

MÓDULO DIDÁCTICO

Psicología clínica

Cartilla teórico-práctica
para el trabajo con el paciente

Hernán Darío Lotero Osorio

MÓDULO DIDÁCTICO

Psicología clínica

Cartilla teórico-práctica para el trabajo con el paciente

Hernán Darío Lotero Osorio

 **Fondo Editorial**
Institución Universitaria de Envigado

Lotero Osorio, Hernán Darío

Módulo didáctico psicología clínica: cartilla teórico-práctica para el trabajo con el paciente /
Hernán Lotero – Envigado: Institución Universitaria de Envigado. Facultad de Ciencias Sociales.
Programa de Psicología, 2020.

61 páginas: ilustraciones

ISBN (pdf) 978-958-53123-8-8

1. Psicología clínica

616.89 (scdd ed. 20)

Módulo didáctico psicología clínica: cartilla teórico-práctica para el trabajo con el paciente

Autor: Hernán Darío Lotero Osorio

© Institución Universitaria de Envigado, (IUE)

Colección Institucional

Edición: diciembre de 2020

Hechos todos los depósitos legales

Rectora

Blanca Libia Echeverri Londoño

Director de Publicaciones

Jorge Hernando Restrepo Quirós

Coordinadora de Publicaciones

Lina Marcela Patiño Olarte

Asistente Editorial

Nube Úsuga Cifuentes

Diagramación y diseño

Leonardo Sánchez Perea

Corrección de texto

Erika Tatiana Agudelo

Edición

Sello Editorial Institución Universitaria de Envigado

Fondo Editorial IUE

publicaciones@iue.edu.co

Institución Universitaria de Envigado

Carrera 27 B # 39 A Sur 57 - Envigado Colombia

www.iue.edu.co

Tel: (+4) 339 10 10 ext. 1524

Impreso en Colombia – Printed in Colombia

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, no comprometen en ningún sentido a la Institución Universitaria de Envigado.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento -No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

*Conozca todas las teorías.
Domine todas las técnicas,
pero al tocar un alma humana
sea apenas otra alma humana.*

CARL GUSTAV JUNG

Contenido

INTRODUCCIÓN	6
UNIDAD 1. EL ESTUDIANTE OBSERVA O SE INFORMA	
1.1. El método clínico	8
1.2. Habilidades clínicas y vínculo terapéutico	10
1.3. Lo normal y lo patológico	16
1.4. Primera entrevista psicológica y motivo de consulta	18
1.5. Niveles y modelos de intervención	22
1.6. Estado mental	25
UNIDAD 2. EL ESTUDIANTE ACTÚA GUIADO POR EL DOCENTE	
2.1. Entrevista clínica	28
2.2. Formulación de hipótesis y diagnóstico clínico	32
2.3. Formulación de objetivos terapéuticos	36
2.4. Informes clínicos	38
2.5. Modalidades y tipos de atención terapéutica	42
UNIDAD 3. EL ESTUDIANTE ACTÚA OBSERVADO POR EL DOCENTE	
3.1. Fase de intervención y análisis de caso	44
3.2. Guías clínicas y rutas de atención	47
3.3. Dificultades terapéuticas o dilemas éticos en la atención clínica	50
3.4. Seguimiento y cierre de caso	53
BIBLIOGRAFÍA	57
Información acerca del autor	60

INTRODUCCIÓN

El actual módulo educativo tiene como objetivo realizar un apoyo al proceso de formación clínica del estudiante de psicología de la Institución Universitaria de Envigado (IUE). En este se presentan tres unidades basadas en la estructura del modelo de docencia servicio, las cuales le orientarán en la capacitación en diversas temáticas como conceptos básicos de psicología clínica, entrevista clínica, estructuración de sesiones clínicas, métodos de evaluación y diagnóstico psicológico, principios éticos en los tratamientos psicológicos, elaboración de documentos e informes clínicos, niveles y modalidades de intervención clínica y construcción de intervenciones clínicas y grupales.

Estas unidades de aprendizaje se basan en el modelo de la relación docencia servicio desde la metodología de delegación progresiva propuesta en el Decreto 2376 de 2010. Se pretende, mediante la implementación de tres momentos específicos (el estudiante observa o se informa, el estudiante actúa guiado y el estudiante actúa observado), realizar un entrenamiento en habilidades clínicas para permitir un actuar cada vez más autónomo por parte del terapeuta.

El propósito de este módulo es apoyar en la formación de competencias clínicas que demuestren coherencia con el modelo de proyecto educativo de Institución Universitaria de Envigado, y posibilitar un desempeño ético, profesional y humano de los futuros psicólogos egresados de nuestra institución. A continuación, se refieren las competencias que pretende desarrollar este módulo educativo en conjunto con la asignatura de prácticas clínicas de la carrera de psicología.

La praxis en psicología clínica de la IUE hace parte del componente de formación disciplinar del área de la investigación y práctica. Pretende desarrollar en el estudiante competencias y habilidades conforme a la estructuración del método clínico, que fortalezcan su quehacer profesional y ocupacional, necesarias para complementar sus conocimientos en el campo de la psicología.

La práctica clínica en un espacio regulado conforme a las disposiciones legales vigentes del Decreto 2376 de 2010, el cual regula y reglamenta el modelo de formación del talento humano en salud basado en la metodología de docencia servicio. Este busca empoderar al estudiante para hacer una reflexión crítica de la realidad social y cultural de su región y país, y le permite pensar sobre la condición humana, diseñar estrategias de intervención individual y grupal y dar solución a problemáticas relacionadas con la salud mental y las nuevas tendencias de la estructura familiar y los conflictos a su interior.

Cuando el estudiante se encuentra en contexto, se le facilita hacer conexión con los fundamentos conceptuales y la aplicación de metodologías de investigación e intervención dentro del marco ético de su rol profesional como psicólogo.

De acuerdo con lo anterior, se entiende la práctica profesional clínica como un conjunto de acciones planificadas, propias de la formación profesional y de la aplicación del conocimiento, que cualifican al estudiante para el ingreso al entorno laboral, constituyéndose en un espacio importante para el perfeccionamiento de competencias disciplinares que lo motivan como líder y potencial actor social.

Para la IUE, la práctica clínica constituye un eje importante dentro de la proyección social y la extensión, que le permite impactar a un alto número de personas que solicitan ser atendidas por los psicólogos de práctica profesional, siendo un beneficio de doble efecto, pues el estudiante aprende y los usuarios reciben intervención y soporte psicológico que les permite resolver dificultades personales que van a beneficiar a su entorno familiar y social.

El propósito de la formación es posibilitar en los estudiantes de psicología el desarrollo de competencias de atención clínica y trabajo grupal y comunitario, a través de la práctica formativa en los escenarios de salud, habilitados conforme a la ley vigente para este fin.

UNIDAD 1.

EL ESTUDIANTE OBSERVA O SE INFORMA

Unidad 1. El estudiante observa o se informa

El método clínico.
Habilidades clínicas y vínculo terapéutico.
Lo normal y lo patológico.
Primera entrevista psicológica y motivo de consulta.
Niveles y modelos de intervención.
Estado mental.

1.1. El método clínico

Objetivo de formación

Reconocer los elementos centrales de las distintas fases del método clínico en psicoterapia. Cuando nos planteamos la posibilidad de nuestro inicio en la psicoterapia desde el rol del terapeuta, nos encontramos con nuestras primeras preguntas fundamentales en este proceso: ¿qué realiza un psicólogo clínico en consulta?, ¿cuáles son los procedimientos que debe seguir un psicólogo clínico para la atención del paciente?, ¿qué criterios debe tener en cuenta un psicólogo clínico para la atención del paciente?, ¿existen pasos o fases que deben seguirse en el proceso de atención clínica?

La no resolución de todas estas interrogantes se nos presenta como un obstáculo para realizar y seleccionar un adecuado accionar psicoterapéutico. Además, obligarán al terapeuta en formación a tomar acciones de imprevisto en el proceso de atención clínica, lo cual podrá generar posteriormente problemáticas de estructuración, efectividad y aplicación de los tratamientos psicológicos. Para la resolución de este problema se ha planteado una metodología conocida como **el método clínico**.

Aspectos teóricos

“El Método Clínico se puede definir como el conjunto de procedimientos, ordenados sistemáticamente, que se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y

descripción del ser humano. Con dicho conocimiento se pueden generar afirmaciones pronósticas aplicables en ciertas y específicas condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención. El método clínico se compone de 5 pasos: la observación, indagación, abstracción, diagnóstico e intervención” (Díaz, 2011, p. 12).

El método clínico no es otra cosa que el método científico o experimental, pero aplicado esta vez no a la investigación de laboratorio, sino a la atención individual del paciente. Este método clínico procede de la tradición médica, pero se diferencia de esta en la función de la observación del paciente, ya que la psicología clínica conserva el contacto con el paciente, pero busca identificar la singularidad en la historia del paciente como forma explicativa de la génesis de su sintomatología actual.

- **Observación:** busca realizar la evaluación de componentes verbales y no verbales, conscientes e inconscientes en el comportamiento del paciente. Esta observación se realiza guiada por un marco teórico y metodológico específico de la psicología.
- **Indagación:** busca explorar el motivo del sufrimiento o del malestar del individuo. En esta se toma en cuenta el motivo de consulta, la entrevista, el uso de pruebas psicológicas y la identificación de signos y síntomas.
 - **Abstracción:** busca identificar todos los elementos significativos de la situación problema del paciente. En esta se recopila el origen, los antecedentes, las experiencias vitales y los eventos traumáticos que influyen en la alteración del sujeto.
 - **Diagnóstico:** busca organizar todos los criterios sintomáticos y los datos recolectados para comprender, identificar, diferenciar y describir la alteración que está presentando la persona. Esta suele construirse a través de la observación, la entrevista y las pruebas psicológicas.
 - **Intervención:** busca estructurar las acciones terapéuticas ante el sufrimiento o alteración del individuo, dependiendo de la información obtenida y del marco teórico psicológico donde se sitúa el terapeuta.

Actividad práctica

Lea las siguientes situaciones y escriba en el espacio de la derecha a cuál fase del método clínico se está haciendo referencia. A cada fase le corresponden dos enunciados:

1. El paciente relata como fue el inicio de la presentación de su malestar. _____
2. El terapeuta realiza el diagnóstico diferencial entre depresión y distimia. _____
3. El terapeuta realiza el test de la figura humana al paciente. _____
4. El terapeuta agrupa los síntomas de bajo estado de ánimo, anhedonia, hipersonmnia, hipoprosexia, pérdida de peso y deseo de muerte. _____
5. El paciente realiza la técnica de silla vacía en compañía del terapeuta. _____
6. Identificación de tono de voz quebradizo cuando el paciente menciona la relación con su pareja. _____
7. El terapeuta pregunta acerca de la dinámica familiar en la niñez del paciente. _____
8. Identificación de poco contacto visual del paciente con el terapeuta _____
9. El terapeuta interroga al paciente acerca del porqué decidió acudir a consulta psicológica. _____
10. El paciente y el terapeuta deciden trabajar en aumentar la asertividad del paciente. _____

1.2. Habilidades clínicas y vínculo terapéutico

Objetivo de formación

Identificar las características y habilidades individuales inherentes al rol de psicólogo clínico

Imagine que acude a una sesión de terapia psicológica y desea expresar una situación importante que le ocurrió durante la semana. Mientras usted relata lo sucedido se percató de que su terapeuta pareciera estar más centrado en tomar apuntes que en atender a su historia, comienza entonces a notar poco contacto visual, poco involucramiento emocional en la historia y recibe preguntas con elementos que se ya discutieron o que fácilmente se pudieron inferir en su relato. ¿Cómo cree que se sentiría usted en esta situación?, tal vez la respuesta pudiera ser: poco escuchado o poco comprendido, e inclusive con algún sentimiento de malestar hacia su terapeuta. Este aspecto puede ser descrito como un fallo típico en una de las habilidades clínicas de entrevista fundamentales, la escucha.

Es en este punto cuando los terapeutas comienzan a formularse las siguientes preguntas: ¿cuáles son las características que debe tener un buen terapeuta?, ¿cuáles son las habilidades fundamentales que debe desarrollar un buen terapeuta?, ¿cómo establecer una buena relación con un paciente? Todas estas preguntas hacen referencia a un aspecto fundamental en el proceso de formación de un terapeuta: **las habilidades terapéuticas.**

Aspectos teóricos

“Puede definirse como los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia tienen entre sí y la manera en que los expresan.

Una adecuada relación terapéutica es definida como sentimientos de agrado, respeto y confianza por parte del paciente hacia el terapeuta combinados con sentimientos similares de parte de este hacia el paciente. Se plantea que cuanto mejor sea esta relación, más inclinado se mostrará el paciente a explorar sus problemas con el terapeuta y más probable será que colabore y participe activamente en los procesos de evaluación e intervención” (Goldstein y Myers, 1986).

