

# **EXAMEN MENTAL Y FUNCIONES COGNITIVAS, CONDUCTUALES Y RELACIONALES**

**AUTORA: DIANA PULIDO**



**San Marcos**

Introducción . . . . .	3
Examen mental y funciones cognitivas, conductuales y relacionales . . . . .	4
Atención . . . . .	6
Memoria . . . . .	10
Pensamiento . . . . .	13
Exploración de los afectos y emociones. . . . .	15
Generalidades en investigación empírica sobre trastornos mentales . . . . .	16
Trastornos de ansiedad . . . . .	16
Trastornos somatomorfes y disociativos . . . . .	18
Trastornos del estado de ánimo . . . . .	19
Trastornos alimentarios . . . . .	22
Trastornos de personalidad . . . . .	23
Guías en psicología . . . . .	24
Apoyo comunitario . . . . .	30
Bibliografía . . . . .	31

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

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

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

# Examen mental y funciones cognitivas, conductuales y relacionales



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

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

1. La evaluación sobre su forma de vestir, presentarse, contacto visual, conducta no verbal, postura, aseo y porte, signos de ansiedad o de tristeza.
2. Por su parte la orientación busca comprender si la persona tiene clara la relación entre tiempo, espacio y persona, es decir, dónde está, quién es y ubicación de fecha, día y hora.
3. Respecto al sueño, se evalúa cantidad y calidad del sueño, identificando hipersomnias, insomnio y parasomnias.
4. El afecto hace referencia al estado emocional que se ha mantenido en el tiempo reciente como elevación del estado de ánimo o euforia, exaltación, tristeza, apatía, miedo, ansiedad, pánico, melancolía, depresión, irritabilidad, entre otras.
5. En el proceso atencional se identifica su aumento (hiperprosexia),

disminución (disprosexia) o ausencia (aproxesia), la orientación de su cuerpo hacia estímulos particulares, la focalización a algún estímulo ambiental y la concentración evidenciada en la entrevista (Rubio, 2014).

6. El pensamiento se relaciona con alteraciones en el curso (asociación y velocidad entre las ideas), la forma (presencia de pensamiento mágico, ilógico) y el contenido (identifica ideas y temáticas relacionadas con distintos tipos de delirios como de culpa, ruina, celos, persecución, entre otros).
7. En el lenguaje se evalúa alteraciones en el mismo en términos de ausencia, intensidad, ritmo, articulación, tartamudez, repetición y comprensibilidad (nuevas palabras, incoherencia), alteraciones del lenguaje mímico y escrito (disgrafía, dislexia, agrafia).
8. Estado de conciencia que se relaciona con el estado de vigilia o alerta, capacidad de conexión con su entorno, identificando si está en estado de alerta o somnolencia en el momento de la entrevista; en sensopercepción se evalúa presencia de alucinaciones, ilusiones, despersonalización.
9. En memoria identifican tres tipos: inmediata, reciente y remota, se evalúa la presencia o ausencia de amnesias para evocar información del pasado o la capacidad de almacenar nueva información, alteración en reconocimiento, uso de fantasía en sus relatos.

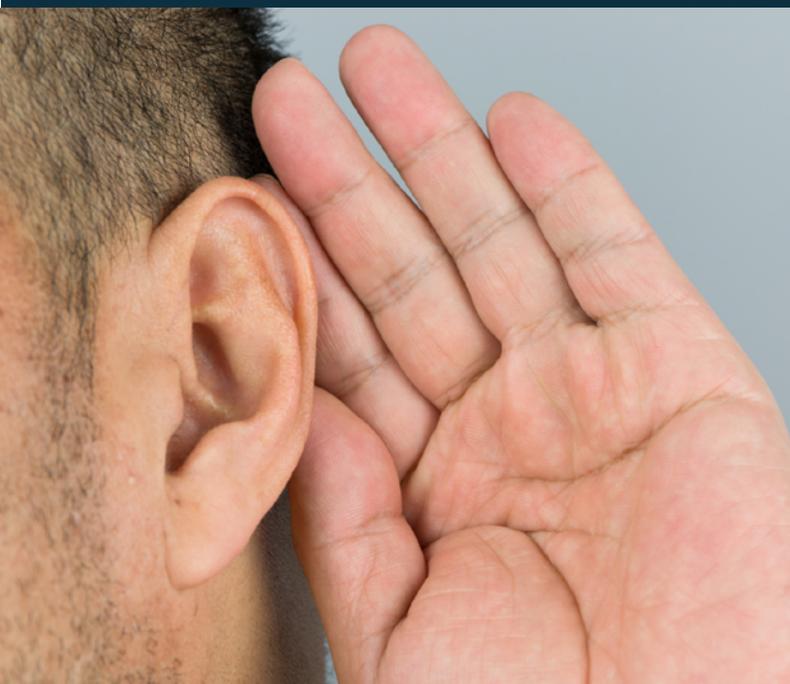
10. a evaluación de inteligencia se relaciona con su formación y vocabulario, nivel Leducativo y socioeconómico, y en general la capacidad de adaptación y funcionalidad en su entorno.
11. El juicio de realidad permite la evaluación de la situación actual en relación con su experiencia previa relacionado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



