

Propuesta de protocolo de diagnóstico para estudiante de Maestría en Psicoterapia

García Tolentino, Rosa María

2018

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3812>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



PROPUESTA DE PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO PARA ESTUDIANTES DE MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

DIRECTOR DEL TRABAJO
MTRA. MÓNICA PALAFOX GUARNERO

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

ROSA MARÍA GARCÍA TOLENTINO

Puebla, Pue.

2018

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	4
CAPITULO I.	
INTRODUCCIÓN	5
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Pregunta de investigación	10
1.3 Justificación	11
1.4 Objetivos	13
1.5 Supuestos	14
1.6 Limitaciones	15
1.7 Definición de términos	15
CAPITULO II.	
MARCO TEÓRICO	18
2.1 PSICOTERAPIA	18
2.1.1 Elementos comunes en las psicoterapias	19
2.1.2 Competencias del terapeuta en formación de acuerdo al DSM 5	20
2.1.3 Diversidad de abordajes teóricos	21
2.2 ENFOQUE GESTALT 17	22
2.2.1 Diagnóstico gestáltico 19	23
2.3 ENFOQUE SISTÉMICO	24
2.3.1 El diagnóstico sistémico	26

	3
2.4 EVALUACIÓN CLÍNICA	29
2.4.1 Definición de evaluación clínica	30
2.4.2 Fases de la evaluación	32
CAPITULO III.	
METODOLOGÍA	34
3.1 Reflexión metodológica	34
3.2 Instrumentos	36
3.2 Procedimiento	38
CAPITULO IV.	
Conclusiones	41
Discusión	44
Referencias	46
Apéndices	33

RESUMEN

El presente trabajo es una aportación a la labor clínica; mediante la propuesta de un protocolo unificado para el diagnóstico de los usuarios de la clínica Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA), de la Universidad Iberoamericana Puebla, que es atendida por los estudiantes del posgrado en psicoterapia. Parte del supuesto de que toda intervención clínica sólo se justifica en razón del establecimiento de criterios descriptivos de la condición inicial del usuario, que oriente los objetivos y planes de acción. Tomando en consideración las aportaciones de la última publicación del Manual de Diagnóstico Estadístico de los Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II (SCID-II), así como del Cuestionario de Factores relacionados con el diagnóstico del Dr. Ramón de la Fuente; se propone el uso de sus instrumentos para obtener información relevante de los usuarios del OPTA para que los terapeutas responsables de la atención puedan iniciar el proceso terapéutico. El protocolo de diagnóstico pretende responder a la necesidad de integrar elementos indispensables en un todo coherente y útil tanto para el abordaje gestáltico como para el sistémico a fin de descartar psicopatología en el consultante.

Palabras clave: Evaluación psicológica, Diagnóstico clínico, Psicoterapia.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La condición humana en los albores del siglo XXI implica un sin número de conflictos a resolver. La cercanía sin precedentes de las diversas culturas del mundo a consecuencia de los avances tecnológicos, la transición de valores entre las generaciones coexistentes, el impredecible comportamiento de la economía mundial y los violentos cambios en el entorno social, son sólo algunos de los factores del acontecer actual que enfrenta el ser humano, además de la inherente ansiedad existencial. Estas situaciones constituyen una fuente de tensión, incertidumbre e irritabilidad; fenómenos que demandan la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento que promuevan la adaptación y el desarrollo saludable. Sin embargo, la relación desproporcionada entre las habilidades personales y los retos que se enfrentan pueden derivar en una alteración importante del funcionamiento del individuo. En este punto la labor del psicólogo clínico cobra importancia ya que, mediante el reconocimiento de patrones desajustados y elementos detonantes, le es posible implementar estrategias de acción que favorecen la salud mental y modifican dichos patrones (Arias, 2013).

Dentro de las posibilidades de intervención clínica se encuentra la psicoterapia que, sin importar la definición específica, se refiere a una relación profesional e interpersonal entre al menos dos personas, mediante la cual se pretende mejorar las condiciones de vida de quien la solicita. Esta relación interpersonal mejora los conflictos de intercambio

relacionales entre sujeto y objeto del consultante al conducirse auto responsablemente.

El ejercicio profesional de la psicoterapia debe estar orientado a la atención de problemas de salud mental y la aflicción en general, que obstaculizan el pleno desarrollo del individuo y la sociedad. Sin embargo, la multiplicidad de enfoques terapéuticos y posturas teóricas tienden a abrir una brecha entre el conocimiento y la habilidad práctica. A esto, se suma el distanciamiento entre la tradición diagnóstica y las escuelas de pensamiento psicoterapéutico que rechazan el etiquetamiento por considerarlo deshumanizante.

