

EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ABORDAJE DE TRASTORNOS MENTALES

AUTORA: DIANA PULIDO



San Marcos

Introducción	3
El rol del psicólogo en el abordaje de trastornos mentales	5
Las causas, evaluación, impacto y consecuencias de los trastornos mentales	8
Trastorno de ansiedad generalizada	11
Trastorno de angustia	12
Fobias	13
Agorafobia	14
Trastorno de estrés postraumático	17
Entrevista clínica, examen mental, evaluación conductual y otras fuentes de evaluación	19
Entrevista clínica	19
Examen mental	21
Observación directa	21
Cuestionarios e inventarios	22
Tratamiento	23
Tratamiento Trastorno obsesivo compulsivo	29
Tratamiento para estrés postraumático	29
Conclusión	30
Bibliografía	31

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



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

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

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

Factores de riesgo

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

Factores de protección

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



Lectura recomendada

Lectura complementaria: capítulo 3 páginas 63 a la 69.

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

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

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

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

El rol del psicólogo en el abordaje de trastornos mentales



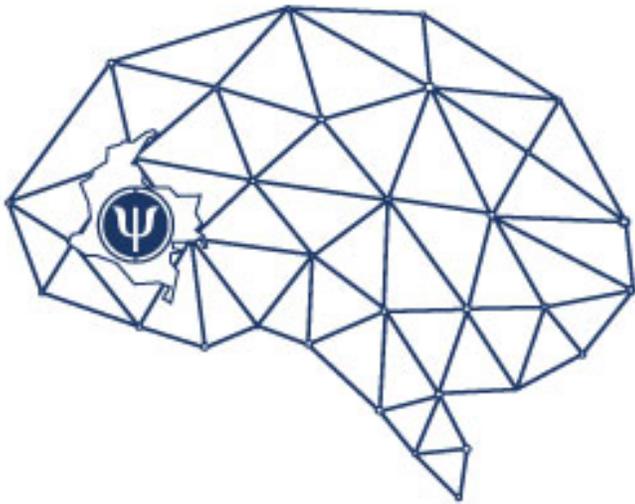


Figura 1.

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

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



Visitar página

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Instrucción

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

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

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

relacionados con trastornos específicos de ansiedad y finalmente sobre depresión.



¡Datos!

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

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

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

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



Figura 2.
Fuente: Shutterstock/42813167

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

Las variables se definieron así:

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



Instrucción

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



Lectura recomendada

Capítulo 4, páginas 151 a 163.

Manual de terapia de conducta en la infancia

María Isabel Comeche Moreno y Miguel Vallejo Pareja

Trastorno de ansiedad generalizada

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



Figura 3.
Fuente: Shutterstock/525402751

Trastorno de angustia



Figura 4.
Fuente: Shutterstock/533954944

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

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

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

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

Fobias



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

Figura 5.
Fuente: Shutterstock/625214822



Lectura recomendada

Capítulo 3, páginas 132 al 136.

Manual de terapia de conducta en la infancia

María Isabel Comeche Moreno y Miguel Vallejo Pareja

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

Agorafobia

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



Figura 6.
Fuente: Shutterstock/230477293

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

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

Trastorno obsesivo compulsivo

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



Figura 7.
Fuente: Shutterstock/393427207



Ejemplo

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

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

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



Conducta psicótica

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

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

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

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



Ejemplo

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

Trastorno de estrés postraumático



Figura 8.

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

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

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



Ejemplo

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

Trastornos depresivos

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



Ejemplo

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

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

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

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

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

Entrevista clínica

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

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

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

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

la presencia de trastornos mentales, tratamientos y hospitalizaciones.

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

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

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

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

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

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

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



Instrucción

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

Examen mental

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

Observación directa

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

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



Observación directa

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



Figura 9.
Fuente: Shutterstock/540088372

Cuestionarios e inventarios

El índice de sensibilidad a la ansiedad

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

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

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

El inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley

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

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

La escala del Trastorno obsesivo compulsivo para niños

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

La escala del procesamiento cognitivo del trauma

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

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



Instrucción

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

Tratamiento

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

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

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

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

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

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

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



Figura 10.

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

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

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

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

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

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



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

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



Ejemplo

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

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

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

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

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

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

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



Figura 12.
Fuente: Shutterstock/644805682

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

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

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

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

Tratamiento Trastorno de pánico

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

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

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

Tratamiento Trastorno obsesivo compulsivo

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

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

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

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

Tratamiento para estrés postraumático

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



Instrucción

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

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

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

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



Ejemplo

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

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

Conclusión

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

en términos de salud mental evidenciadas en la población.



Instrucción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



www.usanmarcos.ac.cr

San José, Costa Rica