#### Instrucción

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

### Atención



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

Figura 1.  
Fuente: Shutterstock/343322531

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

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

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

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

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

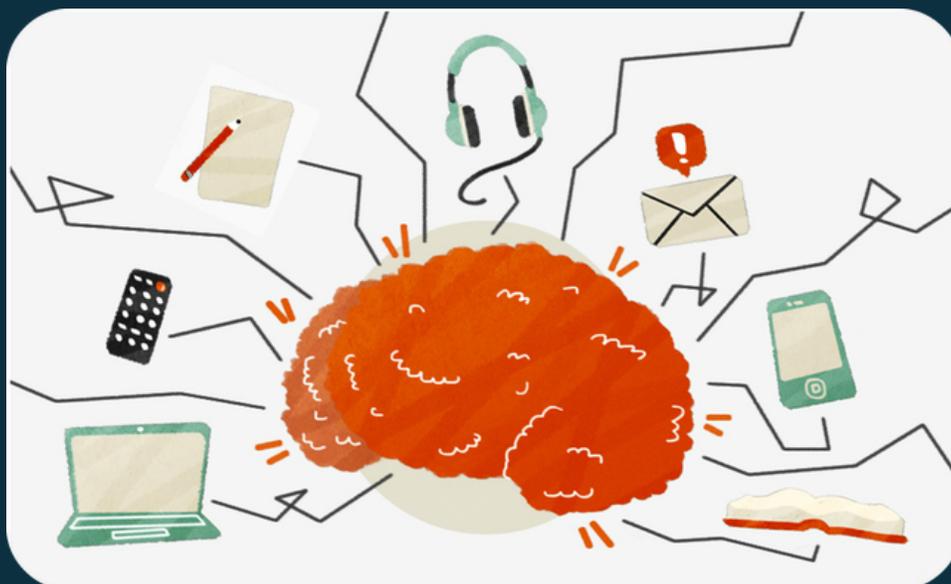


Figura 2.

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

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



### Ejemplo

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

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

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

Para este autor la investigación se centra en dos aspectos:

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

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



Figura 3.