Varios son los aspectos que tradicionalmente se han mencionado como inherentes o subyacentes al proceso de formación de un adecuado vínculo terapéutico y al desarrollo de habilidades terapéuticas para el establecimiento de dicha relación. Según Bados y García (2011) estos podrían categorizarse en:

- a. Características del terapeuta.
- b. Actitudes básicas del terapeuta.

Características del terapeuta	
Característica	Para evitar...
Interés sincero por las personas y su bienestar.	Indagaciones dirigidas a la satisfacción de la curiosidad personal. Usar el poder y la autoridad inherentes al rol de terapeuta para influir en las decisiones y valores del paciente. Priorizar los problemas de los pacientes relacionados con las dificultades personales del terapeuta.
Comprensión de que existen estilos y metas de vida diferentes.	Demostrar irrespeto por las creencias, objetivos de vida y deseos del paciente. Desconfiar en la capacidad de afrontamiento o de los aspectos positivos que el paciente puede desarrollar.
Autoconocimiento y autorregulación de los propios recursos y limitaciones personales y técnicos.	Actuar terapéutico basado en las limitaciones personales del terapeuta como el temor al fracaso, la necesidad excesiva de control, el involucramiento emocional inadecuado, la intervención de objetivos de terapia al margen de la necesidad o del deseo del paciente, la necesidad de aprobación, la evitación de confrontaciones, el uso de terapias o técnicas donde el terapeuta no presenta experticia y la creencia en que los propios valores son los más adecuados.

Características del terapeuta	
Característica	Para evitar...
Buen ajuste psicológico global y situacional.	Realizar atención a pacientes con afectación emocional situacional de problemáticas personales aún no resueltas. No pasar antes por un proceso personal que le permita al terapeuta trabajar aspectos de su carácter y de su capacidad de afrontamiento.
Experiencia vital por experiencia directa o vicaria.	Atender a un paciente con poco conocimiento de la comprensión de los sentimientos y/o vivencias de eventos o problemas vitales.
Formación teórica y práctica que permita desarrollar sus propias habilidades y técnicas terapéuticas.	Realizar intervenciones basadas en la intuición y no en modelos terapéuticos claramente descritos. Aplicar el mismo modelo terapéutico de forma estandarizada y rígida para diferentes motivos de consulta. No actualizarse en nuevas metodologías de intervención.
Flexibilidad para la aplicación y adquisición de nuevas competencias.	No adaptar los métodos y técnicas de evaluación e intervención a los problemas y características de cada paciente.
Actuar ético y profesional según lo establecido en el código deontológico de la profesión.	Realizar transgresiones contra la confidencialidad. No derivar al paciente cuando se carece de habilidad en la problemática. No buscar supervisiones en los casos de terapeutas principiantes. Evitar las relaciones duales con los pacientes (económicas, sexuales, sociales, etc.) paralelas a las terapéuticas.

Actitudes básicas como terapeutas	
Escucha activa	<p>La escucha activa implica tres actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Recibir el mensaje mediante la comunicación verbal y no verbal. b) Procesar los datos atendidos, es decir, identificar y establecer el significado de la información recabada. c) Emitir respuestas verbales y no verbales de escucha. <p>Esta permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Que los pacientes hablen sobre sí mismos y sus problemas y comuniquen información relevante. b) Aumenten las probabilidades de comprender mejor al paciente. c) Se potencia la relación terapéutica. d) Permite ver al terapeuta como un colaborador del proceso terapéutico. e) Potencia la intervención terapéutica.
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> a) La escucha activa. b) Tratar los aspectos que son importantes para el paciente. c) La formulación de preguntas relacionadas con lo que el paciente expresa. d) La utilización de paráfrasis, síntesis o resúmenes. e) La expresión de los sentimientos que el terapeuta infiere que pueda estar presentando el paciente. f) Distinguir la empatía de la simpatía.
Aceptación incondicional	<ul style="list-style-type: none"> a) Compromiso con el paciente: el terapeuta demuestra su interés genuino y disposición a ayudar al paciente. El terapeuta dedica su tiempo y habilidades en el establecimiento de una relación centrada en el paciente y no en las exigencias personales del terapeuta. b) Esfuerzo por comprender: el terapeuta demuestra interés por la visión del paciente sobre sí mismo, sus problemas y el mundo, verificando con esto las impresiones y aprendizajes que ha obtenido. c) Actitud no valorativa: es importante que el paciente perciba que se le acepta incondicionalmente como persona, sin emitir juicios de valor sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas. Sin embargo, que el terapeuta acepte esto como parte de una persona por la que se preocupa, no significa que lo apruebe. Esto no quiere decir que no se pueda hacer reflexionar al paciente sobre los pros y contras y consecuencias personales y sociales de los pensamientos, sentimientos y conductas; pero esto debe ser visto como una muestra de interés hacia él y las metas del tratamiento en vez de como críticas o descalificaciones.

Actitudes básicas como terapeutas	
Autenticidad	<p>La autenticidad implica la comunicación de los propios sentimientos y experiencias internas. El terapeuta poco auténtico no demuestra sus sentimientos y opiniones, muestra sonrisas forzadas y utiliza frases poco espontáneas. Sin embargo, la franqueza puede ser percibida como crítica, hostilidad o rechazo hacia el paciente, por tanto, la espontaneidad total no es lo recomendable.</p> <p>Esta expresión de experiencias, opiniones y sentimientos debe ser en beneficio del paciente, y se debe considerar en las distintas situaciones terapéuticas el saber qué decir o expresar, el cómo y en qué momento hacerlo.</p>
Cordialidad	<p>La cordialidad implica expresar verbal y no verbalmente interés y aprecio por el paciente y, cuando es oportuno, aliento y aprobación. La cordialidad variará dependiendo de la fase de la terapia. En las primeras etapas del tratamiento es preferible un estilo de interacción amable, pero no tan cercano; conforme avanza muchos pacientes tendrán menos necesidad de demostraciones de aceptación y aprobación.</p> <p>Por otro lado, es fundamental tener un comportamiento no verbal en consonancia con el contexto terapéutico; buscando por ejemplo que una sonrisa indique cercanía con un paciente que cuenta un logro, pero no con otro que manifiesta lo vacío que se siente. También el contacto físico puede ser muy útil en momentos de estrés emocional, pero puede ser malinterpretado por los pacientes. Para esto es importante evaluar el nivel de confianza que tiene con el paciente y la percepción de este hacia el contacto físico.</p>
Competencia	<p>La competencia es la capacidad del terapeuta para ayudar a sus pacientes a resolver su motivo de consulta o sintomatología. Las habilidades clínicas hacen referencia a las destrezas, conocimiento, atributos personales, especialidad clínica y las habilidades técnicas y teóricas que tiene el terapeuta acerca de la disciplina; por lo tanto, este elemento incluye todas las habilidades de tipo personal, relacionales o técnicas que presenta el terapeuta en su atención clínica.</p> <p>En este punto es importante encontrar un equilibrio entre los conocimientos terapéuticos y la experiencia laboral. Presentaría tanto problemas de intervención el terapeuta con mucha experiencia, pero poco entrenado en la aplicación de un tratamiento, como un terapeuta menos experimentado, pero bien entrenado en dicho programa.</p>
Confianza	<p>La confianza es la percepción del paciente de que el terapeuta empleará métodos a favor de la ayuda y no del perjuicio de este.</p> <p>La confianza del paciente en el terapeuta se determinará por varios elementos: la competencia, los motivos e intenciones del terapeuta percibidos, la aceptación sin juicios de valor, la cordialidad, la confidencialidad, la seguridad del terapeuta y la calidad de las respuestas empáticas.</p>

Actitudes básicas como terapeutas	
Grado de directividad	<p>La directividad viene definida por el grado en que se dan instrucciones, se proporciona información y retroalimentación, se hacen preguntas para obtener información, se ofrece ayuda específica, se estructuran y delimitan tareas, se anima a realizarlas, se desafían las ideas del paciente, etc. Tanto el exceso como el déficit de directividad son negativos. En el primer caso se dificulta que el paciente aprenda a ser más autónomo a la hora de analizar y modificar sus problemas. En el segundo, se priva al paciente de una ayuda que necesita para resolver sus problemas.</p> <p>Lo importante parece ser adecuar el grado de directividad a lo que los pacientes esperan y a ciertas características de estos, como su tipo de problema, locus de control, percepción de libertad de elección terapéutica, fase de la terapia, cualificación profesional, sexo y edad.</p>

Actividad práctica

Leer las siguientes situaciones, y agruparlas en el conjunto que les corresponde. El conjunto de la izquierda hace referencia a las características del terapeuta y el de la derecha a las actitudes básicas del terapeuta.

- | | |
|---|--|
| 1. Grado de directividad. | 9. Escucha activa. |
| 2. Empatía. | 10. Comprensión de estilos y metas de vida diferentes. |
| 3. Autoconocimiento de los propios recursos y limitaciones. | 11. Aceptación incondicional |
| 4. Cordialidad. | 12. Autenticidad. |
| 5. Confianza. | 13. Flexibilidad para la aplicación y adquisición de competencias. |
| 6. Experiencia vital. | 14. Buen ajuste psicológico. |
| 7. Formación teórica y práctica. | 15. Competencia. |
| 8. Actuar ético y profesional. | 16. Interés por las personas. |

Actitudes del terapeuta	Características del terapeuta

1.3. Lo normal y lo patológico

Objetivo de formación

Diferenciar los aspectos constitutivos de los conceptos de salud, enfermedad y trastorno mental

¿Le ha ocurrido que lo abordan familiares o amigos suyos para preguntarle o contarle historias acerca de su vida personal o de la vida de algún otro conocido que presentaba comportamientos atípicos o extraños para estas personas?

Es muy común que como estudiante o profesional de psicología le pregunten acerca de si una persona tiene un trastorno mental o si un comportamiento de un individuo puede dar indicios de enfermedades mentales o, finalmente, que le interroguen acerca de qué signos demostrarían que una persona presenta una adecuada condición de salud mental.

Este tipo de cuestionamientos también los podemos tener nosotros en el momento de iniciar nuestro proceso de atención clínica o de empezar nuestra práctica como terapeutas. Por tanto, es importante tener claro cuáles son las definiciones de los principales conceptos que nos permiten establecer el límite entre el comportamiento normal y el patológico en el ser humano. A continuación, se definirán los conceptos de salud mental, enfermedad mental y trastorno mental según los criterios aportados por las principales organizaciones de salud mundial:

Aspectos teóricos

“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2014).

“La enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. No es fácil establecer una causa efecto en la aparición de la enfermedad mental. En ella confluyen factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etc.), factores

psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje, etc.) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar, etc.)” (OMS, 2014).

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (APA, 2013).

Derivado de las anteriores definiciones se pueden establecer entonces una lista de ítems que nos permiten identificar cuando una persona puede presentar afectaciones en su salud mental:

1. La ausencia de salud o desviación de la norma psicológica ideal.
2. La desviación estadística de la normalidad psicológica.
3. La existencia de sufrimiento psicológico.
4. La presencia de síntomas cognitivos, afectivos, volitivos y motivacionales.
5. La discapacidad social.
6. La existencia de factores etiológicos que causan el trastorno.

Actividad práctica

Lea las afirmaciones que salen a continuación y marque con una X falso o verdadero en el espacio de la derecha correspondiente a cada enunciado:

En la salud mental el individuo presenta un estado de bienestar.	FALSO () VERDADERO ()
En la salud mental el individuo es consciente de sus propias capacidades.	FALSO () VERDADERO ()
En la salud mental el individuo es productivo y puede afrontar las tensiones de la vida.	FALSO () VERDADERO ()
En la salud mental la persona necesariamente no debe hacer una contribución a su comunidad.	FALSO () VERDADERO ()
En la enfermedad mental se presentan alteraciones emocionales, cognitivas y/o del comportamiento.	FALSO () VERDADERO ()
En la enfermedad mental se ven afectados los procesos psicológicos básicos.	FALSO () VERDADERO ()

En la enfermedad mental no se presenta necesariamente alguna forma de malestar subjetivo.	FALSO () VERDADERO ()
En la enfermedad mental se presenta adaptación al entorno cultural y social.	FALSO () VERDADERO ()
En el trastorno mental existe una alteración significativa de la cognición, la emoción y la conducta.	FALSO () VERDADERO ()
En los trastornos mentales se tiene claramente descritos los factores biológicos, psicológicos y sociales de su manifestación.	FALSO () VERDADERO ()
En los trastornos mentales se tiene claramente descritos los signos y síntomas de su manifestación.	FALSO () VERDADERO ()
Los trastornos mentales se asocian a un estrés significativo o a discapacidad en el individuo.	FALSO () VERDADERO ()

1.4. Primera entrevista psicológica y motivo de consulta

Objetivo de formación

Reconocer la estructura y los componentes de la entrevista clínica inicial y del motivo de consulta.

