- Delirium, 193
tremens, 275, 331
- Demencia, 18, 28, 73, 188, 193, 287, 424
alcohólica, 275
causas, 288
de origen metabólico, 289
signos de, 287
tipo Alzheimer, 289
vascular, 289
- Dendritas, 44
- Depresión, 2, 18, 23, 168, 184, 262, 272, 349
en la niñez, 209
en los ancianos, 290
endógena, 182
neurótica, 182
postesquizofrénica, 182
sináptica, 49
- Desarrollo, 60, 64
infantil, 116
marco de la psicopatología del, 64
psicopatología del, 60, 64
retrasos en el, 117
- Descarrilamiento, 427
- Deseo erótico, 338
- Desgaste emocional, 21
- Desipramina, 342
- Desnutrición, 396
- Destreza, 165
- Detección de riesgo en la escuela primaria, 119
- Diabetes, 10, 145
mellitus, 299
- Diagnostic and statistical manual: mental disorder*, 189

- Diagnóstico
 grados de, 180
 multiaxial, 253, 281, 296
 perspectivas para el, 400
 psicológico, 148
 Diarrea, 372
 Diazepam, 331, 370
 Diencefalo, 42
 Dipsomanía, 188
 Disalias, 204
 Disartria, 333, 424
 Discapacidad, 286
 intelectual (DI), 28, 119, 207
 Discontinuidad, 63
 Discriminación visual, 117
 Disfagia, 424
 Disfasia, 203
 Disfunción
 cerebral, 119
 sexual, 182
 de origen no orgánico, 184
 Dislexia, 130, 180, 201
 Disnea, 424
 Disquinesia tardía, 338
 Distensión abdominal, 374
 Distimia, 182, 262, 424
 Distractibilidad, 427
 Disuria, 424
 Dolor
 crónico, 369
 del alma, 27
 precordial, 424
 punzante, 426
 Dopamina, 52, 264
 Drogadicción, 32, 235
 Drogas alucinógenas, 336
 DSM-III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión III), 190
 DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV), 208
 DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV, traducida), 420
 DTVP-2 (Método de Evaluación de la percepción Visual de Frostig, versión 2), 106, 420
- E**
- ECC (Ensayo Clínico controlado), 420
 Eco del pensamiento, 244
 Ecolalia, 259
 Edad
 cronológica, 83
 de oro, 283
 proyecta, 283
 Edema, 146
 EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global), 122, 420
 EEG (Electroencefalograma), 53, 56, 420
 Efecto
 Hawthorne, 358
 placebo, 357

- Eficacia
 clínica, 350
 social, 350
- Eje hipotálamo-hipofisiario, 43
- Electroencefalograma, 53, 56
- Embarazo adolescente, 232
- Emociones, 34, 303
 perturbadoras, 309
- Emotividad, 141
- Empatía, 169, 325
- Empoderamiento, 25, 424
- Encefalitis bacteriana, 148
- Encéfalo, 44
- Encopresis, 122, 424
- Encuesta
 AEPS de Intereses familiares, 113
 Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 22
- Endorfina, 52
- ENEP (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica), 22, 420
- Energía pulsional, 301
- Enfermedad(es), 17, 64
 cerebro-vasculares, 145
 coronarias, 145
 de Alzheimer, 51, 53, 139, 288
 del corazón, 272
 del sistema nervioso, 186
 estrés y, 370
 genéticas, 145
 maniaco-depresiva, 262
 médicas, 193
 mentales, 18, 25, 177, 189
 neurodegenerativas, 35
 neurológicas graves, 189
 psicosomáticas, 133, 184
 psiquiátricas, 189
 visión nomotética de la, 31
- Enfermería, 127
- Ensayo Clínico Controlado, 360
- Entrevista clínica, 155
 como herramienta, 156
 habilidades para, 163
 psicológica, 156
 sobre el entrevistado, 160
 sobre el entrevistador, 159
 tipos de, 161
- Entrevista
 libre, 306
 no dirigida, 306
 para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes, 122
- Enuresis, 119, 122, 424
- Envejecimiento, 283
- Epéndimo, 44
- Epigénesis probabilística, 62, 299
- Epigenética, 424
- Epilepsia, 117, 119, 188, 270
- Episodio esquizofrénico, 247
- EPOC (Síndrome de Apnea del Sueño), 420
- Equilibrio psicológico, 395
- Erotomanía, 263
- Error estándar de medición, 85
- Escala
 A-Estado, 127