La mente humana es una entidad compleja que presenta múltiples obstáculos para su estudio debido a que aquellas características que se intentan comprender sólo pueden ser explicadas a través de las expresiones observables de la conducta. Por ello la psicología, en su desarrollo como ciencia, se ha visto en la necesidad de idear métodos y técnicas que permitan la medición de las diferencias individuales con la intención de clasificar, describir y predecir la conducta humana. Actualmente la psicología clínica cuenta con instrumentos creados bajo criterios rigurosos, lógicos y sistemáticos, que ayudan a la labor diagnóstica y cuyos resultados son utilizados para planear los cursos de acción en la terapéutica de la salud mental (Narcross y Goldfried, 1992 en Beitman, 2004).

El programa de maestría en psicoterapia de la Universidad Iberoamericana Puebla requiere que durante la formación de los futuros psicoterapeutas realicen prácticas supervisadas en las instalaciones de la Clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA). El primer paso para atender a los pacientes, es revisar sus datos demográficos y el

motivo de consulta, previamente recabados durante el contacto telefónico que realiza el solicitante al servicio; una vez que ha sido asignado a un terapeuta en formación, se lleva a cabo el primer encuentro para dar inicio al proceso terapéutico. Este momento representa un desafío para el terapeuta en formación, por ser el primer acercamiento en el que pondrá en práctica los conocimientos teóricos adquiridos durante su formación académica. Entonces, para que este realice una evaluación encaminada a cumplir con los objetivos propios de la psicoterapia, es conveniente que conozca los instrumentos que el OPTA le facilita, y elegir entre ellos cuáles son adecuados para aplicar, así como la entrevista de evaluación clínica, para identificar y distinguir psicopatologías, así como el/los problema/s que confirman un cuadro psicopatológico, obligando a modificar el tratamiento psicoterapéutico; por tanto la propuesta es diseñar un protocolo de diagnósticoclínico que permita considerar la pertinencia del abordaje desde el enfoque Familiar (Sistémico) y Gestalt.

1.1 Planteamiento del problema

La evaluación psicológica es semejante a la elaboración de un traje que responde a las demandas que expresa el cliente ante los detalles que observa el sastre; entonces, la evaluación psicológica aporta elementos suficientes para la planeación de un tratamiento que satisfaga las necesidades del usuario, acorde al material y contexto identificados por el terapeuta, sin dejar de lado las áreas de la personalidad libres de conflicto, que permitan robustecer aspectos específicos de tratamiento (Caballo, 2006; Groth-Marnat, 2003; Sommers-Flanagan, 2009; PDM, 2006).

Sin embargo, los centros de salud mental, así como los consultores privados, requieren de un apartado aliado de la teoría de la Psicología para conocer los procesos de pensamiento, los patrones de conducta (ajustados y desajustados), las habilidades e intereses de los individuos que solicitan atención clínica, para entonces poder tomar una decisión respecto a los cursos de acción para la orientación y el apoyo psicológico. Así, un elemento fundamental en la psicología clínica es la evaluación de las capacidades y características de los consultantes, para identificar los trastornos psicológicos que les aquejan o aquellos fenómenos que obstaculizan el vivir cotidiano. Dicho esto, es conveniente evaluar los procesos afectivos y cognitivos de los usuarios, preferentemente desde el inicio del proceso psicoterapéutico (Caballo, 2006; Fernández y Rodríguez, 2001; Morrison, 2015).

Cabe mencionar que los métodos y técnicas de evaluación se imparten al cursar la licenciatura de Psicología. La entrevista clínica se retoma en el primer cuatrimestre del posgrado en Psicoterapia de la Universidad Iberoamericana Puebla. Sin embargo, para que el psicoterapeuta en formación lleve a la práctica los conocimientos teóricos aún hay un camino por recorrer.

Los terapeutas en formación de la maestría en psicoterapia realizan prácticas supervisadas en la Clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA). El número de sesiones, de una hora cada una, para el desarrollo del proceso psicoterapéutico a cada usuario asignado, son de la siguiente forma: doce sesiones en la supervisión de la Terapia Familiar; dieciséis sesiones en la supervisión con enfoque humanista (Gestalt); en caso necesario se suman

las sesiones que requiere el usuario, previa autorización del supervisor correspondiente.

Las solicitudes para usuarios en el OPTA se reciben a través de la asistente administrativa del servicio; siendo ella el contacto inicial, que ocurre, de manera personal o por llamada telefónica del interesado. Además de ser ella quien recaba los datos demográficos, horario disponible de atención del solicitante y el motivo de consulta. A continuación, elabora una lista de espera, hasta concertar la primera cita para establecer el vínculo entre solicitante y estudiante de la maestría.

En la primera sesión se realiza el encuadre de acuerdo al contrato terapéutico preestablecido del OPTA; una vez que el solicitante ha aceptado y firmado de conformidad, se procede a la primera entrevista con la que se inicia el vínculo terapéutico además de identificar, entre usuario y terapeuta en formación el motivo de consulta; es decir, clarificar el/los motivo/s por los que solicita la psicoterapia.