Un miedo típico que tienen los terapeutas en sus primeras sesiones de atención a pacientes es el de quedarse sin tema o sin preguntas para realizarle a su paciente. Frecuentemente ocurre que se imaginan que en estas ocasiones su mente se quedará en blanco y sentirán la incomodidad de encontrarse ante una persona con la cual no saben de qué hablar.

Este aspecto está relacionado con uno de los miedos más comunes que se suelen presentar cuando se inicia con el rol de terapeuta. Pero es fácilmente debatible su presentación cuando conocemos los elementos inherentes del proceso de entrevista clínica inicial y de la exploración del motivo de consulta.

Aspectos teóricos

“La entrevista clínica se define como una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupal (esto es, dos o más de dos personas), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar experiencias e informa-

ción mediante el diálogo, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas. Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador. En la asignación de roles, el control de la situación o entrevista lo tiene el entrevistador. Implica la manifestación de toda la gama de canales de comunicación humanos: verbal (oral), auditivo, cinestésico, táctil, olfativo, no verbal (gestual y postural) y paralingüístico (tono, volumen, intensidad y manejo del silencio). Entre los objetivos de la entrevista psicológica están: evaluar, diagnosticar e investigar. Estos aspectos permiten trazar una dirección de trabajo para sugerir estrategias de intervención” (Aragón, 2002).

La entrevista clínica es el procedimiento de evaluación más empleado. Sirve para definir y analizar tanto los problemas como los aspectos protectores del paciente. Además, ofrece la oportunidad de establecer el vínculo terapéutico, de comprobar hipótesis del funcionamiento del problema del paciente, establecer los objetivos del tratamiento, motivar al paciente hacia el tratamiento, aumentar sus expectativas de éxito, reducir el malestar, reestructurar la visión que tiene el paciente sobre su motivo de consulta y evaluar los resultados de la intervención (Bados y García, 2014).

“El motivo de consulta puede definirse como la razón por la que un paciente solicita atención psicológica al profesional de salud mental. Esta expresa la problemática actual por la cual una persona decide que necesita un apoyo profesional para su resolución” (Martínez, 2006).

La entrevista clínica inicial suele estar compuesta por la presentación inicial del terapeuta y el paciente, el inicio del vínculo terapéutico, la toma de datos iniciales, el encuadre terapéutico, la firma del consentimiento informado y la exploración del motivo de consulta.

Estructura de entrevista clínica inicial	
Establecimiento del vínculo terapéutico	Realizar una entrevista no solo implica aplicar una serie de aspectos técnicos, sino que es un espacio donde se presenta el encuentro con otro ser humano. Este aspecto convierte en fundamental el uso de las habilidades básicas necesarias para la formación del vínculo terapéutico. Entre estas se refieren la escucha activa, la empatía, la aceptación incondicional, la autenticidad, la cordialidad, la competencia, la confianza y la directividad.

Estructura de entrevista clínica inicial	
Presentación inicial	<p>La presentación inicial del terapeuta debe acompañarse de una actitud calmada, natural, espontánea, genuina y respetuosa hacia su paciente. En esta se suele proporcionar el nombre del terapeuta, su modelo de trabajo y formación personal. Esta busca ser precisa y verídica, con datos apegados a la realidad.</p> <p>Una adecuada presentación personal inicial busca transmitirle seguridad al paciente sobre el compromiso, profesionalismo, actuación ética y confidencialidad en el proceso psicológico. Además de mostrar el espacio terapéutico como un lugar donde puede expresar libremente su información, pensamientos y emociones personales.</p>
Toma de datos iniciales	<p>En este apartado suele recolectarse información necesaria para el proceso terapéutico y para el llenado de la historia clínica.</p> <p>Los datos más comunes que se solicitan son: nombres y apellidos, fecha de nacimiento y edad, dirección y teléfono de contacto, nivel de estudios, ocupación actual y situación laboral, estrato socioeconómico, estado civil, personas con quién convive, antecedentes personales y familiares de enfermedades físicas y mentales, distribución familiar, genograma, contacto de emergencia y datos acerca de su seguridad social.</p>
Encuadre terapéutico	<p>En este punto se refiere la estructuración de las sesiones, el lugar de encuentro, la hora de inicio y de finalización de cada sesión, la flexibilidad en los horarios de las citas, el número de encuentros terapéuticos semanales, las reglas y pasos a seguir en caso de no asistir o cancelar una sesión, la posibilidad de asistencias de otros informantes a la sesión, la importancia del cumplimiento de las tareas terapéuticas, la posible aplicación de test psicológicos en el proceso y, dado el caso de que presente el tema, el terapeuta clarificará la modalidad y el valor de pago.</p> <p>Para algunos pacientes es importante especificar el modelo psicológico al cual pertenece el terapeuta, debido a que buscan por preferencia, recomendación o interés individual un tipo de atención o enfoque epistemológico específico; además puede resultar beneficioso para el paciente el conocimiento acerca del punto de partida desde donde se realizará la evaluación y la intervención terapéutica.</p>
Consentimiento informado y condiciones éticas	<p>Incluye una descripción del proceso psicológico, las condiciones éticas que soportarán el proceso, el tipo y la naturaleza de pruebas psicológicas que se emplearán y los objetivos que se persiguen con el proceso psicológico.</p> <p>Posteriormente se presenta, explica y se entrega al paciente para su lectura el consentimiento informado. Este es un documento legal que contiene las condiciones éticas y jurídicas que se pactan como convenio de evaluación y de intervención psicológica entre el terapeuta y el paciente.</p>

Estructura de entrevista clínica inicial	
Exploración del motivo de consulta	<p>En este momento se pide al paciente que explique con detalles lo que le pasa o la razón por la cual decidió acudir a consulta. Conviene no interrumpirle hasta que termine su narración, pero deben mostrarse señales verbales y no verbales de escucha.</p> <p>En el motivo de consulta pueden encontrarse quejas o demandas.</p> <p>Quejas: expresión del problema del paciente donde menciona que su malestar se encuentra compuesto por conductas problemáticas por exceso (p.ej., insultar o pegar a otros).</p> <p>Demandas: expresión del problema del paciente donde menciona que su malestar se encuentra compuesto por conductas problemáticas por déficit (p.ej., ser poco asertivo, no saber entender el punto de vista del otro).</p> <p>Una adecuada exploración del motivo de consulta le permitirá al psicólogo clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los componentes del problema. Establecer posibles relaciones entre los diferentes componentes del problema. Identificar otras posibles variables que contribuyen actualmente al mantenimiento del problema. Establecer posibles relaciones entre las variables que contribuyen a mantener el problema con los componentes del problema.

Actividad práctica

En parejas entrar al siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=-yiaCcc9360> y observar el video titulado “Entrevista Clínica inicial”, donde se ejemplifica una entrevista de consulta por primera vez, en esta pasarán por los momentos de presentación inicial, toma de datos iniciales, encuadre terapéutico, consentimiento informado y exploración del motivo de consulta. Después de esto, responder en pareja las siguientes preguntas, y mencionar el porqué de su respuesta a su compañero:

¿Sintió por parte del terapeuta que lo escuchaba activamente?	SÍ () NO ()
¿Sintió por parte del terapeuta empatía?	SÍ () NO ()
¿Sintió por parte del terapeuta competencia profesional?	SÍ () NO ()
¿Sintió por parte del terapeuta autenticidad profesional?	SÍ () NO ()

¿Sintió por parte del terapeuta aceptación incondicional?	SÍ () NO ()
¿La actitud por parte del terapeuta demostraba profesionalismo y seguridad?	SÍ () NO ()
¿El terapeuta olvidó preguntar por algún dato personal del paciente?	SÍ () NO ()
¿El terapeuta mencionó al paciente la dinámica y las condiciones del proceso terapéutico?	SÍ () NO ()
¿El terapeuta presentó y explicó claramente el consentimiento informado al paciente?	SÍ () NO ()
¿El terapeuta identificó todos los componentes del problema?	SÍ () NO ()
¿El terapeuta estableció relaciones entre los componentes del problema?	SÍ () NO ()
¿El terapeuta identificó las variables que contribuyen a mantener el problema en la actualidad?	SÍ () NO ()

1.5. Niveles y modelos de intervención

Objetivo de formación

Diferenciar la actuación terapéutica en los diversos niveles y modalidades de intervención clínica

Una pregunta frecuente que se realizan los terapeutas es acerca del tiempo que les tomará realizar una intervención específica o un plan de tratamiento en la problemática del paciente. Es muy común encontrar psicólogos clínicos que establecen objetivos terapéuticos más ambiciosos que los que son realmente requeridos en la intervención clínica específica. En ocasiones, cuando esto ocurre suelen venir sentimientos de frustración en el terapeuta por la deserción de sus pacientes del proceso psicoterapéutico.

Ante este aspecto se ha propuesto que la planeación del tratamiento debe encontrarse completamente ligada a la clarificación de la necesidad y demanda del paciente. Es por esto por lo que se han creado distintas categorías de intervención clínica, las cuales han permitido valorar la formulación de los objetivos terapéuticos con relación a la profundidad de la intervención o al momento de actuación del psicólogo y con relación a la presencia o desarrollo de una problemática psicológica. Es en este punto donde se plantean los niveles y modalidades de intervención clínica.

Aspectos teóricos

“Se define niveles de atención a una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades para satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven” (García, 2006, párr. 26).

La psicología clínica presenta un papel fundamental en la estructuración de programas para el mejoramiento de la salud mental de los individuos y comunidades. Dentro de los niveles de atención, la psicología clínica puede situarse tanto en la promoción, la prevención o la intervención en salud y enfermedad mental.

Promoción	Prevención	Intervención
Conjunto de actuaciones relacionadas con la protección, mantenimiento y mejoría de la salud, a nivel operativo centradas en el individuo y/o en la comunidad (Godoy, 1999).	Conjunto de acciones que pretenden lograr la reducción de la incidencia de la aparición de la enfermedad y de su prevalencia, esto mediante el acortamiento del período de duración de la enfermedad o la disminución de secuelas y complicaciones (Costa y López, 1986).	Conjunto de acciones guiadas hacia el tratamiento directo sobre una condición, problemática o enfermedad detectada en un individuo o en un colectivo (Fernandes, Carmo y Jiménez, 2009).

Ahora bien, dependiendo de donde se sitúe la psicología clínica en los diferentes niveles de atención, se presentará una diferencia en el modo de estructurar la actuación clínica. Desde esta perspectiva se presentarían los diferentes métodos de construcción de los modelos de intervención psicoterapéuticos:

Los modelos de intervención son entendidos como aquella forma de abordaje y ajuste de las actividades terapéuticas en el ámbito de la psicología clínica (Ospina, 2006; González, 2008).

Modelo de intervención	Definición	Niveles de intervención
Consultoría psicológica	Hace referencia a intervenciones breves, focalizadas y de carácter preventivo. Estas pretenden potencializar los recursos personales o el repertorio de conductas de los consultantes para afrontar sus dificultades, asemejándose a los objetivos de la promoción.	Promoción y prevención

Modelo de intervención	Definición	Niveles de intervención
Asesoría psicológica	Hace referencia a intervenciones breves y de carácter informativo. Estas pretenden orientar a un individuo o a una institución en el afrontamiento de problemas profesionales y personales que afectan la toma de decisiones y obstaculizan el desarrollo de los procesos psicológicos.	Promoción y prevención
Intervención en crisis	Hace referencia a una atención breve que tiene como objetivo la contención de la angustia o ansiedad producida por un evento o situación asociada a las catástrofes naturales, emergencias sociales o enfermedades crónicas.	Prevención e intervención
Psicoterapia	Hace referencia a la explicación e intervención de lo psicopatológico, lo anormal o alterado en las funciones psíquicas y del comportamiento. Además de la intervención de problemas psicológicos que afectan varias dimensiones del funcionamiento del individuo.	Intervención

Actividad práctica

Lee los siguientes enunciados y completa la siguiente tabla mencionando el modelo y el nivel de intervención correspondiente:

Acción terapéutica	Modelo de intervención	Nivel de intervención
Actividad de educación de hábitos de vida saludables.		
Orientación en el procedimiento de internación de un paciente a una institución para el consumo de sustancias psicoactivas.		
Apoyo a personas que han presentado el fallecimiento de un familiar.		
Explicación y entrenamiento en técnicas para el manejo de ansiedad.		
Flexibilización de un rasgo de personalidad disfuncional.		
Intervención con personas que sufrieron una catástrofe natural.		