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

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

## Memoria

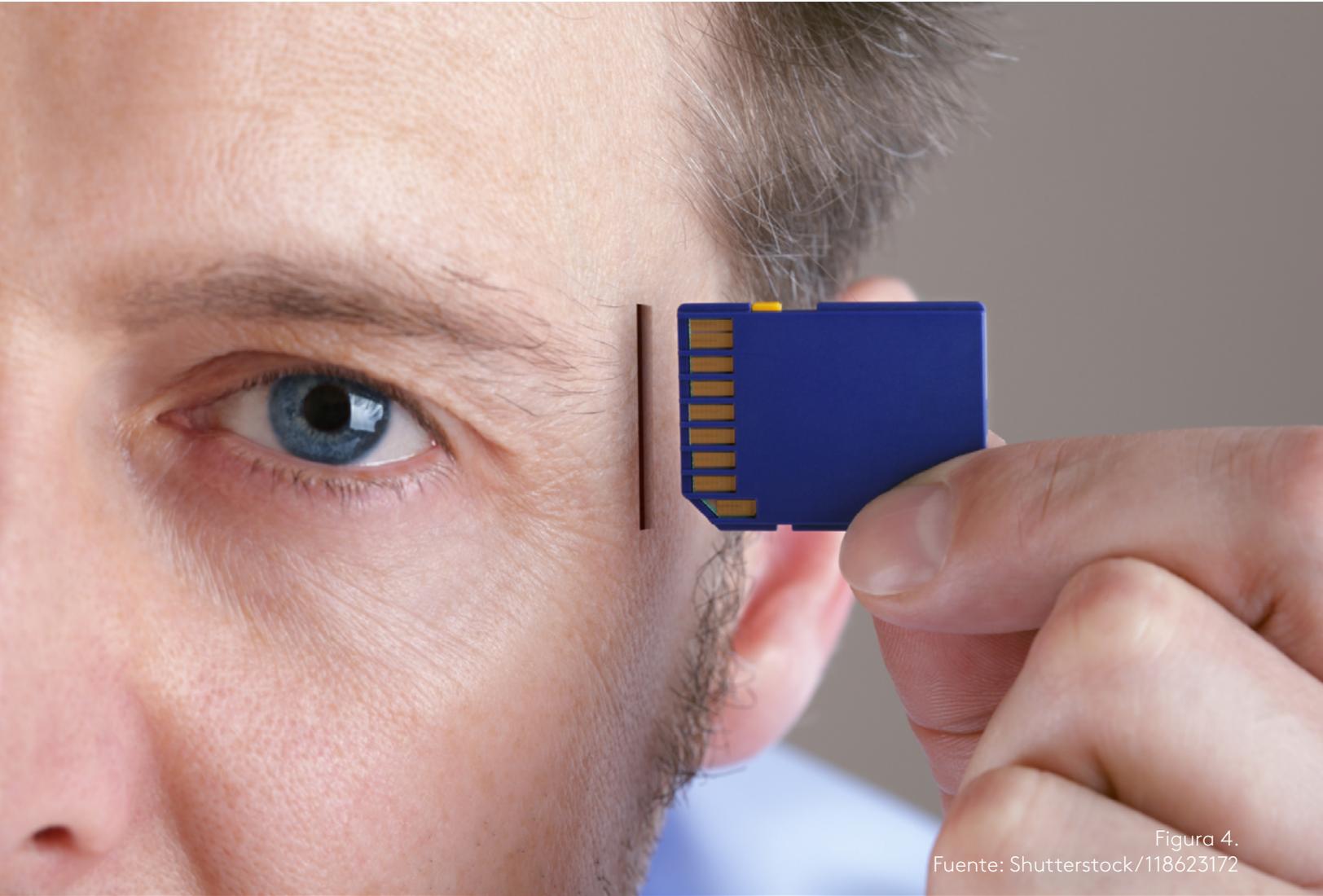


Figura 4.  
Fuente: Shutterstock/118623172

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

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



Figura 5.  
Fuente: Shutterstock/495549493

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

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

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

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

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

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

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

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

## Pensamiento



Figura 6.  
Fuente: Shutterstock/231366088

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

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

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

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

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

## Exploración de los afectos y emociones

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

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



Figura 7.  
Fuente: Shutterstock/732833647

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

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



### Instrucción

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

## Generalidades en investigación empírica sobre trastornos mentales

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

### Trastornos de ansiedad

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

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

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

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

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

Los tratamientos con más alta efectividad para este trastorno son:

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



## Ejemplo

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

### **Las aplicaciones que se han hecho en distintos trastornos**

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



Figura 8.

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

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

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

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



### Ejemplo

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

## Trastornos somatomorfes y disociativos

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

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

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

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



### Ejemplo

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



### Eficiencia

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

## Trastornos del estado de ánimo

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



Figura 9.

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

Las causas implican cuatro tipos de influencias:

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

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



#### Efectividad

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

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

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

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

## Trastornos alimentarios

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



Figura 10.  
Fuente: Shutterstock/570040627



Figura 11.  
Fuente: Shutterstock/131375909

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

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

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

## Trastornos de personalidad

Importante recordar que estos trastornos están incluidos en tres categorías:

- Grupo A caracterizados por ser raros o excéntricos (esquizoide, esquizotípica y paranoide).
- Grupo B caracterizados por ser dramáticos, emocionales y erráticos (histriónico, límite, antisocial y narcisista).

- Los del grupo C caracterizados por ser ansiosos y temerosos (evitativa, dependiente y obsesiva compulsiva).

### En el grupo A

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

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

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

### En el grupo B

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

## Guías en psicología

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

### En el grupo C

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

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

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

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

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



### Lectura recomendada

Sección teórica capítulo 1, páginas 9 a la 25.

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

Leonardo Adrián y Luciana Sofía Moretti

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

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

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

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

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



### Ejemplo

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

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

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

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

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

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

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

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



#### Instrucción

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

<https://vimeo.com/254537329>

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

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



#### Lectura recomendada

Capítulo 2, páginas 111 a la 149.

*Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI*

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



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

### Eficacia

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

### Psicología clínica basada en la evidencia

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

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



Figura 12.

Fuente: Shutterstock/383640433

Hay tres tipos de eficacia:

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

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

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



#### Instrucción

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

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

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

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



#### Instrucción

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

## Apoyo comunitario

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

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

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



### Instrucción

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

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

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

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

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

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

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



[www.usanmarcos.ac.cr](http://www.usanmarcos.ac.cr)

San José, Costa Rica