Durante el proceso formativo del futuro psicoterapeuta existen algunas limitantes para el aprendizaje significativo y práctico: El tiempo del que dispone debe de ser administrado para cumplir con las demandas de la carga académica durante cada periodo de la currícula, elaboración de reportes de los casos asignados en supervisión, asistir a psicoterapia personal entre otras actividades.

1.2 Pregunta de investigación

Con base en lo anterior, se plantea la siguiente propuesta de protocolo de diagnóstico para establecer la intervención psicoterapéutica:

- Dentro de la Clínica OPTA ¿Cuál sería la lógica apropiada para la evaluación; que el terapeuta en formación administre al inicio de las supervisiones; que le permita alcanzar los objetivos terapéuticos durante el número de sesiones asignadas?

Preguntas específicas.

- ¿Cuál sería el instrumento de evaluación que permita identificar la problemática que causa sufrimiento al usuario que acude al OPTA?
- ¿Cómo propiciar la comunicación de un mismo lenguaje entre los terapeutas en formación y las supervisoras de los diferentes modelos impartidos durante la maestría?
- ¿La evaluación para establecer un diagnóstico permitirá optimizar el tiempo en el proceso terapéutico para el consultante?
- ¿Cómo realizar un diagnóstico diferencial considerado en fundamentos empíricos?

1.3 Justificación

Las personas solemos tener diferentes comportamientos según el contexto en el que nos encontremos y con aquellos con quienes nos relacionamos. La información que el psicoterapeuta logre obtener de cada uno de los contextos del usuario ayudará a realizar un mejor planteamiento de intervención. Por otro lado, es conveniente añadir la importancia de conocer y comprender las características de las personas en las etapas evolutivas e identificar el alcance de los efectos de sus experiencias en sus diferentes áreas del funcionamiento. Por consiguiente, desde los inicios de la psicología los métodos y técnicas de la evaluación psicológica han tenido por objetivo describir y entender la conducta, pensamientos, alteraciones psicológicas entre otros aspectos relevantes de los individuos (Groth-Marnat , 2003; Nietzel, et-al., 2002; Somers-Flanagan, 2009).

Por esta razón, la evaluación psicológica contribuye a consolidar a la psicología como una disciplina científica capaz de ayudar al desarrollo de aproximaciones terapéuticas para abordar las diversas disfunciones que presentan los usuarios (González y Montoya, 2015). De igual forma, para Vinet y Rdz-Navarro (2014), respecto a la importancia de la evaluación psicológica, añaden que, no sólo radica en ser guía en la elaboración diagnósticos y diseño de tratamientos psicoterapéuticos, sino que, también es pilar fundamental para la investigación, porque permite medir de forma rigurosa constructos de interés teórico y metodológico encaminados a lograr la fiabilidad diagnóstica al comprender los trastornos mentales y sus tratamientos. Por tanto, es conveniente que el terapeuta en formación desarrolle habilidades y competencias en la evaluación de las características y evolución de los trastornos específicos y en sus implicaciones para el tratamiento, así como, conocer el pronóstico de sus intervenciones

además de tomar las precauciones necesarias para no perder el control de la situación (DSM-5,2013).

Por otro lado, el terapeuta en formación debe aprender a compartir con un/a supervisor/a y otros colegas, los diferentes momentos de sus intervenciones clínicas, así como las implicaciones de las mismas, para intercambiar comentarios, ya que es conveniente mencionar que la supervisión también es un espacio que suele dar protección a la salud mental, seguridad para las subsecuentes intervenciones y sobre todo, dirección en el tratamiento. Los terapeutas en formación aprenden el cómo ayudar a los consultantes a realizar cambios; durante este proceso ellos/ellas deben percatarse de sus propios cambios, y es el supervisor/a quien los guía en estos cambios y en logro de sus objetivos al centrar la atención en el paciente y en el estudiante de psicoterapia. (Gimeno, 2005; Fernández y Rodríguez, 2001; Pérez, 2015).

Por consiguiente, este trabajo de sistematización pretende proponer un protocolo de evaluación psicodiagnóstica a través de la entrevista clínica aplicable con los usuarios de la Clínica OPTA, asignando una categoría basada en la nomenclatura del DSM 5, de la SCID-II (Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV) y del cuestionario de Factores relacionados con el diagnóstico del Dr. de la Fuente.

1.4 Objetivos

Objetivo general.

Proponer un protocolo sistemático de evaluación psicológica, específico para la Clínica OPTA, que integre la entrevista, la observación e instrumentos de evaluación clínica basados en DSM 5, SCID-II) y del cuestionario de Factores relacionados con el diagnóstico del Dr. de la Fuente, para recabar información útil en el diseño del abordaje terapéutico.

Objetivos específicos.