Acción terapéutica	Modelo de intervención	Nivel de intervención
Educación a unos empleados de una empresa en la toma de decisiones.		
Plan de tratamiento empresarial en asertividad.		

1.6. Estado mental

Objetivo de formación

Conocer los elementos constitutivos y la terminología empleada en la evaluación del estado mental.

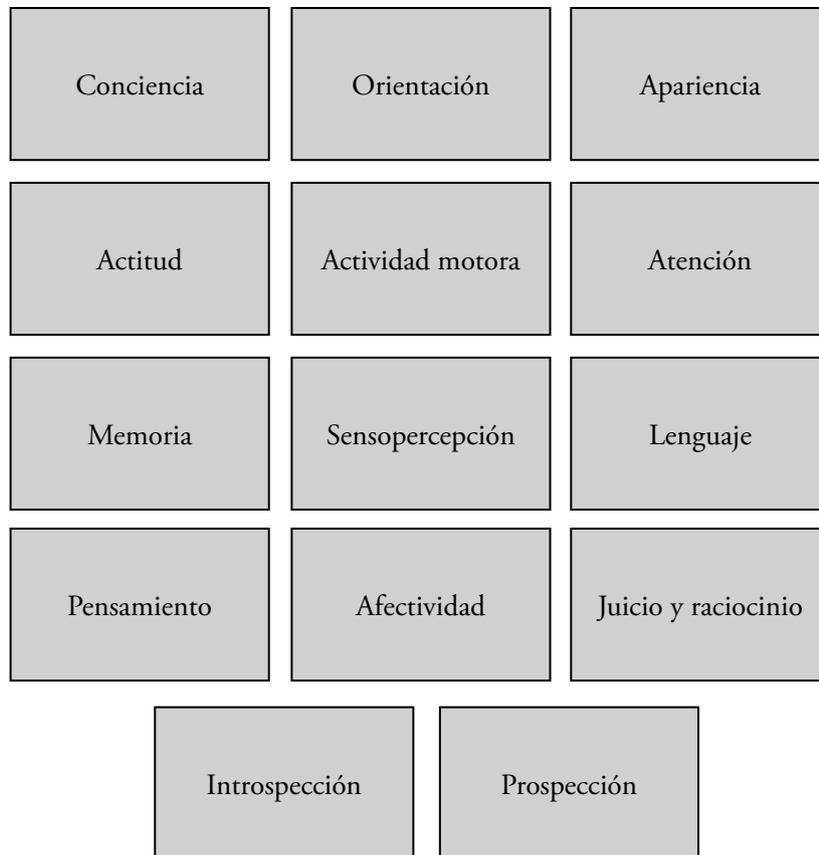
Imagínese que al terminar una sesión psicológica observa una serie de manifestaciones clínicas en el paciente que le parece importante reportar en la historia clínica. Notó un cambio en la disposición del paciente a la terapia, en su organización personal y en su capacidad de concentración. Piense que estas observaciones desea dejarlas consignadas en la historia clínica para conocer su evolución en el transcurso de las sesiones, ya que considera que hacen parte del funcionamiento psicológico típico de la alteración que está presentando.

El apartado que permite la consignación de esta información es conocido como estado mental y cumple con una función evaluativa de los procesos mentales básicos y superiores del paciente, además de otros aspectos.

Aspectos teóricos

El estado mental es un apartado de la historia clínica donde se detalla de forma sistemática las funciones mentales básicas y superiores del paciente. Esta consiste en una serie de descripciones de las observaciones por parte del examinador que pueden cambiar en cuestión de horas o de días, por este motivo es una evaluación que suele realizarse en cada sesión psicológica (Baños y Perpiñá, 2010; Polaino, 1991; Rojas-Alfaro, 1969).

Es importante recalcar que muchos de estos elementos pueden evaluarse mediante los procesos de observación y dentro de la entrevista clínica psicológica tradicional, por tanto, no es común en psicología encontrar interrogatorios directos al paciente para identificar el nivel de funcionamiento de cada uno de estos procesos. Los ítems para considerar en su evaluación durante las sesiones terapéuticas son:



Proceso	Términos de definición
Conciencia	Estado de alerta, hipervigilancia, obnubilación, somnolencia, letargia, estupor, coma, delirium, confusión, estados crepusculares y estados oníroides.
Orientación	Autopsíquica y alopsíquica (Cronopsíquica y Topopsíquica).
Apariencia	Sexo y género, edad, vestimenta, rasgos morfológicos, estado nutricional, higiene y peso corporal.
Actitud	Cooperativa, infantil, hiperfamiliar, interesada, franca, seductora, despectiva, defensiva, suspicaz, perpleja, apática, hostil, juguetona, halagadora, evasiva, precavida o intrusiva.
Actividad motora	Normocinesia, abulia, hipobulia, hiperbulia, acinesia, hipo/bradicinesia, hipercinesia, o acatisia.
Atención	Euprosexia, hiperprosexia, hipoprosexia, disprosexia, paraprosexia o con perplejidad.
Memoria	Eumnesia, hipermnésia, amnesias o hipomnesia.
Sensopercepción	Identificar si presenta ilusiones, alucinaciones, pseudoalucinaciones o alucionosis.
Lenguaje	Eulalia, taquilalia, bradilalia, locuaz, dislalia, afasia, mutismo, disartria, verbilocuencia, musitación, ecolalia y neologismo.

Proceso	Términos de definición
Pensamiento	Eupsiquia, bradipsiquia, taquipsiquia, fuga de ideas, asociaciones laxas o descarriamiento, bloqueo del pensamiento, circunloquio, circunstancialidad, pensamiento prolijo, incoherencia, perseveración, tangencialidad, pensamiento ambivalente, pensamiento concreto, ideas sobrevaloradas, ideas de agresión, ideas obsesivas, ideas fóbicas, ideas fijas, ideas delirantes.
Afectividad	Eutimia, hipertimia, hipotimia, paratimia o afecto inapropiado, ambitimia, alexitimia, ánimo expansivo, irritabilidad, incontinencia afectiva, euforia, labilidad afectiva, astenia, apatía, anhedonia o disforia.
Juicio y raciocinio	Debilitado, desviado, deficiente, suspendido o comprometido.
Introspección	Adecuada, parcial o deficiente.
Prospección	En construcción, esperanzadora, desesperanzadora, catastrófica o incierta.

Actividad práctica

Observa el siguiente video titulado “[Entrevista psiquiátrica para enseñar: Manía \(subtítulo en español\)](#)” y completa en el siguiente cuadro la evaluación del estado mental del paciente (Meléndez, 2014):

Conciencia	
Orientación	
Apariencia	
Actitud	
Actividad motora	
Atención	
Memoria	
Sensopercepción	
Lenguaje	
Pensamiento	
Afectividad	
Juicio y raciocinio	
Introspección	
Prospección	

UNIDAD 2.

EL ESTUDIANTE ACTÚA GUIADO POR EL DOCENTE

Unidad 2. El estudiante actúa guiado por el docente	Entrevista. Formulación de hipótesis y diagnóstico clínico. Formulación de objetivos terapéuticos. Informes clínicos: diligenciamiento de lo RIPS y elaboración del cuaderno e historia clínica. Modalidades y tipos de atención terapéutica.
---	---

2.1. Entrevista clínica

Objetivo de formación

Conocer las áreas fundamentales de análisis y técnicas de la entrevista clínica en psicoterapia.

Imagine que usted asiste donde un terapeuta por un problema de pareja y, luego de un proceso de evaluación psicológica, él le diagnostica un trastorno mental como el trastorno de estrés postraumático, y le refiere que además debe iniciar un proceso psiquiátrico para el tratamiento de su condición mental actual. Preocupado acerca de este término usted sale a buscar en internet a qué hace referencia, pero tras un proceso de lectura identifica que esta sintomatología no corresponde con lo que padece actualmente y que tampoco está relacionado con lo que usted le ha mencionado al terapeuta que le incomoda actualmente.

Los errores de diagnóstico, muy comunes en terapeutas noveles en el proceso psicoterapéutico, se deben principalmente a problemas en la recolección de la información diagnóstica o en el desconocimiento de los manuales de nosología psiquiátrica. Para reducir este proceso es importante conocer los elementos claves de la entrevista clínica.

Aspectos teóricos

“La entrevista clínica es un proceso encaminado a la elaboración de juicios clínicos acerca de las características sintomáticas particulares de un individuo. Esta permite planificar procedimientos terapéuticos en el proceso de intervención” (Bados y García, 2009).

La entrevista clínica se encontrará dirigida a la identificación del funcionamiento de diferentes aspectos en el paciente, entre ellos: análisis del problema en la actualidad, síntomas actuales, historia del problema, tratamientos previos y actuales, motivación, objetivos y expectativas, recursos y limitaciones del paciente y funcionamiento en áreas básicas de la vida. Es importante seguir las recomendaciones mencionadas en el apartado del vínculo terapéutico para realizar una adecuada recolección de datos con la entrevista clínica.

Factores para evaluar en la entrevista clínica	Aspectos para tener en cuenta
Análisis del problema en la actualidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar y especificar los distintos componentes del problema. 2. Establecer las relaciones entre los diferentes componentes del problema. 3. Identificar y especificar otras variables ambientales o personales que contribuyen actualmente al mantenimiento del problema. 4. Establecer las posibles relaciones entre las variables que contribuyen a mantener el problema, así como entre estas y los componentes del problema.
Síntomas actuales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuencia: número de veces en que se presenta un signo o un síntoma por día, por semana o por mes. 2. Duración: tiempo específico que dura el signo o el síntoma en el paciente. 3. Intensidad: nivel de malestar que produce un signo o síntoma en un paciente. 4. Latencia: tiempo que tarda en aparecer un signo o síntoma luego de la aparición de sus antecedentes.
Historia del problema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Momento en que aparecieron por primera vez los síntomas. 2. Momento en que los síntomas llegaron a ser un problema. 3. Causas a las que el paciente atribuye el origen de su problema. 4. Factores asociados con el inicio (predisponentes). 5. Mejoras, remisiones, recaídas y empeoramientos, y factores asociados a cada uno de estos elementos.
Tratamientos previos y actuales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionales visitados con anterioridad. 2. Otros medios empleados previamente. 3. Atribución del paciente a la falta de resultados o a la recaída en los intentos de solucionar el problema. 4. Otros tratamientos médicos o de otra índole que se están siguiendo actualmente.

Factores para evaluar en la entrevista clínica	Aspectos para tener en cuenta
Motivación, objetivos y expectativas	<p>Persona a quien corresponde la iniciativa del inicio del tratamiento.</p> <p>Qué ha llevado al paciente a venir en el momento actual y no antes.</p> <p>Valoración por parte del paciente de su interés en solucionar las situaciones problema.</p> <p>Qué espera conseguir el paciente con el tratamiento.</p> <p>En qué grado confía el paciente en conseguir estos objetivos (expectativas de mejora).</p> <p>Posibles ideas que tiene el paciente sobre el tipo de tratamiento.</p> <p>Problemas similares previos o actuales en familiares y amigos, tratamientos.</p>
Recursos y limitaciones del paciente	<p>Apoyo de las personas allegadas respecto a que se siga un tratamiento psicológico.</p> <p>Recursos individuales del paciente que pueden ser útiles para resolver el problema (constancia, estrategias de afrontamiento, autoconfianza, etc.).</p> <p>Limitaciones individuales del paciente que podrían trabajar en contra de la solución del problema (salud física, inconstancia, inhabilidad social, capacidad intelectual baja, múltiples obligaciones, falta de recursos económicos, etc.).</p> <p>Posibles dificultades u obstáculos propios o ajenos en la resolución del problema.</p> <p>Creencias de posibles interferencias en sus relaciones con los demás (pareja, familia, amigos, conocidos, compañeros de trabajo) si modifica o busca la resolución de su problemática.</p>
Funcionamiento en áreas básicas de la vida	<p>Familiar</p> <p>Académica</p> <p>Laboral</p> <p>Económica</p> <p>Social</p> <p>Sexual</p> <p>Espiritual</p> <p>Ocio</p>

La entrevista clínica depende de unas adecuadas competencias de comunicación verbal y no verbal entre paciente y terapeuta, esta es una parte fundamental del proceso terapéutico. Algunas técnicas de entrevista que pueden favorecer este proceso son (Cormier y Cormier, 1994):

Técnica de entrevista	Explicación
Clarificación	Consiste en aclarar el significado de un mensaje o respuesta que fue vaga, ambigua o implícita. Esto suele emplear preguntas de tipo: “¿qué quiere decir cuando...?”, “¿puede aclarar qué...?”, “¿a qué se refiere con...?”, “¿quiere decir que...?” o “¿está diciendo que...?”
Paráfrasis	Consiste en recapitular con otras palabras o expresar resumidamente el contenido principal del mensaje o respuestas que le ha dado el paciente de determinado tema. Es fundamental en esta expresar de un modo claro con las propias palabras del terapeuta las ideas clave del paciente.
Reflejo	Consiste en la expresión por parte del terapeuta de los sentimientos que percibe en el paciente, tanto de forma explícita como implícita. Esta expresión debe realizarse cuando se considera oportuno mencionar la parte afectiva del mensaje del paciente junto con el contexto o situación a que se refieren dichos sentimientos.
Síntesis	Consiste en el uso de paráfrasis y/o reflejos, pero durante parte de una sesión o a lo largo de una o más sesiones. Esta suele emplearse cuando se busca: unir múltiples elementos que ha comunicado el paciente, identificar temas comunes de intervención, hacer resúmenes de aspectos importantes del proceso o para resumir el progreso logrado hasta la actualidad.