- A-Rasgo del inventario de ansiedad, 127
- de Ansiedad Manifiesta en niños, 120
- de estilos de decisión de Harren, 293
- de Evaluación de la Actividad Global, 122
- de Inteligencia de Wechsler, 73, 294
 - para Adultos III, 100
 - para Niños-IV, 91
- de reajuste social, 371
- Escolaridad, 227
- Escuchar, 164
- Espasmo laríngeo, 146
- Esquizofrenia, 2, 18, 23, 37, 52, 122, 194, 240, 336, 355
 - catatónica, 245
 - curso y pronóstico, 246
 - diagnóstico, 243
 - fase,
 - activa, 247
 - prodrómica, 247
 - residual, 248
 - hebefrénica, 246
 - indiferenciada, 182, 246
 - paranoide, 245
 - residual, 246
 - síntomas, 241
 - tratamiento, 248
- Estado
 - ánimico, 141
 - de ánimo del paciente, 136
 - de ansiedad, 177
 - de confabulación, 141
 - de confusión, 141
 - de psicosis, 141
 - de tensión, 301
 - esquizotípico, 182
- Estaninas, 83
- Estazolam, 331
- Estornudos, 148
- Estrabismo, 424
- Estreñimiento, 270
- Estrés, 34
 - de ansiedad, 311
 - enfermedad y, 370
 - perfil de, 125
 - postraumático, 311
 - prolongado, 372
 - quirúrgico, 330
 - respuesta fisiológica al, 371
 - traumático, 260
- Estudios doble ciego, 359
- Ética profesional, 10
- Etimología, 148
- Etiología, 188, 424
- Evaluación
 - de FACILITO, 117
 - de precursores instrumentales para la adquisición de la lectoescritura, 117
 - Neuropsicológica Infantil, 130
 - psiquiátrica del funcionamiento del paciente, 122
- Evasión, 168
- Eventos
 - agradables, 76
 - emocionantes, 76
 - psicológicos causales, 368

- Evidencia empírica, 424
- Examen
 del estado mental mínimo, 128
 físico, 135
 mental, 136
- Exantema cutáneo, 146, 425
- Excitación, 184
 paradójica, 338
- Expediente clínico, 150
- Experiencia aja, 425
- Expresión
 genética, 37
 gráfica, 117
 oral, 117
- F**
- F90-F98 (Trastornos del comportamiento y de emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia), 420
- F93.1 (Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia, 420
- FACILITO (Evaluación de Precurrentes Instrumentales para la Adquisición de la Lectoescritura), 117, 420
- Fantasías, 39
- Farmacodependientes, 117
- Farmacología, 329
- Fármacos antidepresivos, 337
- Fatiga, 75, 292, 373
- FDA (*Food and Drug Administration*), 271, 420
- Felicidad, 19
- Fenómeno hipnótico, 310
- Fenomenología, 188
- Fenotiazinas, 330
- Fibras nerviosas amielínicas, 42
- Fisiología neuronal, 48
- Fluidez verbal, 103
- Flunitrazepam, 331
- Fluoxetina, 296, 331, 343
- Flurazepam, 331
- Fluvoxamina, 343
- FO (Fórmulas Obstétricas), 144, 420
- Fobias, 311
 escolares, 199
 específicas, 257
 sociales, 257
- Food and Drug Administration*, 271
- Fórmulas Obstétricas, 144
- Fotofobia, 338
- Fracaso escolar, 201, 228, 403
- Frontera, 386
- Frustración, 373, 380, 382
- Función
 autorregulativa, 382
 autovalorativa, 382
 cognitiva superior, 140
- G**
- GABA (ácido gamaaminobutírico), 52, 420
- GAF (Escala de Evaluación de la Actividad Global), 420
- Gamagrafía, 53

Ganglios, 44
 Gastritis, 372
 Genética, 36
 Genoma humano, 57
 Gestalt, 104
 Gestos, 120
 Glándula tiroides, 288
 Glucosa, 58
 Glutamato, 51
 Gripe, 369