- Considerar un instrumento de evaluación acorde a los enfoques de la psicoterapia impartidos en el OPTA, que delimite el problema del usuario, para establecer el trabajo terapéutico durante las sesiones asignadas.
- Facilitar la comunicación entre los terapeutas en formación y las supervisoras a través del modelo de evaluación.
- Optimizar el tiempo de evaluación para diagnosticar y elaborar un plan de tratamiento acorde a los síntomas asociados.
- Sugerir una lógica de instrumentos que permita elaborar y comprender el perfil de los

usuarios para (identificar) distinguir sus características saludables, así como las psicopatológicas.

- Favorecer el incremento del criterio clínico del terapeuta en proceso de formación.
- Facilitar la alternativa del diagnóstico diferencial.
- Incrementar los diagnósticos con fundamento empírico.
- Exponer mejoras concretas que eviten la pérdida de horas de sesión para el terapeuta en formación y completen el ciclo de sesiones convenientes a cada usuario.

1.5 Supuestos

El supuesto que motiva el presente trabajo de sistematización es dar respuesta a la necesidad de elaborar un marco de referencia de la problemática de cada usuario asignado, que facilite al terapeuta en formación, la comprensión de los aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales y relacionales del primero, con el propósito de fundamentar un diagnóstico oportuno y proponer un tratamiento factible y viable que lo beneficie durante el número de sesiones correspondientes.

1.6 Limitaciones

La principal limitante para el desarrollo del trabajo se relaciona con el tiempo ya que la planeación y el diseño del mismo se llevó a cabo en el último periodo académico de la maestría, comprendido durante los meses de enero a junio del 2015 que comprendía la supervisión con enfoque humanista (Gestalt), dejando fuera de experiencia del enfoque Familiar (Sistémico).

1.7 Definición de términos

Entrevista psicodiagnóstica: la entrevista diagnóstica estructurada es un conjunto estandarizado de preguntas y sondeos de seguimiento para llegar a una valoración diagnóstica, la mayoría de las veces de acuerdo al criterio del clínico. Una entrevista diagnóstica no estructurada frecuentemente arroja resultados poco confiables. (Díaz Itzel, 2010).

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II): Es una entrevista clínica diagnóstica semi estructurada para la evaluación de diez trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), así como el Trastorno depresivo de la personalidad y el Trastorno pasivo agresivo de la personalidad.

Evaluación en psicología clínica: es definida como el proceso formal y sistemático de recolección de información para ser usada como la base en la toma de decisiones en la psicoterapia (Nietzel, 2003; Caballo, 2006).

Genograma: es la representación gráfica de la familia, semejante a un árbol genealógico, que permite recabar información acerca de los integrantes de la familia y sus relaciones al menos de tres generaciones para que en base a los datos recabados se elabore una o varias hipótesis sobre el problema clínico relacionado con el contexto familiar que afecta al paciente (McGoldrick y Gerson, 2005).

Medida: Medida de síntomas transversales del nivel 1 del DSM-5 autoevaluada para adultos, y que abarca 13 dominios de salud mental considerando todos los diagnósticos psiquiátricos en general. A la par, detecta otras áreas de interés que pudieran repercutir en el tratamiento y pronóstico del paciente (DSM-5, 2013).

OPTA: La clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo, OPTA, dependiente de la coordinación de la Maestría en Psicoterapia que se imparte en la Universidad Iberoamericana Puebla, brinda servicio de psicoterapia individual para adultos que solicitan el servicio voluntariamente para ser atendidos por el equipo psicoterapéutico inscritos a dicho posgrado (López Miguel, 1998).

Psicología clínica: Se encarga de estudiar el comportamiento humano anormal en una determinada situación vital considerando los factores hereditarios y el entorno social que estructuran y manifiestan los fenómenos psicológicos; y con un objetivo práctico, en el que se deben de incluirse las conductas normales y las conductas patológicas, por ser estas últimas, un intento para adaptarse a su entorno a pesar de ser un comportamiento extremo. Por otro lado, la psicología clínica asume protocolos de evaluación propios de la medicina además de la metodología experimental (Arias, 2013).

Psicoterapia: La definición de la Danish Psychiatry Society (en Fernández y Rodríguez, 2002) dice que: La psicoterapia es un método psicológico de tratamiento con base científica. Enfocado a aliviar en el consultante su sufrimiento psiquiátrico, el dolor por sus síntomas y/o modificación de rasgos de personalidad, y/o mejor función emocional o social y de liberar potencialidades sanas para su desarrollo.

Psicoterapeutas en formación: Para Ávila (en Zohn, T. 2013) la formación en psicoterapia tiene tres elementos fundamentales: los conocimientos teóricos y técnicos, con los que debe de contar el terapeuta, que le permitan abordar su tarea; suficientes horas de práctica debidamente supervisada, y el cuestionamiento personal que el terapeuta en formación se realiza ante la experiencia del set terapéutico y los descubrimientos que hace en su propia terapia personal que debe de realizar ya que es un instrumento al servicio de otro ser humano.