Algunos elementos clave para tener en cuenta durante la entrevista clínica son:

1. Preparar un orden del día con los puntos a tratar, sin ser este un orden rígido.
2. En la fase inicial de la entrevista, permitir que el paciente exponga ampliamente sus problemas antes de realizar preguntas más estructuradas.
3. Planificar y estructurar el diálogo en función de los datos considerados relevantes.
4. Evitar interrumpir frecuentemente o con poco tacto, permitir largos silencios y dejar divagar al paciente sin un propósito claro.
5. Tomar nota de los temas importantes cuando surjan para explorarlos en ese momento o más tarde en la sesión. Es importante en este punto no tomar notas excesivas ya que esto puede interferir con la relación terapéutica.
6. Clarificar los términos ambiguos.
7. Observar e interpretar las señales verbales y no verbales emitidas por el paciente.
8. Hacer preguntas abiertas para iniciar un tema y propiciar la emisión de nueva información, y preguntas cerradas para centrar un tema y evitar información irrelevante.

9. Elegir correctamente los términos psicológicos para evitar la imposición de etiquetas al paciente.
10. Evitar las imprecisiones, desvíos respecto al tema y preguntas excesivamente largas o complejas.
11. Hablar con un tono de voz acorde, modulado y fluido.
12. Sentarse relativamente cerca al paciente, pero sin invadir su distancia personal.
13. Emitir señales de escucha activa: contacto visual, asentimiento de cabeza, postura inclinada hacia el paciente, orientación corporal hacia este.
14. Emplear la clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis cuando sea necesario.
15. Controlar las respuestas emocionales inadecuadas por parte del terapeuta.

Actividad práctica

Realiza un ejercicio de juego de roles con un amigo durante 30 a 45 minutos, en el cual se interprete a un paciente con una problemática ficticia. El objetivo es que se realice una evaluación de los siguientes aspectos:

Análisis del problema en la actualidad	
Síntomas actuales	
Historia del problema	
Tratamientos previos y actuales	
Motivación, objetivos y expectativas	
Recursos y limitaciones del paciente	
Funcionamiento en áreas básicas de la vida	

2.2. Formulación de hipótesis y diagnóstico clínico

Objetivo de formación

Emplear diferentes métodos de análisis que permiten la formulación de hipótesis clínicas y diagnósticas.

¿Le ha ocurrido que termina una sesión con su paciente y presenta tanta información acerca del caso que no sabe diferenciar cuáles datos son importantes para el análisis y cuáles no lo son? Ha tenido, además, la duda acerca de ¿cómo estos datos se relacionan con el

posible diagnóstico del paciente? o ¿cómo ciertos datos de la historia del paciente pueden contribuir para el desarrollo o aparición de la condición anímica y psicopatológica actual?

Este tipo de confusión es más frecuente de lo que cree, a menudo se ve a los psicólogos clínicos enfrentados a un mar de información que no les permite discriminar aquella que puede aportar al análisis del caso de aquella que no. Este proceso de selección de información relevante puede dificultarse porque no se sabe cuál es la forma operativa en la relación de los eventos vitales con la sintomatología actual. Cuando esto ocurre existe un elemento que permite integrar la historicidad con el diagnóstico actual del paciente: las hipótesis explicativas. La generación de hipótesis explicativas acertadas es completamente relevante, pues estas son las que nos permiten formular un diagnóstico clínico acertado.

Aspectos teóricos

“Es una fase del proceso psicológico en la que la información previamente obtenida es organizada de modo que se establecen relaciones entre las distintas variables de un problema y/o entre los distintos problemas de un paciente.

Existen diferentes tipos de hipótesis, dependiendo de la naturaleza explicativa del problema que se esté analizando. Estas pueden categorizarse en las hipótesis de tipo nomotéticas o ideográficas. Las hipótesis nomotéticas hacen referencia a la búsqueda de las causas objetivas o universales de la presentación de una condición clínica o trastorno mental. Por otro lado, las hipótesis ideográficas se encuentran dirigidas a encontrar relaciones causales históricas y actuales acerca de la presentación de un fenómeno clínico o un trastorno mental. Estas clasificaciones de hipótesis, que permiten dar paso para la generación de distintos tipos de explicaciones acerca de la génesis de la problemática actual del paciente, pueden clasificarse en:

Hipótesis histórica	Hipótesis de mantenimiento	Hipótesis diagnóstica
Aspecto explicativo acerca del origen y desarrollo del problema del paciente.	Aspecto explicativo acerca del factor o factores que refieren la presencia sostenida en el tiempo del problema del paciente.	Aspecto explicativo acerca del nombre diagnóstico que puede tomar un conjunto de signos y síntomas relacionados con el problema del paciente.

Hipótesis histórica	Hipótesis de mantenimiento	Hipótesis diagnóstica
Permiten identificar los factores contribuyentes y detonantes del problema actual.	Permiten identificar los factores de riesgo o vulnerabilidades del paciente que mantienen el problema actual.	Permiten identificar y caracterizar la sintomatología actual del problema en diagnósticos conocidos.
Hipótesis ideográficas	Hipótesis ideográficas	Hipótesis nomotéticas

Algunos aspectos que nos permiten la generación de hipótesis son:

1. Organizar por escrito y de forma gráfica la información disponible, de modo que se pueda tener presente toda la información a la vez.
2. Identificar la cronología de aparición de los síntomas y su simultaneidad con fenómenos vitales.
3. Evaluar el tipo de relación (causal/correlacional, unidireccional/bidireccional) que existe entre dos eventos que creemos se encuentran asociados
4. Identificar la frecuencia, duración o intensidad de las variables anímicas en la historia de la conducta problema.
5. Estudiar la capacidad de control de las variables explicativas identificadas.
6. Estudiar la evolución del problema, en las épocas de activación sintomática y en los periodos de mejoría del paciente.
7. Emplear los conocimientos derivados de los modelos teóricos psicológicos explicativos de problemas similares a los que presenta el paciente.
8. Reconocer que no siempre los modelos explicativos generales tienen por qué coincidir con la hipótesis explicativa individualizada.
9. Emplear los conocimientos previos derivados de casos clínicos similares para generar hipótesis.
10. Realizar análisis de caso con colegas garantizando la confidencialidad cuando se encuentre con pacientes complicados para su comprensión.

Aspectos teóricos

“Un diagnóstico psicológico es una valoración e interpretación de un conjunto de signos y síntomas que sirven para determinar la naturaleza y la categorización nosológica de estos en un trastorno mental” (APA, 2014).

El proceso de diagnóstico clínico es fundamental ya que de este se construyen: el enfoque del tratamiento a emplear, los modelos de terapias psicológicas, los objetivos terapéuticos, las metas y las técnicas de intervención. Este se suele apoyar en la información recogida de la entrevista clínica y de los test psicológicos. Los elementos por identificar en un proceso de diagnóstico son:

Síntoma	Signo	Trastorno
Son informaciones subjetivas relativas a experiencias recordadas, pertenecientes al mundo privado del sujeto.	Son cambios que pueden observarse y registrarse objetivamente y comprenden conductas de interés clínico medibles a través de instrumentos.	Son síndromes clínicamente significativos asociados al deterioro de una o más áreas de funcionamiento.
Tipos de síntomas: afectivos, cognitivos, volitivos y somáticos.	Tipos de signos: conductuales, volitivos, interpersonales y somáticos.	

Para reconocer que nos encontramos ante la presencia de un signo o síntoma es importante evaluar los siguientes aspectos, teniendo en cuenta que mientras mayor presencia de alguno de ellos, el paciente tenderá a demostrar mayor nivel de deterioro en su funcionalidad.

Frecuencia	Duración	Intensidad	Latencia
Número de veces en que se presenta un signo o un síntoma por día, por semana o por mes.	Tiempo específico que dura el signo o el síntoma en el paciente.	Nivel de malestar que produce un signo o síntoma en un paciente.	Tiempo que tarda en aparecer un signo o síntoma luego de la aparición de sus antecedentes.

La identificación de una sintomatología en un diagnóstico en ocasiones no es ciento por ciento confiable en las primeras sesiones, ya que es posible que presente una variación debido a una mayor recolección de información o conocimiento del caso en sesiones posteriores. De allí que se creen diferentes categorías de diagnóstico que nos permitan identificar qué tan seguro se encuentra el clínico de esta información.

Impresión diagnóstica	Diagnóstico confirmado	Diagnóstico principal
Se puede asignar una impresión diagnóstica cuando no exista la información suficiente para considerarlo como un diagnóstico definitivo.	Se refiere como diagnóstico confirmado a una condición o trastorno mental que se considera como un diagnóstico definitivo.	Se utiliza en casos de polidiagnóstico. Este se asigna a la afectación que se establece como causa fundamental del ingreso del paciente. Y se menciona el diagnóstico principal en primer lugar y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento.

Tras identificar el síntoma o signo principal que aqueja al paciente, se pueden emplear estrategias que ayudan a la orientación en el diagnóstico clínico. Dos grandes herramientas que ayudan en este proceso son el árbol de decisión diagnóstica y el diagnóstico diferencial.

Árboles de decisión diagnóstica	Diagnóstico diferencial
Son herramientas de decisión diagnóstica que se emplean tras diferenciar el signo o síntomas principales del paciente. Este presenta la formulación de una serie de preguntas que conducen al clínico a través de los diferentes trastornos que tiene este signo o síntoma en común, ayudándole a confirmar o descartar diferentes categorías diagnósticas.	El diagnóstico diferencial consiste en mencionar la distinción o diferenciación de un trastorno psicológico de otro, o de patologías orgánicas cuando estos presenten signos o síntomas similares entre ellos.

Actividad práctica

Realizar un ejercicio de entrevista clínica con un compañero. En esta, su compañero interpretará un trastorno mental que escogerá derivado de los manuales diagnósticos. El terapeuta, quien no conocerá el trastorno elegido, buscará identificar los signos y síntomas del paciente y así llegar a una impresión diagnóstica. Refiera lo encontrado en el siguiente cuadro:

	Emocionales	Conductuales	Cognitivos	Somáticos
Signos				
Síntomas				
Impresión diagnóstica	CIE 10: DSM 5:			

2.3. Formulación de objetivos terapéuticos

Objetivo de formación

Conocer el proceso y procedimiento de la formulación de objetivos terapéuticos.

Visualice ese momento de la terapia cuando ya ha recogido la información inicial, conoce la historia del problema del paciente y la forma de relacionarse con su malestar actual, además cuando ya fue capaz de identificar el diagnóstico clínico de este paciente. En este punto

muchos terapeutas pueden presentar dificultad para iniciar un modelo de terapia, ya que no conocen de buena manera los puntos de atención donde deberían situar sus acciones terapéuticas, ni el orden en que debería hacerlo.

Es en este punto donde surgen en la mente de los terapeutas las siguientes preguntas: ¿cuál es el tratamiento adecuado para mi paciente?, ¿cómo estructuro un tratamiento centrado en las necesidades individuales del paciente? o ¿en qué debería centrarme primero? Para la resolución de estas dudas el elemento central para tener en cuenta son los objetivos terapéuticos.

Aspectos teóricos

Los objetivos terapéuticos son una serie de actuaciones previamente analizadas y jerarquizadas que permiten, tras su ejecución, la resolución de un problema y la consecución de una meta terapéutica.