H

Habilidad, 82, 87, 165
 para el cálculo, 103
 Hábitos, 69, 145, 303
 adaptativos, 69
 maladaptativos, 69, 402
 Habla, presión del, 427
 Haloperidol, 336
 Hechos remotos, 139
 Hematuria, 425
 Hemiparesia, 425
 Hemoptisis, 425
 Hendidura sináptica, 48
 Herencia
 multifactorial, 36
 poligénica, 36
 Heroína, 52
 Hidrato de cloral, 330
 5-hidroxitriptamina (5-HT), 51
 Hierba de San Juan, 271
 Hiperactividad, 37, 119, 168,
 184
 Hiperreactividad bronquial,
 381

Hipertensión, 145, 369
 Hipertiroideo, 425
 Hiperventilación, 381
 Hipnosis, 310
 Hipnóticos, 348
 Hipomanía, 263, 425
 Hipotálamo, 42
 Hipotensión, 333, 344
 Hipotonía, 333, 425
 Histeria, 367
 HMP (Prueba de Habilidades
 Mentales Primarias), 103,
 420
 Homeostasis, 42
 Homosexualidad, 182
 Honestidad, 327
 5-HT (5-hidroxitriptamina), 419
 HTP (Prueba de Árbol, Casa,
 Persona), 420
 Humanismo, 305
 Humor, 183

I

Iatrogenia, 361, 425
 negativa, 364
 positiva, 363
 ICD (*International Statistical
 Classification of Diseases
 and Related Health Prob-
 lems*), 420
 Ictericia, 338, 425
 ICV (Índice de Comprensión
 Verbal), 420
 IDARE (Inventario de Ansiedad:
 Rasgo-Estado), 127, 420

- Ideas
 delirantes, 182, 183, 244
 incoherentes, 141
 irracionales, 309
 obsesivas, 28
- Identidad sexual, 387
- Ilogicalidad, 427
- Ilusiones, 141
- IMAO (Inhibidores de la Monoaminooxidasas), 267, 420
- Imipramina, 330, 342
- Imitación vocal, 117
- Impasse*, 391
- Incomodidad de terceros, 29
- Incompetencia, 62
- Incongruencia, 245
- Índice
 de comprensión verbal, 92, **94**
 de efectividad, 351
 de libertad de la distractibilidad, 92
 de memoria de trabajo, 92, **95**
 de organización perceptual, 92
 de razonamiento perceptual, 92, **94**
 de velocidad de procesamiento, 92, **95**
 en factores neuropsicológicos, 294
- Infarto
 agudo al miocardio, 374
 cerebral, 148
- Infecciones cerebrales, 288
- Infelicidad familiar, 375
- Información, 168
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, 344
- Inseguridad, 380, 396
Insight, 324, 388
- Insomnio, 271, 292, 311
- Inteligencia, 72, 136
 frontera, 386
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 179
- Interpretación, 175
 efectivas, 175
- Interrogatorio, 170
- Intervención psicológica, 319
- Intolerancia, 34
- Invalidez, 198
- Inventario
 de ansiedad: rasgo-estado, 127
 MacArthur-Bates del Desarrollo de Habilidades comunicativas, 120
 multifásico de personalidad Minnesota, 73, 89, 115
 para adolescentes, 114
- Invulnerabilidad, 62
- IOP (Índice de Organización Perceptual), 420
- Ira, 51
- IRP (Índice de Razonamiento Perceptual), 420

Irracionalidad, 28
 ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina), 267, 421

J

Jaqueca, 377
 JCCP (*Journal of Consulting and Clinical*), 5, 421
 Jerga psiquiátrica, 183
 Jubilación, 285
 Juegos, 161
 con adultos, 120
 patológicos, 182
 Juicio, 136
 clínico, 72, 352
 de realidad, 184
 no inquisitivo, 325

L

Lamotrigina, 270
 LCR (Líquido Cefalorraquídeo), 44, 58, 421
 Lectoescritura, 117
 Lenguaje, 34, 139, 202, 303
 corporal, 166
 directo, 142
 empobrecido, 242
 expresivo, 109, 130
 no verbal, 284
 receptivo, 130
 Lesión cerebral, 216
 Letargo, 168, 333, 425
 Levo preferencia, 425

Libertad, 19
 Lidocaína, 344
 Límitrofe, 385
 Líquido cefalorraquídeo, 44, 288
 Litio, 269
 Lobotomizadores químicos, 336
 Lorazepam, 331
 Lormetazepam, 331
 LSD (Ácido lisérgico), 421
 Lucidez, 137