Programa de formación de psicoterapeutas en la Universidad Iberoamericana plantel Golfo Centro (UIA): dicho programa se enfoca a vincular la teoría con la práctica para formar especialistas en psicoterapia a partir de la impartición de conocimientos y desarrollo de habilidades y actitudes propias de los psicólogos (López Miguel, 1998).

Supervisión: La supervisión requiere la presencia de un supervisor, un supervisado y un cliente en donde el supervisor propone estrategias individualizadas de psicoterapia para que el supervisado trabaje y desarrolle de manera óptima con el cliente (López Miguel, 1998).

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

Con el fin de atender y tratar los trastornos y enfermedades mentales de quienes los padecen, ser psicólogo no es suficiente; el conocimiento y las habilidades psicoterapéuticas exigen una preparación adicional, con el propósito de desarrollar la comprensión de los signos y síntomas de los consultantes para establecer un diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento psicoterapéutico, esto es, la búsqueda del sentido de lo que está sufriendo y entender el comportamiento de la persona a través de un conjunto de procedimientos psicológicos sistematizados.

2.1 Psicoterapia

Psicoterapia es cualquier forma de intervención por medios psicológicos, que es implementada por un profesional adiestrado, mediante el establecimiento de una relación profesional con un cliente, con la finalidad de ayudarlo a remover, atenuar o retardar síntomas o patrones de conducta desadaptativos y mejorar el funcionamiento de su personalidad en general y sus relaciones interpersonales (De la Fuente, 1997; González Núñez en Álvarez Cuevas et al. 2016).

Se ha diversificado la clase de usuarios que solicitan los servicios de un psicoterapeuta (Quesada, 2003). En épocas anteriores, entre los solicitantes predominaban los individuos que padecían alguna forma específica de psicopatología, ya fueran síntomas o desviaciones severas del comportamiento. En los últimos tiempos ha ido en incremento la proporción de personas que solicitan la psicoterapia motivadas por su aflicción, muchos de los cuales no encajan bien en las descripciones psicopatológicas convencionales: síntomas psíquicos o somáticos, infelicidad, problemas en las relaciones interpersonales, angustia existencial, entre otros. Una proporción considerable de estos usuarios padecen cuadros enmascarados de depresión (De la Fuente, 1997).

2.1.1 Elementos comunes en las psicoterapias.

La psicoterapia instiga cambios favorables en los modos de pensar (elemento cognitivo), de sentir (elemento afectivo) y de actuar de las personas (elemento conductual). Todas las psicoterapias son métodos de aprendizaje. Tal vez sea que se aprende algo nuevo, o recordar algo que se había olvidado, aprender a aprender e incluso desaprender algo (Corsini, y Wedding, 2008; De la Fuente, 1997).

Los tratamientos psicológicos asumen formas diversificadas, que van desde la orientación y la reeducación a la sugestión e introspección. Dada la diversidad de métodos y metas, es complicado separar en categorías claramente delimitadas las diferentes prácticas a las que se denomina psicoterapia. Sin embargo, existe evidencia de que los

procedimientos psicoterapéuticos producen modificaciones significativas y que hay profesionales que los llevan a cabo con sabiduría, habilidad e integridad ética (De la Fuente, 1997). Por otro lado, la visión humanista añade al concepto, la aceptación incondicional del hombre, con sus limitaciones, resaltando sus experiencias y valores (Lega, Et al, 2002).

2.1.2 Competencias del terapeuta en formación de acuerdo al DSM5

La atención de la salud mental requiere que los profesionales de esta área comprendan el DSM-5 por ser el instrumento estándar mundial para la valoración y el diagnóstico al cubrir casi cualquier tema enfocado a la salud mental. El terapeuta en formación, al profundizar en el estudio y manejo del DSM-5, Morrison (2015) sugiere que para aprender a diagnosticar cada uno de los trastornos mentales se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Características esenciales, llamadas también prototipos: es la comparación de la información con la imagen formada de los distintos trastornos mentales y de la conducta.
- Diagnóstico diferencial: identificar los trastornos alternativos considerando los síntomas; iniciando por los diagnósticos potenciales seguidos por las afecciones más sensibles del tratamiento para finalizar con las afecciones de pronóstico desfavorable.
- Discapacidad o malestar: se refiere a la tensión o algún tipo de disfunción.

- Duración: tiempo de la manifestación de los síntomas.
- Casos clínicos: la constante revisión de casos, mantiene en la mente del terapeuta los criterios clínicos observados en diversos pacientes para la elaboración de diagnósticos oportunos.
- Evaluación: son los datos adicionales basados en pruebas médicas o psicológicas.