En la práctica clínica lo habitual es que un paciente presente varios problemas a ser tratados. Por tanto, hay que decidir sobre cuáles de esos problemas se va a intervenir y en qué momento hacerlo. En consecuencia, se recomienda establecer unas prioridades de actuación terapéuticas, en las cuales se debe decidir qué problemas se van a tratar y seleccionar qué problema o problemas se van a considerar primero para su resolución. Para esto se recomienda:

Valores y preferencias del paciente	Tener en cuenta los problemas que desea tratar un paciente y cuáles no. Muchos de estos pueden relacionarse con resistencias del paciente.
Valores y preferencias del terapeuta	Tener en cuenta la jerarquización de los problemas realizada por el terapeuta y las resistencias de este para trabajar problemáticas de cierto tipo por las características o creencias individuales.
Gravedad del problema	Tener en cuenta que se debe iniciar por aquellos problemas que supongan un mayor peligro para la integridad física del paciente u otras personas.
Malestar que el problema provoca	Tener en cuenta priorizar aquellos objetivos que trabajen sobre los aspectos que crean una mayor interferencia en la vida del paciente.
Relación de dependencia entre los problemas	Tener en cuenta que si uno o más problemas dependen de otro, una buena opción sería comenzar por aquel que permite trabajar de manera simultánea ambos problemas.

Probabilidad de éxito a corto y largo plazo del tratamiento del problema.	Tener en cuenta el coste percibido por el paciente del tratamiento en términos de tiempo, esfuerzo y dinero. En el caso de un paciente con baja motivación puede comenzarse por tratar problemas menores con el fin de obtener cambios a corto plazo y generar con esto mayores niveles motivacionales para trabajar en problemas más relevantes.
--	---

Los objetivos establecidos deben cumplir una serie de características para su correcto ejecución, desarrollo y alcance:

1. Deben responder a las necesidades del paciente.
2. Deben ser realistas.
3. Deben ser específicos.
4. Deben suponer una mejoría para los problemas del paciente.
5. Deben facilitar la adaptación al entorno.
6. Deben ser debatidos, aceptados y acordados con el paciente y no impuestos por el terapeuta u otras personas.
7. Deben ser redactados en términos positivos.

Actividad práctica

Entrar al siguiente enlace:

apalweb.org/docs/cie10c.pdf (Ustun et al., 1999) y seleccionar uno de los casos que allí se presentan. De este refiera los objetivos terapéuticos y estructúrelos según su orden de relevancia para la intervención clínica:

Problemas del paciente	Objetivos clínicos

2.4. Informes clínicos

Objetivo de formación

Conocer el correcto diligenciamiento de los diferentes formatos clínicos en la práctica psicoterapéutica.

Aspectos teóricos

“Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), se define como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios” (Ministerio de Salud, 2015).

El correcto diligenciamiento de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) nos permite:

1. Formular políticas de salud.
2. Realizar la programación de oferta de servicios de salud.
3. Evaluar coberturas de servicios.
4. Asignar recursos financieros, humanos y técnicos.
5. Validar el pago de servicios de salud.
6. Fundamentar la definición de protocolos y estándares de manejo clínico.
7. Ajustar la Unidad de Pago por Capitación.
8. Establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud.
9. Controlar el gasto en salud.
10. Ajustar los contenidos de los planes de beneficios en salud.
11. Conocer el perfil de morbilidad y mortalidad.

“El cuaderno clínico es un instrumento donde el estudiante de psicología registra las acciones que emprende con cada uno de sus procesos a nivel individual o grupal, con el fin de hacer una lectura y análisis a la luz de su referente teórico, bien sea de cada uno de los casos de los que se ocupa, las producciones de los grupos que acompaña o las situaciones presentes en los procesos organizacionales que orienta” (Londoño, Ramírez, Londoño, Fernández y Vélez, 2009).

El correcto diligenciamiento del cuaderno clínico nos permite:

1. La elaboración de diagnósticos.
2. La generación de descripciones clínicas.
3. La orientación clínica.
4. La planeación de intervenciones clínicas.
5. La formulación de objetivos terapéuticos.

6. La creación de planes de acción terapéuticos.
7. La valoración de las estrategias terapéuticas.
8. La consignación de herramientas clínicas utilizadas.
9. La evaluación global de los procesos terapéuticos ejecutados.

Aspectos teóricos

“La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (Ministerio de Salud, 1999).

El correcto diligenciamiento de la historia clínica nos permite:

1. Conocer los conceptos de los profesionales en salud de la condición del paciente.
2. Facilidad de acceso inmediato a la información de salud del paciente.
3. Posibilidad de ofrecimiento de una atención especializada en el paciente por el conocimiento de su historia personal.
4. Conocimiento de procedimientos anteriores y actuales del paciente.
5. Reconocimiento de la respuesta terapéutica obtenida con anterioridad a otros tratamientos de salud.
6. Identificar la mejoría en la calidad de salud del paciente.
7. Posibilidad de conocer a través del tiempo los procedimientos sanitarios e historial de salud de un paciente
8. Facilitar el trabajo interdisciplinario sanitario.
9. Dar a conocer al paciente los juicios, diagnósticos y criterios de los profesionales en salud.
10. Apoyar en las funciones de investigación en salud.

Los elementos que se recomienda incluir en los formatos clínicos en psicología son:

Formato	Ítems para considerar
Cuaderno clínico	<p>Datos generales: fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, nombre o seudónimo terapéutico, edad, estado civil, profesión, barrio y personas con quien vive.</p> <p>Motivo de consulta: queja o demanda del paciente; se divide en motivo de consulta manifiesto y latente.</p> <p>Síntomas y signos: manifestaciones sintomáticas relacionadas con el problema actual o relacionados.</p> <p>Patrón vincular: pauta o tipo de apego generado en la niñez y su presentación en la actualidad.</p> <p>Capacidad de introspección y de insight en el momento presente y la egosintonía o egodistonía de los síntomas.</p> <p>Explicación teórica del caso: formulación teórica de presentación de la sintomatología observada desde alguna corriente epistemológica de la psicología.</p> <p>Hipótesis diagnósticas: consignar todos los posibles diagnósticos que cree que el paciente puede tener, y referir su explicación de los síntomas.</p> <p>Metas y objetivos terapéuticas: mencionar los objetivos terapéuticos en relación con los problemas presentados por el paciente.</p> <p>Preguntas frente al caso: escribir las preguntas o dudas no resueltas aún del caso. Puede contener datos que no se conocen, aspectos que necesitan claridad, contradicciones en el relato del paciente o áreas por explorar.</p>
Historia clínica	<p>Datos generales: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, documento de identidad, edad, profesión, ocupación, EPS, RH, personas con quien convive, teléfonos de contacto, barrio y dirección de residencia, correo electrónico y contacto de emergencia.</p> <p>Antecedentes familiares de enfermedades físicas y mentales: evaluar posibles enfermedades físicas o mentales que influyan en los aspectos psicológicos actuales.</p> <p>Antecedentes personales de enfermedades físicas y mentales: evaluar posibles enfermedades físicas o mentales, golpes, o medicamentos que consuma que influyan en los aspectos psicológicos actuales.</p> <p>Motivo de consulta: queja o demanda del paciente; se divide en motivo de consulta manifiesto y latente.</p> <p>Problema actual: inicio, duración e intensidad de la problemática psicológica actual, historial de intentos de autoagresión o heteroagresión derivados del episodio actual.</p> <p>Dinámica familiar: tipo de vínculo que mantiene con las personas con quien convive o familiares. Evaluar si estas relaciones presentan características patológicas.</p> <p>Historia relacional: tipo de vínculo con cuidadores y figuras de autoridad en la niñez, dinámica de relaciones afectivas y sociales relevantes.</p> <p>Estado mental: evaluar actitud, orientación, sensopercepción, conciencia, atención, memoria, estado de ánimo, pensamiento, lenguaje, actitud motora, insight y prospección.</p> <p>Diagnóstico: impresión diagnóstica o diagnóstico confirmado</p> <p>Observaciones: aspectos adicionales a mencionar acerca del proceso psicoterapéutico</p> <p>Segunda sesión en adelante: este formato suele incluir objetivo terapéutico trabajado, técnicas de evaluación o intervención empleadas, evolución del caso, estado mental, diagnóstico y observaciones.</p>

Actividad práctica

En equipos leer el siguiente caso titulado “Psicología basada en la evidencia y trastorno de estrés postraumático” (Loteró y Arias, 2016). Realizar un ejemplo de historia y un cuaderno clínico con la información del caso: <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/24/26>

2.5. Modalidades y tipos de atención terapéutica

Objetivo de formación

Diferenciar las modalidades y tipos de atención psicoterapéutica en la intervención clínica.

¿Le ha ocurrido que se encuentra a punto de iniciar su proceso como terapeuta o ha decidido acudir donde un psicólogo clínico, y se encuentra con una diversidad de enfoques terapéuticos y de tipos de atención? ¿Esto le ha llevado a confundirse acerca de cuál es el modelo y tipo de terapia más adecuado para usted en su rol de terapeuta y de paciente?

Este aspecto puede dificultar su proceso de selección de actuar terapéutico o de selección de tipo de psicoterapia para usted. ¿Debería, entonces, elegir una terapia individual o familiar para su problemática?, ¿o elegir una terapia de enfoque humanista o postracionalista para su situación actual? Estas dudas puede resolverlas si tiene conocimiento acerca de las modalidades y tipos de atención psicoterapéuticas.

Aspectos teóricos

“La psicoterapia es un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional” (Feixas y Miró, 1993).

La atención terapéutica y la práctica clínica va a depender de unos postulados teóricos que orientarán el actuar del terapeuta. Por esto, es necesario contar con una serie de bases teóricas que fundamenten y sirvan como punto de referencia para la comprensión del comportamiento del ser humano. Las más comúnmente utilizadas son:

	Psicoanálisis	Conductismo	Cognitivo	Postracional	Humanista
Malestar	Fenómenos de represión, las etapas psicosexuales y el complejo de Edipo	Aprendizajes que dificultan la adaptación al medio	Procesamiento cognitivo sesgado de los aprendizajes	Construcción negativa de significados personales y de las experiencias	Aspectos del contexto e inconscientes que impiden la autorrealización
Conceptos teóricos	Inconsciente, líbido, transferencia y contratransferencia	Estímulo, respuesta, condicionamiento, contra condicionamiento	Pensamiento, esquemas, afrontamiento, creencias	Organización de significado personal, tipo de apego	Autonomía, autorrealización, interdependencia social

Estos postulados de atención terapéutica suelen aplicarse en tres diferentes tipos de formas de atención (Cuevas, 1991):

Terapia individual	Terapia familiar o de pareja	Grupal
En la terapia individual el paciente solo interacciona con el psicólogo o terapeuta.	En la terapia grupal la interacción se da entre el terapeuta y el grupo familiar o la pareja.	En la terapia grupal existen la interacción entre pacientes del grupo y también la del psicólogo con el grupo y cada uno de ellos.
En este caso se realiza una intervención en los aspectos relacionados con conflictos intrapsíquicos que le impiden al paciente el funcionamiento adecuado en las áreas de su vida.	En este caso se realiza una intervención en los aspectos relacionados con conflictos internos y externos derivados de la interacción entre las personas pertenecientes a una familia o a una pareja.	En este caso se realiza una intervención en los aspectos relacionados con conflictos internos y externos en personas pertenecientes a un grupo que presentan síntomas similares entre ellos.

Actividad práctica

En parejas o grupos lanzar dos dados y, dependiendo del resultado de cada uno, seleccionar el enfoque terapéutico y el tipo de terapia correspondiente.

Primer dado: 1: Psicoanálisis, 2: Conductismo, 3: Cognitiva, 4: Postracionalista, 5: Humanista y 6: Sistémico.

Segundo dado: 1-2: Terapia individual, 3-4: Terapia familiar, 5-6: Terapia grupal.

Exponerle a su grupo o compañero los principales conceptos de este modelo de terapia y mencionar un ejemplo de su modo de aplicación individual, familiar/de pareja o grupal dependiendo del resultado de los dados.

UNIDAD 3.

EL ESTUDIANTE ACTÚA OBSERVADO POR EL DOCENTE

Unidad 3: El estudiante actúa observado por el docente

Fase de intervención y análisis de caso.
Intervención en crisis y rutas de atención.
Dilemas éticos en la atención clínica.
Seguimiento y cierre de caso.

3.1. Fase de intervención y análisis de caso

Objetivo de formación

Comprender el proceso de análisis de caso y de formulación del plan de tratamiento.

Piense que se encuentra en ese momento posterior a los procesos o fases ya mencionados: al primer contacto con el paciente, a la entrevista inicial, a la entrevista diagnóstica, al establecimiento de hipótesis y a la formulación de objetivos terapéuticos. Tiene, además, clara su modalidad de atención o enfoque terapéutico. Al encontrarse en ese momento, normalmente toda la información necesaria para la comprensión del caso la tiene disponible. Es entonces cuando el terapeuta comienza a tener una pregunta acerca de la manera específica de iniciar o estructurar un tratamiento centrado en la problemática específica del paciente. Aparecen las siguientes dudas: ¿este tratamiento será adecuado para el paciente?, ¿debo seguir paso a paso un modelo de intervención?, ¿puedo crear un modelo de intervención específico para mi paciente basándome en los modelos tradicionales? Estas son dudas recurrentes que se presentan al avanzar en los procesos de atención terapéutica y al realizar la estructuración de un plan de tratamiento. Para resolver estas dudas es importante conocer cómo se estructura la fase de intervención y el análisis de caso.