M

Madres solteras, 397
 Madurez
 biológica, 60
 psicológica, 60
 Magnetismo animal, 310, 425
Mala praxis, 364
 Malestar psicológico, 134
 Manejo de la ansiedad generalizada, **317**
 Manía, 188, 262
 Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales, 187
 MAO (monoaminoxidasa), 339
 Maprotilina, 343
 Mareos, 271
 MEC (Mini-Examen Cognoscitivo), 129, 421
 Medicamentos, 146
 Medicina, 14, 401

- alterna, 367
 - conductual, 8, 17, 127
 - homeopática, 367
 - naturista, 367
 - Médicos brujos, 329
 - Médula espinal, 44
 - Melancolía, 188
 - Melatonina, 51
 - Melena, 425
 - Memoria, 39, 136, 139
 - de trabajo, 93
 - pérdida de, 287
 - Menarquia, 143
 - Mendicidad, 197
 - Meníngeo, 427
 - Menopausia, 144
 - Método de evaluación de la percepción visual de Frostig, 2a ed, 106
 - Mianserina, 343, 425
 - Microglia, 44
 - Migraña, 377
 - Miniexamen cognoscitivo, 129
 - Mitrazapina, 292, 296
 - MMPI-1,2 (Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota), 421
 - MMSE (Examen del Estado Mental Mínimo), 128, 421
 - Modelo
 - biomédico, 368
 - de psicoterapia, 297
 - contextualista, 298
 - ecléctico, 297
 - mecanicista, 297
 - organicista, 298
 - materialista, 368
 - mecanicista, 368
 - psicológico, 368
 - psicosomático, 368
 - Modorra diurna, 271
 - Monoaminoxidasa, 339, 425
 - Monomanía, 188
 - Morfina, 52, 330
 - endógena, 52
 - Motivación, 75
 - Motriz
 - fino, 116
 - grueso, 116
 - Muerte cerebral, 139
 - Mujeres trabajadoras, 397
 - Mutismo, 245
 - selectivo, 206
- N**
- National Institute of Mental Health*, 191
 - on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 191
 - on Drug Abuse*, 191
 - Náusea, 271
 - Nefazodone, 343
 - Negatividad desafiante, 211
 - Neoplasias, 425
 - cerebrales, 288
 - Nerviosismo, 168, 271
 - Neuralgia, 331, 425
 - Neuritis, 44
 - Neurociencias, 14, 17, 34, 370
 - importancia, 34
 - Neurofisiología, 48

- Neuroglía, 43
- Neurohipófisis, 42
- Neurolépticos, 336, 425
formas de empleo, 336
mecanismo de acción, 336
- Neurología, 127, 401
características, 46
- Neurólogos, 8, 187
- Neuronas, 43
clasificación de, 45
- Neurosis, 177, 184
traumática, 260
- Neurotransmisores, 50, 341
excitadores, 50
inhibidores, 52
- Neurotrofinas, 342
- NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*), 421
- Nicotina, 52
- NIDA (*National Institute on Drug Abuse*), 421
- NIGH (*National Institute of Mental Health*), 421
- Nistagmo, 426
- No-Alzheimer, 288
- Nonagenarios, 286
- Noradrenalina, 375
- Norepinefrina, 51, 264
- Norpetidina, 330
- Nortriptilina, 342
- O**
- Obesidad, 10, 230, 375
- Obnubilación, 138
- Observación, 167
- Obsesión compulsión, 23
- Ocio, 32
- Octogenarios, 286
- Oligodendrocitos, 44
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 19, 178, 421
- Opio, 52
- Opioides, 52
- Oportunidad, 19
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 25, 421
- Organización Mundial de la Salud, 18, 178
Panamericana de la Salud, 25
- Orientación
en el espacio, 137
en el tiempo, 137
personal, 137
- Ortografía
auditiva, 131
visual, 131
- Ortopnea, 426
- Oxazolam, 331
- P**
- Paciente, 309
anciano,
antecedentes familiares, 292
antecedentes medico-quirúrgicos, 291
historia de la condición actual, 292