2.1.3 Diversidad de abordajes teóricos.

En la actualidad se acepta que la técnica de la psicoterapia dependa de las condiciones específicas de cada proceso según sea el enfoque del psicoterapeuta, incluyendo las contribuciones propias de esa corriente. La teoría de la técnica de cada enfoque explica teóricamente los procedimientos técnicos que cada terapeuta debe llevar a cabo, incluyendo, por supuesto, la personalidad del propio terapeuta. Es una especie de epistemología técnica. Los fundamentos de psicoterapia hacen posible hablar de los abordajes como un conjunto, haciendo de cada escuela una variación sobre el tema principal. Se debe procurar dominar múltiples combinaciones de tratamientos y a modificar sus abordajes terapéuticos para que se adapten a las necesidades de cada usuario (Stricker, 2010; Stricker y Gold, 2006; Wampold, 2010).

2.2 Enfoque Gestalt.

La psicoterapia gestáltica es conceptualizada como un bordaje psicoterapéutico que se centra en el momento existencial presente que experimenta el individuo, "en el aquí y el ahora". Uno de los fundamentos en su implementación terapéutica consiste en que el usuario cobre conciencia o pueda darse cuenta de lo que sucede en el instante tanto dentro de sí mismo, como en el contexto (Corey, 2009; Corsini y Wedding, 2008; Perls y Baumgardner, 2003).

El vocablo alemán Gestalt significa configuración o totalidad, lo que conlleva que los fenómenos no pueden ser entendidos si no es tomado en consideración la totalidad. En la práctica este fundamento implica que el individuo está conformado por una dimensión física, emocional, intelectual, social y trascendental; de tal manera si uno de estos es afectado, los restantes presentarán cambios. La idea de totalidad considera que la finalidad de la psicoterapia es que el individuo piense con la mente y sienta con las emociones, al integrar la polaridad mente-cuerpo se logra que el usuario desarrolle su potencial humano.

Al definir el enfoque Gestalt no debe olvidarse el objetivo final que se persigue; que el usuario realice, con la intervención del terapeuta, la transición de depender del medio, incluido el terapeuta, para recibir apoyo, darse él mismo el apoyo que necesita. En la búsqueda de este objetivo, el terapeuta Gestalt debe centrarse, durante todas las sesiones de

intervención, en la polaridad dependencia-independencia, para eventualmente mostrar al usuario que existen diferentes caminos que puede elegir y ayudarlo a descubrir cuál de ellos es el más productivo en ese momento de su vida. De tal forma, el usuario necesita decidir por sí mismo. En este sentido el enfoque Gestalt es una psicoterapia que considera los trastornos de la persona o su conducta inadecuada como señales dolorosas para el individuo. La resolución de los mismos consiste en integrar las fuerzas que representan dos elementos opuestos de un proceso psicológico. El conflicto puede encontrarse al interior del usuario (intrapsíquico) o puede manifestarse en la interacción de la persona con los demás (relaciones interpersonales) (Corey, 2009; Corsini y Wedding, 2008; Perls y Baumgardner, 2003).

La filosofía existencial, que surgió como una necesidad del ser humano para experimentar su existencia actual, da la base epistémica al enfoque Gestalt siendo uno de sus fundamentos el determinar cómo el hombre experimenta su existencia inmediata. De tal manera, el enfoque Gestalt toma la idea de que el usuario debe hacerse responsable de su propia existencia.

2.2.1 Diagnóstico gestáltico.

A pesar de que en el enfoque Gestalt no es indispensable realizar un diagnóstico de la condición patológica del usuario de la intervención terapéutica, la evaluación psicológica

puede resultar de utilidad para determinar el avance que manifiesta el usuario en el proceso terapéutico, además de que este diagnóstico también es especialmente útil para efectos de investigación, lo que se lleva a cabo comparando los resultados mostrados por el usuario con un instrumento de medición antes y después de finalizado el encuentro terapéutico. De esta manera es factible formular y comprobar supuestos sobre los efectos de eficacia de la psicoterapia. Como herramienta de diagnóstico, Salama, (2012) diseñó el Test de Psicodiagnóstico Gestalt para investigar si el consultante tiene la capacidad de insight, también permite identificar los bloqueos que presenta en ese momento de su vida. También recomienda que todo terapeuta debe de poseer un armamentarium como elementos confiables y válidos que le permitan hacer una descripción detallada del funcionamiento psicológico en integración de la personalidad del consultante (Salama, 2012; Salama, 1991; Castanedo, 2012; Cruz, 2008).

2.3 Enfoque sistémico.

La terapia familiar puede ser conceptualizada como la intervención terapéutica del sistema social primario. Su objeto de interés no es el usuario individual aislado, sino la familia vista como una totalidad orgánica. Implica no solamente un tipo de acercamiento técnico de los problemas, sino también una explicación particular de los mismos, fundada en un marco referencial en constante crecimiento. Es, también, un esfuerzo profesional organizado para generar cambios benéficos en una familia, esencialmente por métodos relacionales (Gorjón en de la Fuente, 1997b).