Aspectos teóricos

La fase de intervención es conocida como un conjunto de actividades y operaciones terapéuticas a través de las cuales el profesional de la psicología, como agente de cambio, trata

de modificar el curso de los acontecimientos o vivencias emocionales en los individuos y en la sociedad

Pasos de la formulación del tratamiento	Ejemplo
El primer paso es identificar los problemas a trabajar, estos pueden ser propuestos por el paciente en el motivo de consulta, o pueden ser aquellos derivados del criterio del terapeuta.	Problema: miedo a encontrarse en lugares abiertos.
En segundo lugar, se traducirán los problemas en objetivos terapéuticos buscando que con su modificación permitirán el cambio de las conductas problemáticas y el logro de los objetivos propuestos.	Problema: miedo a encontrarse en lugares abiertos. Objetivo: modificar emociones de miedo al encontrarse ante lugares abiertos.
En tercer momento y una vez seleccionadas las variables explicativas a modificar, hay que elegir las terapias, técnicas y medios que se emplearán para lograrlo.	Problema: miedo a encontrarse en lugares abiertos. Objetivo: modificar emociones de miedo al encontrarse ante lugares abiertos. Terapia/técnica: terapia de exposición: desensibilización sistemática y técnica de relajación.

Algunos elementos relevantes para tener en cuenta en la selección de un tratamiento o una técnica terapéutica son:

1. Grado de eficacia.
2. Nivel de eficiencia.
3. Posibles efectos secundarios.
4. Variables individuales del paciente.
5. Experticia del clínico en la aplicación de la terapia o técnica.
6. Validez ecológica de la técnica o terapia.

Después de la entrevista clínica y la estructuración del tratamiento, se realizan sesiones de intervención clínica. La estructura de una sesión de tratamiento suele presentar los siguientes elementos (Beck, 2000; Wells, 1997):

Elementos segunda sesión	Explicación
Evaluación de la evolución del caso.	El paciente informa cómo se encuentran sus emociones tras lo trabajado en la sesión anterior o luego de la realización de la tarea terapéutica. La ausencia del cambio esperado o el empeoramiento de los problemas deben llevar a explorar aquellos factores que están bloqueando la mejora o agravando la situación.
Breve revisión de la sesión anterior.	Se pregunta al paciente qué cosas le parecieron importantes de la sesión anterior y si hay algo que quiera comentar de esta.
Establecimiento del orden del día.	Se determina qué se va a hacer en la sesión y en qué orden. La finalidad de esto es: centrar la terapia en la conceptualización, los objetivos del problema, además de proporcionar flexibilidad para trabajar con problemas emergentes.
Revisión de las actividades entre sesiones.	Se trata de ver cómo han ido las actividades acordadas, lo que el paciente ha aprendido de las mismas, los posibles obstáculos que ha habido para su realización y las dificultades que han podido surgir al llevarlas a cabo.
Aplicación de técnicas específicas.	Gran parte de la sesión está dedicada al uso de técnicas dirigidas a trabajar los puntos acordados en el orden del día. Si surgen cuestiones no contempladas en el orden del día, terapeuta y paciente deciden si modificarlo o continuar con este.
Acuerdo sobre la siguiente actividad a realizar entre sesiones.	Las actividades son acordadas entre paciente y terapeuta. Estas deben derivarse de lo que se ha trabajado en la sesión, estar claramente descritas y justificadas. Es importante tratar de anticipar posibles dificultades para la realización de las actividades y darle pautas al paciente para hacer frente a estas.
Resumen y retroalimentación del paciente.	La sesión se termina pidiendo al paciente que resuma los puntos principales que ha identificado, tanto positivos como negativos. El terapeuta puede ayudar en este proceso haciendo preguntas y ofreciendo breves resúmenes.

Actividad práctica

Realizar una propuesta de intervención con un paciente o un juego de roles y mencionar los problemas a trabajar, los objetivos terapéuticos, las técnicas y tratamientos de intervención:

Seleccione dos técnicas a trabajar y complete el siguiente cuadro:

Preguntas	Respuestas
¿Qué tan efectiva le pareció la técnica empleada?	
¿Qué aspectos encontró por mejorar en la aplicación de la técnica?	

Preguntas	Respuestas
¿Qué fortalezas encontró en la aplicación de la técnica?	
¿Qué resistencias identificó en el paciente durante la aplicación de la técnica?	
¿Cómo valoró el paciente la aplicación de la técnica?	
¿La técnica contribuyó a la intervención del problema y al cumplimiento del objetivo del tratamiento?	

3.2. Guías clínicas y rutas de atención

Objetivo de formación

Identificar la relevancia y constitución de las guías clínicas y de las rutas de atención en los procesos psicoterapéuticos.

¿Le ha ocurrido, o se ha imaginado, que durante una consulta el paciente le expresa una sintomatología que refiere una condición psicopatológica compleja, o que pueda representar una posible amenaza para la vida del consultante o de otras personas? Es común que en este caso se manifiesten preguntas como: ¿cuál podría ser la forma más conveniente para abordarlo?, ¿existen protocolos que especifican el actuar clínico en estos casos o situaciones?, ¿a qué personas o instituciones podría acudir si necesito apoyo?

Este tipo de casos representan en la mayoría de las situaciones un desafío importante para el clínico, de allí que fueran construidos protocolos de actuación que guíen al psicoterapeuta en la atención de este tipo de casos, tanto en sus aspectos centrales de intervención como en la actuación ante situaciones terapéuticas complejas (como la aparición de una ideación suicida o un episodio psicótico). Para este tipo de orientación se puede recurrir a las guías o a las rutas de atención clínica.

Aspectos teóricos

“Las Guías de Atención, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permite estandarizar los criterios para evaluarla, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones

efectivas, basadas en pruebas científicas y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa” (Vera, 2019, p. 70).

“La ruta de atención en salud es la herramienta que articula a todos los agentes y actores del sistema de atención en salud como las EPS, los hospitales, los municipios, los departamentos y las comunidades dejando claro las responsabilidades para centrarse en las personas y sus necesidades para garantizar el derecho a la salud” (Hospital Universitario de la Samaritana, 2017).

A continuación, se presentan los tipos de casos clínicos en los que procede la aplicación de las guías y rutas de atención clínicas, además de los elementos que se toman comúnmente para la atención de dichos casos en cada uno de estos instrumentos clínicos:

Condición mental	Contenido de guías clínicas
Depresión, psicosis, epilepsia, demencia, trastorno por consumo de sustancias, autolesión/ suicidio, y trastornos mentales en la niñez y adolescencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de depresión. 2. Diagnóstico diferencial. 3. Otros trastornos asociados. 4. Protocolo de manejo. 5. Intervenciones psicosociales. 6. Intervenciones farmacológicas.
Depresión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de Depresión. 2. Criterios diagnósticos. 3. Comorbilidad. 4. Entrevista clínica. 5. Factores de riesgo. 6. Riesgo de suicidio. 7. Factores de riesgo social. 8. Pruebas de evaluación. 9. Seguimiento y control. 10. Criterios de remisión.

Condición mental	Contenido de guías clínicas
Abuso sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de abuso sexual. 2. Tipos de abuso sexual. 3. Valoración y factores de riesgo. 4. Actuación hacia al agresor. 5. Actuación hacia el paciente. 6. Actuación hacia la familia. 7. Estrategias de manejo de un abuso sexual infantil. 8. Elaboración de una historia clínica. 9. Activación de ruta de ayuda.
Ideación suicida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de conducta suicida. 2. Tipos de conducta suicida. 3. Estimación del riesgo. 4. Factores asociados a la conducta suicida. 5. Factores de riesgo individual. 6. Factores precipitantes y protectores. Responsabilidad y funciones del psicólogo. 7. Instrumentos de evaluación. 8. Entrevista clínica individual. 9. Entrevista clínica familiar. 10. Escalas de evaluación. 11. Clasificación del riesgo. 12. Criterios de derivación de pacientes.
Consumo de sustancias psicoactivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de sustancias psicoactivas. 2. Clasificación de las sustancias psicoactivas. 3. Tipos de sustancias psicoactivas. 4. Factores de riesgo individual. 5. Factores precipitantes y protectores. 6. Elementos presentes en el consumo de SPA. 7. Política de drogas en el contexto local. 8. Tipos de consumo. 9. Consumo problemático: abuso y síndrome de abstinencia. 10. Criterios de derivación de pacientes.

Actividad práctica

Seleccione o trabaje con un caso de consumo de sustancias psicoactivas o de ideación suicida, y ante este construya un flujograma donde especifique el paso a paso de su accionar como terapeuta, apoyándose en las guías y rutas de atención clínica. Refiera en la columna izquierda cada acción que realizaría hasta llegar a la remisión a otra entidad, y en la derecha especifique de quién depende esta acción, del terapeuta o de otra entidad (mencionar el nombre y número de contacto de esta entidad).

Pasos	Persona o entidad que realiza este proceso
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

3.3. Dificultades terapéuticas o dilemas éticos en la atención clínica

Objetivo de formación

Reconocer los elementos que permiten el adecuado afrontamiento de las posibles dificultades terapéuticas o dilemas éticos en la atención psicoterapéutica.

¿Se le ha presentado una situación en la que, luego de la entrevista clínica con un niño, sus padres le pidan que les cuente todo lo que este le dijo en sesión? ¿Le ha ocurrido que durante una sesión ha identificado una situación incómoda porque su paciente comienza a demostrar conductas de rechazo a usted como terapeuta? O, por el contrario, ¿le ha pasado que su paciente empiece a presentar más cercanía de la habitual con usted?

Este tipo de situaciones son más comunes de lo que usted cree, y pueden ocurrir durante los procesos de atención clínica y crear dificultades terapéuticas o dilemáticas éticos que requieren su correcto accionar para la resolución en terapia.

Aspectos teóricos

Al mencionar un obstáculo terapéutico en psicología se hace referencia a una situación que dificulta o impide el avance en el alcance de las metas terapéuticas.

“Un dilema ético refiere una situación donde se hace presente un aparente conflicto operativo, el cual genera dos o más posibles soluciones que representan con ellas diferentes tipos de transgresión o malestar a alguna de las partes involucradas que toman la decisión o a un tercero.

A continuación se mencionan una serie de situaciones problemáticas o dilemas éticos que pueden interferir en la terapia, tanto por parte del terapeuta como del paciente. Es importante conocer la posibilidad de presentación de estas situaciones para que el terapeuta considere posibles soluciones en cada uno de los casos.

Dificultades por parte del terapeuta	Dificultades por parte del paciente
<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta comenta el caso sin guardar reserva profesional de la información. 2. El terapeuta no cumple con los requerimientos establecidos para custodiar la historia clínica del paciente. 3. El terapeuta no conoce los métodos de intervención que se encuentra aplicando. 4. El terapeuta no realiza los análisis de caso ni la preparación de las sesiones. 5. El terapeuta no comunica al paciente acerca de las intervenciones u objetivos terapéuticos. 6. El terapeuta minimiza o maximiza el síntoma del paciente. 7. El terapeuta presenta con su actuar efectos iatrogénicos. 8. El terapeuta etiqueta al paciente como difícil en vez de ver la situación como un problema a resolver. 9. El terapeuta experimenta intensas reacciones emocionales hacia el paciente (atracción, enfado, ansiedad o aburrimiento). 10. El terapeuta presenta afectación actual por el mismo problema que su paciente. 11. El terapeuta queda bloqueado en un momento dado, no sabe cómo seguir. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente no firma el consentimiento informado. 2. El paciente no acude a consulta voluntariamente. 3. Al paciente le cuesta hablar de sus problemas. 4. El paciente no quiere contestar ciertas preguntas o hablar de ciertos temas. 5. El paciente responde muy brevemente a las preguntas. 6. El paciente divaga en temas de modo improductivo. 7. El paciente es demasiado extenso en sus respuestas o explicaciones. 8. El paciente llora incontrolablemente en sesión. 9. El paciente presenta desesperanza ante su malestar. 10. El paciente hace preguntas sobre creencias o comportamientos del terapeuta que este considera mejor no responder. 11. El paciente expresa o da a entender que el terapeuta puede tener muy poca experiencia en casos como el suyo. 12. El paciente da a entender que si el terapeuta no ha pasado por su problema difícilmente le podrá comprender y tratar eficazmente. 13. Se sospecha que el paciente inventa o falsifica datos importantes deliberadamente.