- impresión diagnóstica multidisciplinaria, 295
- información de TAC del, 293
- valoración clínica, 292
- valoración psicométrica, 293
- antecedentes, 143
 - familiares, 145
 - gineco-obstétricos, 143
 - mórbidos, 143
 - sociales y personales, 144
- aproximación al, 134
- enfermedad actual, 142
- hábitos del, 145
- historia clínica, 141
- identificación del, 142
- motivo de consulta, 142
- nivel de consciencia, 137
- problema,
 - de referencia, 142
 - principal, 142
- revisión por sistemas, 146
- Palabras, articulación de, 117
- Palilalia, 259
- Paráfrasis, 166, 172
- Paraldehído, 330
- Parálisis cerebral, 117
- Paranoia, 336
- Paresia, 188, 426
- Parestesias, 426
- Parkinsonismo, 338
- Paroxetina, 343
- Patognomónico, 426
- Patología, **315**, 399, 426
 - psiquiátrica, 36
- Paz social, 19
- PBE (Práctica Clínica Basada en la Evidencia), 152, 421
- Penicilina, 146
- Pensamiento, 33, 34, 39, 155, 322
 - catastrófico, 382
 - contenido del, 140
 - irracional, 28
 - obsesivo, 258
- Perfeccionismo, 375
- Perfil de estrés, 125
- Personalidad, 3, 82, 141, 386
 - histórica, 183
 - paranoide, 183
- Personas de la tercera edad, 283
- Persuasión, 363
- Pesimismo, 292
- Pica, 119, 426
- Piromanía, 182
- Placebo, 357, 367, 426
- PNCD (Programa Nacional para el Control de Drogas), 421
- Pobreza, 30, 396
 - afectiva, 426
- Poliaquiuria, 426
- Polineuritis, 275
- Poliuria, 426
- Posmodernidad, 311
- Posmodernismo, 311, 312
- Potenciales evocados, 57
- Práctica clínica basada en la evidencia, 152
- Preguntas
 - definidas, 162

- específicas, 162
- libres, 162
- no dirigidas, 162
- Prejuicios, 309
- Problema
 - alimentario, 119
 - cognitivo de la atención, 426
 - de ansiedad, 119
 - de conducta, 119
 - de lenguaje, 119
 - de salud, 119
 - de socialización, 119
 - emocional, 119
 - escolar, 119
 - fonoarticular, 204
 - psicomotor, 119
- Proceso terapéutico
 - fase,
 - de desarrollo, 323
 - de terminación, 326
 - inicial, 320
- Prometazina, 330
- Proselitismo, 363
- Prostitución, 197
- Proteínas G, 342
- Proyecto Genoma Humano, 37
- Pruebas
 - Beery-Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz, 104
 - de aptitud para niños, 91
 - de Bender, 73
 - de Bender-Gestalt, 104
 - de frases incompletas, 293
 - de funcionamiento neuropsicológico, 293
 - de Habilidades Mentales Primarias, 103
 - de inteligencia, 77
 - Wechsler, 293
 - de la percepción temática, 73
 - de las manchas de tinta de Hermann Rorschach, 73, 112
 - de la personalidad, 73, 112, 293
 - de Rorschach, 112
 - discordantes, 191
 - Gestalt visomotor de Bender, 293
 - Luria Nebraska, 129
 - neuropsicológicas, 127
 - no verbales, 104
 - para adultos, 122
 - para niños y adolescentes, 116
 - proyectivas, 73, 108
 - de figura humana para adultos, 73
 - de figura humana para niños, 73
 - psicológicas, 72, 73
 - calificación, 81
 - casos especiales de aplicación de, 81
 - confiabilidad, 85, 86
 - confidencialidad de resultados, 79
 - consideraciones para el uso, 75
 - de grupo, 80
 - instrucciones, 76