La terapia familiar sistémica no tiene sus orígenes en las grandes corrientes psicológicas, como el psicoanálisis, conductismo o humanismo, sus orígenes se ubican en la teoría general de sistemas, que en un inicio se utilizó para entender el funcionamiento de seres orgánicos y de fenómenos físicos, para después aplicarse a la comprensión de los objetos de estudio de las ciencias sociales (Álvarez Cuevas et al., 2016).

En el surgimiento de este enfoque jugaron un papel importante el movimiento anti psiquiátrico, el descontento con el psicoanálisis, la búsqueda de las explicaciones de la patología en el individuo y no en sus relaciones. La terapia familiar surge en la segunda mitad del siglo XX, cuando el pensamiento científico abre una brecha entre las teorías psiquiátricas y psicoterapéuticas, instigando la creación de una terapia novedosa, que surge de la psiquiatría y la necesidad de dar una respuesta a conflictos que, por su naturaleza, no podían ser explicados con una óptica primordialmente individual, como el tratamiento de la psicosis esquizofrénica (Álvarez Cuevas et al., 2016). Esta crítica a la práctica psiquiátrica se fundaba, por un lado, en el seguimiento que se les había dado a pacientes psiquiátricos dados de alta, que al regresar al núcleo familiar recaían fácilmente y requerían nuevamente de internamiento, y por otro lado, en las vicisitudes de la institucionalización y etiquetamiento como elementos causales de la enfermedad mental y como una forma de segregación social (Bertrando Toffanetti en Álvarez Cuevas, 2016).

Sánchez y Gutiérrez (en Álvarez Cuevas, 2016) señala que los fundamentos de la teoría general de sistemas aplicados a la terapia familiar son los siguientes:

- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de reglas propias. El total del sistema interactúa por las características individuales y el comportamiento del individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con los demás.
- La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas, jerarquías y límites.
- Los patrones que dirigen al sistema familiar son circulares y no lineales; esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación perpetua donde la conducta de A es consecuencia e causa del comportamiento de B, C, D, etc.
- Los sistemas familiares sostienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, que es una tendencia central a mantener el equilibrio, pero sistemas y familias rompen su equilibrio no necesariamente por entropía, sino también por el principio de morfogénesis.
- La evolución y cambio son inherentes en los sistemas abiertos.

2.3.1 El Diagnóstico Sistémico.

Al inicio del proceso terapéutico de un grupo familiar se vuelve necesario que el terapeuta evalúe, primeramente, lo pertinente de dicho proceso, la profundidad de intervención y la modalidad y gravedad de perturbación existente en el sistema.

Encontrar una familia carente de conflictos y que no genere algún grado de insatisfacción en sus miembros es imposible. El formar parte de una familia continúa

siendo un hecho ineludible, dada la inicial indefensión del ser humano frente a la naturaleza. A pesar de ello, de frente a una familia es importante cuestionar hasta qué grado se promueve el desarrollo individual permitiendo a sus miembros alcanzar su madurez y autonomía, fortaleciéndolos para enfrentar a las vicisitudes de la vida, sin sentirse alienado y sin vivir afligido por la mortalidad (Gorjón en de la Fuente, 1997b).

En el modelo sistémico, el diagnóstico se refiere a lo que se denomina síntoma, trastorno, problema conductual o enfermedad mental como resultado de la disfuncional de la familia o grupo primario al que pertenece un individuo sintomático mejor conocido como paciente identificado, siendo la familia el factor explicativo del trastorno. Conviene tomar en cuenta, tanto las crisis o situaciones conflictivas evidentes y las no obvias, y que sin embargo afectan al individuo en cuestión por ser parte del sistema ya que muchas veces los síntomas del paciente identificado se presentan como un recurso para que éste sobreviva y evite el surgimiento de problemas mayores. Por tanto, el diagnóstico sistémico pretende pasar del paciente identificado al entramado familiar (Vásquez, 2002).

Algunos los elementos de la metodología diagnóstica en la terapia sistémica son (Fishman, 1994; McGoldrick y Randy, 2005; Minuchin, 1995; Vásquez, 2002):

1. Motivo de consulta.
2. Definición del problema.
3. Elaboración del genograma:

3.1 Considerar los componentes de la estructura familiar, sin dejar de lado el motivo de consulta del paciente:

- Orden jerárquico del sistema y de los subsistemas
 - Roles asignados a cada uno de los integrantes
 - Expresión de sentimientos
 - Individualidad y dependencia
 - Características de la comunicación
 - Alianzas, coaliciones y triángulos
 - Funciones o papeles familiares
 - Naturaleza y flexibilidad de límites
 - Persistencia de mitos familiares y pseudo mutualidad
- 4.** Elaborar una hipótesis diagnóstica y plan de tratamiento con la información ya recabada.