Dificultades por parte del terapeuta	Dificultades por parte del paciente
<p>12. El terapeuta tiene incomodidad con relación a los silencios del paciente.</p> <p>13. El terapeuta está preocupado por su propia competencia ante el caso.</p> <p>14. El terapeuta busca ser apreciado por el paciente.</p> <p>15. El terapeuta está en un conflicto entre atender a las preocupaciones inmediatas del paciente, que cambian cada semana, y mantener el tratamiento dirigido a las metas previamente acordadas.</p> <p>16. El terapeuta está demasiado volcado en su trabajo y se despreocupa de sí mismo.</p>	<p>14. El paciente da permiso para que el terapeuta entreviste a una persona allegada, pero luego quiere saber algo que ha contado y que es confidencial.</p> <p>15. El paciente quiere que el tratamiento comience cuanto antes, o duda de si merece la pena iniciarlo.</p> <p>16. El paciente no da permiso para que colabore en la terapia algún familiar.</p> <p>17. El paciente falta, cambia las citas frecuentemente o llega tarde.</p> <p>18. El paciente intenta frecuentemente prolongar la duración de las sesiones.</p> <p>19. El paciente abusa de las llamadas telefónicas al terapeuta.</p> <p>20. El paciente desarrolla hacia el terapeuta emociones excesivamente positivas o negativas (amor, deseo sexual, antipatía, rabia).</p> <p>21. El paciente se comporta agresivamente o amenaza al terapeuta en la consulta.</p>

Ante los anteriores conflictos existen tipos de principios éticos que son primordiales para mantener un comportamiento profesional en el proceso terapéutico. Estos a su vez nos permiten evaluar las posibles soluciones seleccionadas, siguiendo los criterios de evaluación ética de nuestro actuar:

Principio ético	Explicación
Protección a la vida	Los psicólogos en sus intervenciones siempre pondrán como aspecto primario la conservación de la vida del paciente o de terceros, así esto conlleve el rompimiento del secreto profesional.
Justicia	Los psicólogos reconocen la imparcialidad en sus intervenciones, por tanto, ejercerán un juicio razonable para asegurar que sus prejuicios y límites de competencias no lleven a prácticas injustas.
Beneficencia/no maleficencia	Los psicólogos se esforzarán por hacer el bien a aquellos con quienes interactúan profesionalmente y asumen la responsabilidad de no causar daño con sus intervenciones.
Autonomía	Los psicólogos en sus intervenciones deben privilegiar los valores y la toma de decisiones del paciente, antes que favorecer la obediencia o el seguimiento de acciones terapéuticas instruidas.

Actividad práctica

Seleccione de la siguiente lista de experimentos clásicos de la psicología uno que le llame la atención, y refiera de este qué principios éticos y numerales de la Ley 1090 no se cumplieron durante su ejecución:

- El experimento de Milgram.
- El experimento de Stanford.
- El experimento del proyecto de aversión.
- El experimento de indefensión aprendida.
- El experimento del pequeño Albert.

Aspectos éticos	¿Por qué no se cumplieron?
Principios éticos no cumplidos.	
Numerales de la Ley 1090 no cumplidos	

3.4. Seguimiento y cierre de caso

Objetivo de formación

Reconocer el proceso y la relevancia de los seguimientos y cierres de casos clínicos.

Aspectos teóricos

“El cierre de caso es la fase final del tratamiento psicológico, en esta se presenta la identificación por parte del paciente y del terapeuta del alcance de los objetivos terapéuticos planteados. Este se realiza cuando se ha obtenido un cambio clínicamente significativo, se ha presentado generalización de este a otras situaciones similares y cuando se identifica que

el paciente tiene las condiciones necesarias para que se mantenga dicho cambio” (Bados y García, 2009).

La terminación o cierre del proceso psicoterapéutico es un momento de alta relevancia, dado que se presentan importantes reacciones emocionales que no solo afectan al paciente sino también al terapeuta. La terminación puede generar en este sentimientos tales como preocupación, rechazo, culpa, enfado, fracaso, desmoralización y/o sensación de que fue un esfuerzo perdido. Según esto, es importante tener en cuenta algunos aspectos que permiten realizar un adecuado proceso de cierre terapéutico:

1. Realizar una evaluación en la que se valoren los cambios conseguidos, se discuta si queda alguna otra meta por alcanzar y se considere la conveniencia de ir espaciando el tiempo entre sesiones.
2. Realizar una evaluación postratamiento empleando los mismos instrumentos clínicos usados en las fases iniciales de evaluación.
3. Evaluar con el paciente la modificación de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos clínicos.
4. Identificar qué tan significativa es para el paciente la percepción de cambio.
5. Analizar la percepción de cambio que presentan las personas que se relacionan con el paciente.
6. Valorar la dinámica de las nuevas relaciones que ha establecido el paciente desde que se encuentra en el tratamiento.
7. Comparar el funcionamiento actual en las diferentes áreas de la vida con las del inicio del tratamiento.
8. Acompañar al paciente a la creación de estrategias para el afrontamiento de recaídas.
9. Ayudar al paciente a la atribución propia de los méritos y cambios producidos en el proceso terapéutico.
10. Facilitar la transición del paciente a una vida de afrontamiento de sus problemas sin el acompañamiento del terapeuta.

El seguimiento es un proceso en el cual una vez transcurrido cierto tiempo desde la terminación del tratamiento, se recogen nuevos datos para comprobar el grado de mantenimiento de los cambios terapéuticos.

Algunos elementos para tener en cuenta en la construcción de las sesiones de seguimiento son:

1. El periodo de seguimiento puede ser más o menos largo e incluir uno o más periodos de evaluación.
2. Se aconseja realizar un primer seguimiento a los 3 meses, un segundo a los 6 meses y un último a los 12 meses, aunque en ciertos problemas con gran probabilidad de recaída, como los adictivos y los trastornos de alimentación, se sugiere prolongar el seguimiento hasta los 5 años.
3. Los seguimientos pueden realizarse vía telefónica o virtual, pero se recomienda que por lo menos uno de ellos sea presencial.
4. Es importante preguntar al paciente por la evolución del problema tratado, la búsqueda de nueva ayuda para el problema tratado, aparición de otros problemas psicológicos, consumo de fármacos para el problema tratado y/o para otros problemas psicológicos.
5. Los datos recogidos durante el seguimiento se comparan con los obtenidos al final del tratamiento para evaluar el mantenimiento del progreso, una mejora adicional o una aparición de nuevos síntomas.
6. Explorar nuevos factores de la vida del paciente que puedan explicar las mejoras o la aparición de nuevos síntomas.
7. Si se detecta que los resultados no se mantienen o que se presenta la aparición de nuevos síntomas, se debe evaluar la posibilidad de reiniciar el tratamiento enfocado en ese objetivo o de diseñar uno nuevo.
8. Finalmente, durante el periodo de seguimiento pueden identificarse otros problemas, que, si el paciente lo desea, se pueden trabajar.

Actividad práctica

Realizar la creación de una ficha o una entrevista semiestructurada donde se consignan los elementos fundamentales para preguntarle al paciente en la sesión de cierre o en una sesión de seguimiento. Consignar los principales temas o preguntas de entrevistas en el siguiente cuadro:

Temas ficha o preguntas de entrevista semiestructurada
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales* (5ª ed.). Washington DC: APA
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aragón, L. y Silva, A. (2004). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Ciudad de México: Pax-Mex.
- Bados, A. & García, E. (2009). *El proceso de evaluación y tratamiento*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/39033765_El_Proceso_de_evaluacion_y_tratamiento
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona: Universitá de Barcelona. Recuperado de <diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terapéuticas.pdf>
- Bados, A. y García E. (2014). La Entrevista Clínica. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54766/1/Entrevista.pdf>
- Baños, R. y Perpiñá, C. (2010). *Exploración psicopatológica*. Madrid: Editorial síntesis.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Colombia. Congreso de la República. (2006). Ley 1090. Bogotá: Diario Oficial N.º 46383 de 6 de septiembre de 2006. Recuperada de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cuevas, A. (1991). *Psicoterapia familiar individual y de grupo*. México DF: Instituto Politécnico Nacional
- Díaz, L. (2011). Procedimiento y proceso del método clínico. En *Textos de apoyo didáctico*. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Procedimiento_y_Proceso_del_Metodo_Clinico_Lidia_Diaz_Sanjuan_TAD_3_Sem.pdf
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

- Fernandes, A., Carmo, M. y Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12.
- García, J. (2006). Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública cubana. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(1), 07-15.
- Godoy, J. F. (1999). *Psicología de la salud: delimitación conceptual*. En M. A. Simon (Ed.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 47-62). Madrid: Editorial biblioteca Nueva.
- Goldstein, A. P. y Myers, C.R. (1986). Relationship-enhancement methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3a ed., pp. 19-65). Elmsford, NY: Pergamon.
- González, H. (2008). Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 19(1), 121-129.
- Hospital Universitario de la Samaritana. (2017). *¿Sabes que es la ruta de atención en salud?* Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=O2HwTpVmYqM>
- Lotero, H. y Arias, AM. (2016). Psicología Basada en la Evidencia y Trastorno de Estrés Postraumático: un Análisis de Caso. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 4(1), 59-78.
- Martínez, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.
- Ministerio de Salud Pública. (2000). Resolución 3374. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R3374000.pdf>
- Ministerios de Salud y Protección Social. (1999). Resolución 1995. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- Ministerios de Salud y Protección Social. (2015). *Preguntas frecuentes RIPS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>
- Ministerios de Salud y Protección Social. (2017). Resolución 839. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de intervención mhGAP*. Recuperado de <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Promoción de la salud mental*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Ospina, G. (2006). *Noción histórica y clínica de la criminología*. Medellín: Dike.
- Polaino, A. (1991). *Psicología patológica*. Madrid: UNED.
- Rojas-Afaro, Z. (1969). *El examen psiquiátrico del paciente: Organización del examen mental*. Costa Rica: Imprenta metropolitana de San José.
- University of Nottingham. (2016). Psychiatric Interviews for Teaching: Mania. Recuperado de mediaspace.nottingham.ac.uk/media/Psychiatric+Interviews+for+TeachingA+Mania/1_jc9r8041
- Ustun, T., Bertelsen, A., Dilling, H., Van Drimmelen, J., van Pull, C ... Sartorius, N. (1999). *Libro de casos de la CIE-10: las diversas caras de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Vera, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, 25(2), 70-77 Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=pt&nrm=iso

Información acerca del autor

Hernán Darío Lotero Osorio

Doctor en Psicología de la Universidad San Buenaventura, Magister en Psicoterapia y Psicólogo profesional de la universidad Pontificia Bolivariana. Docente con experiencia laboral en docencia e investigación, esta ha sido adquirida en la Universidad Pontificia Bolivariana, la Universidad Uniclaletiana y la Fundación Universitaria Luis Amigó. Autor de diversos artículos de investigación y revisor de artículos de investigación en varias revistas científicas indexadas. Además de experiencia en el campo de la atención clínica y psicoterapéutica, adquirida en la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, IPS Centro Persona y Familia y en la práctica particular. Actualmente docente de tiempo completo en el área clínica en la Institución Universitaria de Envigado.

Esta cartilla es un material educativo didáctico que pretende el desarrollo de competencias individuales inherentes al campo clínico en psicoterapia. El desarrollo de dichos elementos de aprendizaje busca a través del método clínico brindar conceptos fundamentales y representar una serie acciones terapéuticas ordenadas que todo terapeuta debe aplicar en los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención.

El método clínico tiene como objetivo el conocimiento del proceso salud-enfermedad del paciente; no sólo involucra el conocimiento clínico sino también epidemiológico y social, ya que, para analizar una enfermedad se debe tomar en cuenta todos los factores asociados al paciente, en el contexto bio-psico-social. Es por esto que la actual cartilla se centra en permitir a los clínicos tras los procesos de evaluación, diagnosticar correctamente una condición mental y crear programas de intervención que tendrán como objetivo la modificación de una condición anímica individual o una problemática social o comunitaria.

Esta cartilla se encuentra estructurada en tres unidades de aprendizaje, las cuales, a su vez se dividen en diversas temáticas correspondientes al desarrollo de habilidades conceptuales y técnicas en el ámbito de la psicoterapia. Cada una de estas unidades se encuentran construidas desde la perspectiva del modelo de docencia servicio, el cual a través de los momentos de el estudiante observa o se informa, el estudiante actúa guiado y el estudiante actúa observado busca generar un proceso formativo constante donde se garantice la formación de talento humano en salud, la adecuada autorregulación de la actuación terapéutica de profesionales, el desarrollo del respeto a los derechos de los usuarios y el correcto nivel de la calidad, planificación y autonomía de los profesionales en el campo de la salud mental.