- limitaciones, 73
- lugar de aplicación de, 78
- normas y estandarización de, 82
- programación, 76
- validez, 86
- validez aparente, 87
- validez concurrente, 88
- validez de contenido, 87
- validez en relación con el criterio, 88
- validez predictiva, 89
- visomotoras, 104
- Pseudociencia, 300
- Psicoanálisis, 300
- Psicoanalistas, 8
- Psicofarmacología, 329
 - historia, 329
- Psicofármacos, mecanismos de acción, 341
- Psicología, 32, 127, 401
 - clínica, 1, 160, 177, 347
 - campo profesional, 7
 - historia, 2
 - Lightner Witmer, padre de la, 4
 - técnicas neurobiológicas de exploración en, 52
 - crítica a la, 354
 - efectos asociados con el tratamiento, 356
 - el examinador en, 74
 - en México, 6
 - escolar, 3
 - experimental, 3
 - industrial, 3
 - investigación científica de, 156
 - modelo científico-práctico, 354
 - moderna, 7
 - organizacional, 3
 - posmoderna, 312
 - profesionales en, 74
 - profesiones de ayuda, 2
 - psiquiátrica, 177
 - social, 3
- Psicólogo clínico, 1, 71, 74, 155, 159, 166, 297, 320, 329
 - acatar normas morales y legales, 12
 - código ético, 12
 - como científico-práctico, 349
 - como investigador, 355
 - desde la perspectiva del desarrollo, 398
 - énfasis en la prevención, 396
 - estándares profesionales, 395
 - ética profesional, 10
 - formación del, 10
 - habilidad para transmitir el mensaje, 173
 - pericia clínica, 351
 - perspectivas para el futuro, 393
 - práctica,
 - clínica basada en la ciencia, 348
 - profesional fraudulenta, 11
 - profesional, 134
 - respetar los derechos humanos, 12

- reto en la prevención, 396
 trabajo multidisciplinario, 9
 valores éticos, 13
- Psicólogos, 187
- Psicómetra, 74
- Psicometría, 3
 bases,
 científicas, 72
 técnicas, 71
 teóricas, 71
 en la clínica, 91
 fundamentos, 72
- Psiconeurosis, 189
- Psicopatología, 20, 187, 197
 bases biológicas, 33
 clínica, delimitar la profesión, 393
 del desarrollo, 60
 diversas perspectivas, 398
 visión evolutiva, 59
- Psicosis, 122, 148, 184, 189, 215, 330
 aguda, 182
 maniaco depresiva, 65
 orgánicas, 336
- Psicoterapeuta, 319
- Psicoterapia, 154, 272, 296, 319
 de juego, 209
 enfoque,
 biológico, **314**
 cognoscitivo, **314**
 conductista, **313**
 etnopsicopatológico, **314**
 etológico, **315**
 existencialista, **315**
 experimental, **315**
 fenomenológico, **315**
 posmoderno, **314**
 psicoanalítico, **316**
 social, **316**
- Gestalt, 306
 racional, **317**
- Psiquiatras, 8, 187, 400
- Psiquiatría, 127, 401
- PsyD (Doctor en Psicología), 421
- Pulsión, 301
 de muerte, 301
 de vida, 301
 sexual, 301
- Punción lumbar, 58
- Puntada de costado, 426
- R**
- Raciocinio, 103
- Radiofármaco, 55
- Rapport*, 78, 324, 427
- Rayos
 gama, 55
 X, 54
- Razonamiento perceptual, 93
- Reflejo de sentimientos, 167
- Rehabilitación, 155
- Relación terapéutica, 324
- REM (*Rapid Eye Movement*), 421
- Resentimiento, 373
- Reserpina, 330
- Resiliencia, 27, 427
- Resonancia magnética, 55
 funcional, 55

- Respiración, 43
- Retraso
 escolar, 229
 mental, 81, 207
- Rinitis alérgica, 146
- Rinorrea, 148, 427
- RMf (Resonancia Magnética funcional), 55, 421
- RMN (Resonancia Magnética), 55, 421
- Robo, 182
- Robótica, 14
- S**
- Salud
 física, 8, 18
 mental, 8, 17, 18, 186, 197, 386
 problemática de en México, 21
 visión nomotética de la, 31
- Sedación, 348
- Sedantes, 329, 331
- Sedentarismo, 232, 375
- Semiología psicológica, 148
- Senectud, 283
- Sentimientos, 141, 155, 322
 de incompetencia, 292
 de interdependencia de un grupo, 29
 mayoritario de comunidad, 29
 reflejo de, 167
 reflexión de, 172
- SEP (Secretaría de Educación Pública), 22, 421
- Sepsis, 427
- Septuagenarios, 285
- Serotonina, 51, 264, 336, 427
 cerebral, 330
- Sertralina, 343
- Sexagenarios, 285
- Sexualidad, 232
- Short-Portable Mental State Questionnaire*, 129
- SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), 421
- Signos, 148, 427
 lingüísticos, 202
- Sinapsis, 48
 eléctricas, 49
 químicas, 49
- Síndrome, 148, 427
 autista, 213
 de abstinencia, 211
 de apnea del sueño, 332
 de Asperger, 214
 de colon irritable, 372
 de Down, 117
 de estrés postraumático, 256
 de Korsakoff, 275
 de Parkinson, 249
 febril, 148
 gripal, 148
 hipertiroideo, 148
 meníngeo, 148
 neuroléptico, 338
 postVietnam, 260
 premenstrual severo, 265
- Síntesis, 167
- Síntoma, 148, 427
- Sintonía, 165

Sistema

- cardiovascular, 147
- de evaluación, valoración y planeamiento de programas para infantes y preescolares, 116
- digestivo, 147
- endocrino, 147
- genitourinario, 147
- nervioso,
 - autónomo, 41
 - central, 41, 427
 - periférico, 41
 - neurológico, 147
 - respiratorio, 147
 - vascular, 289
- SMP (Sociedad Mexicana de Psicología), 421
- SNC (Sistema Nervioso Central), 44, 208, 264, 332, 421, 427
- Sociedad Mexicana de Psicología, 14
- Sociodramas, 310
- Sociología, 32
- Somnolencia, 271, 331, 333
- Sonambulismo, 119
- Sopor, 138
- SPMSQ (*Short-Portable Mental State Questionnaire*), 129, 421
- Subjetivismo del psicoanálisis, 305
- Subprueba
 - de aritmética, **99**
 - de búsqueda de símbolos, **97**

- de comprensión, **97**
- de conceptos con dibujos, **95**
- de diseño con cubos, **94**
- de figuras incompletas, **98**
- de información, **98**
- de matrices, **97**
- de palabras en contexto, **99**
- de registros A y B, **98**
- de retención de dígitos, **95**
- de semejanzas, **94**
- de sucesión de números y letras, **96**
- de vocabulario, **96**
- Sueño REM, 50
- Sufrimiento, 2, 24, 27
 - psicológico, 27
- Sugestión, 363
- Suicidio, 22, 32
- Sulfonal, 330
- Sustancia gris, 41

T

- Tabaquismo, 10, 145
- Tabla de talla y peso para la población mexicana, 67
- TAC (Tomografía Axial Computarizada), 53, 421
- Tálamo, 42
- Tangencialidad, 427
- Taquicardia, 371
- Tartamudez, 112, 205
- TCC (Terapia Cognitivo-Conductual), 307, 421
- TCE (Traumatismo Craneoencefálico), 216, 421

- TEC (Terapia Electro-Convulsiva), 280, 421, 425
- Técnica
 del dibujo proyectivo HTP, 109
 manual y guía de interpretación, 109
 neurobiológica de exploración, 52
- Telencefalización, 43, 427
- Teoría
 cognitivo conductual, 306
 córtico-visceral, 380
 darwiniana de la evolución, 303
 de aprendizaje social, **317**
 de la confiabilidad clásica, 85
 de Rogers, 306
 psicodinámica, 158, 368
 psicológica de estímulo-respuesta, 303
- Terapeutas, 309, 319
 físicos, 116
 ocupacionales, 116
- Terapia
 analítica funcional, **317**
 antidepressiva, 332
 breve, 308
 dinámica, 309
 flexible, 309
 cognitivo,
 conductual, 306
 estructural, **317**
 narrativa, **318**
 de aceptación y compromiso, **317**
 de condicionamiento verbal, **317**
 de conducta, 211
 dialéctica, **317**
 de habilidades afrontamiento, **317**
 de inhibición recíproca, **317**
 de solución de problemas, **317**
 de valoración cognitiva, **317**
 del condicionamiento encubierto, **317**
 electro convulsiva, 280, 341, 425
 emotivo racional, 309
 lingüística de evaluación, **318**
 multimodal, **317**
 paradigmática, **317**
 postnacionalista, **318**
 racional,
 de la conducta, **317**
 emotiva conductual, **317**
- Terminología psiquiátrica, 183
- Tiramina, 269
- TOC (Trastorno Obsesivo-Compulsivo), 256, 421
- Tomografía
 axial computarizada, 53
 del cerebro, 54
- Tonsilectomía, 143, 427
- Toxina botulina, 51
- Trabajo social, 128
- Tracto
 gastroinpruebainal, 51
 gastrointestinal, 427

- hipotálamo-hipofisiario, 43
- Tranquilizantes mayores, 335
- Tranquilizar, 363
- Transferencia, 158
- Trastorno(s)
- adaptativos, 194
 - adictivos, 310
 - afectivos, 22, 119, 181, 182
 - amnésicos, 193
 - antisociales del comportamiento, 213
 - bipolar, 183, 261
 - clínicos, 193
 - cognoscitivos, 193
 - conductuales, 17, 229
 - de angustia, 256
 - de ánimo, 177, 261
 - de ansiedad, 194, 199, 255
 - fóbica de la infancia, 185
 - generalizada, 256, 339
 - por separación, 122
 - de aprendizaje, 73, 200
 - de atención con hiperactividad, 37
 - de déficit de atención con hiperactividad, 355
 - de emociones de comienzo habitual,
 - en la adolescencia, 185
 - en la infancia, 185
 - de ideas delirantes, 182
 - de identidad genérica, 182
 - de la alimentación, 182, 230, 355
 - de la conducta, 209, 355
 - adulta, 182
 - alimentaria, 184, 185, 194
 - de la identidad sexual, 185, 194
 - de la infancia, 197, 199
 - de la inteligencia, 189
 - de la percepción, 81
 - de la personalidad, 66, 181, 193, 194, 389
 - de la preferencia sexual, 182
 - de los hábitos, 310
 - de Tourette, 259
 - del adolescente, 227
 - del adulto, 255
 - del afecto, 261, 265
 - del ánimo, causas, 263
 - del carácter, 189
 - del comportamiento, 17, 185, 189
 - del adulto, 181
 - del control de los impulsos, 194
 - del desarrollo psicológico, 185
 - del estado del ánimo, 194
 - del humor, 181
 - del lenguaje, 201
 - del pensamiento, 427
 - del sistema nervioso central, 117
 - del sueño, 194
 - no orgánicos, 182
 - depresivo, 261
 - unipolar mayor, 295
 - disociales, 122
 - disociativos, 194
 - emocionales, 229

en la edad propecta, 283
 específicos de la lectura, 180
 esquizotípico, 182
 extendido del desarrollo, 213
 facticios, 194
 fonoarticulares, 202
 frontera,
 de la esquizofrenia, 386
 de la personalidad, 386
 gastrointestinales, 372
 generalizado del desarrollo,
 119, 180
 genéticos, 288
 mentales, 17, 178, 181, 197,
 329
 diagnóstico, 177
 por enfermedad médica,
 193
 sistemas de clasificación,
 177
 negativista desafiante, 122
 neurológicos, 18, 128
 neuróticos, 184
 no orgánicos del sueño, 185
 obsesivo compulsivo, 51, 122,
 256, 257
 por déficit de atención con
 hiperactividad, 122
 por estrés postraumático,
 122, 259
 psicológicos, 18
 psicosomáticos, 311, 367, 372
 psiquiátricos, 18, 128, 145
 relacionados con sustancias,
 194
 sexuales, 194

somáticos, 382
 somatomorfos, 184, 194, 428
 Trauma postoperatorio, 330
 Traumatismo craneoencefálico,
 216
 Trazodone, 343
 TRE (Terapia Emotivo Racio-
 nal), 421
 Triazolam, 331
 Tricotilomanía, 215
 Trisomía 21, 36
 Trombosis, 374

U

UADY (Universidad Autónoma
 de Yucatá), 421
 Úlcera
 gástrica, 372
 péptica, 372

V

Vademécum, 428
 Validez
 aparente, 87
 concurrente, 88
 de contenido, 87
 en relación con el criterio, 88
 predictiva, 89
 Vandalismo, 237
 Vejez, 70, 283
 Vértigo, 331
 Viloxacina, 343
 Violencia, 34, 197
 Visión borrosa, 270

Vivencias

agradables, 236

negativas, 236

VMI (Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz), 104, 422

Vocabulario, 93

escrito, 131

Voces alucinatorias, 244

Vulnerabilidad, 62, 382

W

WAIS-III (Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos, versión 3), 422

Wechsler Intelligence Scales for Children, 209

WISC-IV (Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, versión 4), 91, 422

Y

Yo

ideal, 306

real, 306

Yoga, 367

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de la
primera edición el 15 de septiembre de 2008
en los talleres de
Acabados Editoriales Incorporados, S.A. de C.V.,
Arroz 226, col. Santa Isabel Industrial, 09980
México, D.F.

1a ed, 2008

•