2.4 Evaluación clínica

Los psicólogos clínicos pasan más tiempo en el tratamiento, consulta, investigación, enseñanza y otras actividades, sin embargo, la gran mayoría de ellos consideran la evaluación como un punto de partida para el psicodiagnóstico y la planeación del tratamiento. La evaluación clínica para fines de identificación y diagnóstico de la conducta desadaptada o de trastornos mentales y de planeación de la intervención clínica u otros procedimientos de tratamiento ocurre en diversos contextos. De forma particular, en los escenarios psicoterapéuticos, se toma como punto de partida en la planeación y evaluación de la efectividad de la psicoterapia. Los objetivos generales de la evaluación psicológica en el contexto clínico, consisten en proporcionar una descripción detallada y objetiva los problemas del usuario, determinar los factores interpersonales y ambientales que precipitaron y sostuvieron los problemas y hacer predicciones con respecto de los resultados con y sin intervención. La recopilación de información útil en los escenarios clínicos frecuentemente requiere el uso de pruebas psicológicas (Caballo, 2006; Groth-Marnant, 2003).

Considerando que las pruebas conllevan inferencias limitadas acerca de las puntuaciones particulares, la evaluación abarca una pregunta cuyo significado es más profundo: de la información relevante que se recopila de todas las fuentes (incluyendo las pruebas), ¿cuál es la más importante para el paciente? Las pruebas son relativamente objetivas, así que los psicólogos clínicos con amplia experiencia por lo general están de

acuerdo con la interpretación de los resultados de las pruebas de los individuos. En contraste, la evaluación contiene un componente subjetivo (Kaplan y Saccuzo, 2006).

El diagnóstico formal del trastorno de un paciente con frecuencia es una meta esencial de la evaluación. Aunque son factibles varios métodos para diagnosticar, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, ahora en su quinta edición (DSM-5), domina la práctica de la psicología clínica y de los campos relacionados (Asociación estadounidense de psiquiatría, 2013).

2.4.1 Definición de evaluación clínica

La evaluación se define como el proceso por medio del cual se identifican características, fortalezas y debilidades de un individuo como base para tomar decisiones sustentadas en la información. El término incorpora una amplia variedad de actividades, que van desde la evaluación descriptiva (descripción de los síntomas de un paciente como una ayuda para el diagnóstico), hasta la evaluación funcional (determinación de las características situacionales y relativas al carácter de la persona que sirven para mantener los comportamientos inadaptados), o bien, la evaluación prescriptiva (recomendación de los tipos de intervención que parecen ser más benéficos) (Hogan, 2003).

La evaluación es una solución de los problemas. Implícita o explícitamente, la evaluación sirve para contestar preguntas acerca de las personas que consultan a un psicólogo. Las preguntas que se encuentran en la evaluación suelen ser indirectas o más complejas y con múltiples respuestas. Una característica de la evaluación es que se necesitan diversas fuentes de información para contestar las preguntas más relevantes (Nietzel, Bernstein et al, 2003)

La evaluación es un proceso en el que los psicólogos clínicos integran tres componentes: (1) la razón de la evaluación, (2) la orientación teórica preferida y (3) las fuentes relevantes de información. Aunque el profesional siempre actúa como el jefe ante los instrumentos de evaluación, debe integrar continuamente estos tres elementos para realizar una evaluación exitosa. El resultado es una conceptualización significativa del caso, que incluye diagnósticos formales y recomendaciones para el tratamiento. Los elementos de la evaluación se describen en la figura 2.1 y se analizan con más detalle en la parte que resta de este capítulo (Trull, 2005).

Una evaluación también es un resultado en el que el psicólogo practicante expresa conclusiones, recomendaciones, o decisiones en un informe o reporte escrito. El reporte de evaluación ocasiona una diferencia sustancial en la vida del paciente y, por consiguiente, deberá escribirse con gran cuidado (Nietzel, Bernstein et al, 2003).

2.4.2 Fases de la evaluación.

Una evaluación procede a través de cuatro fases: planeación, recolección de datos, inferencia y comunicación. En la planeación, el psicólogo practicante determina el propósito de la evaluación. Ésta puede ser un riesgo considerable, en especial dentro del escenario institucional. La recolección de datos implica la selección de las mejores fuentes de información para los propósitos de la evaluación. La entrevista clínica casi siempre es un componente de la recolección de datos, y ésta incluye una forma especializada de entrevistas conocida como el examen del estado mental. Los programas de entrevistas estructuradas, la observación, la evaluación del comportamiento y las pruebas psicológicas también proporcionan información relevante para la evaluación. La etapa de la inferencia (o deducción) es esencial, pues en ella el profesional deberá decidir si confía en su juicio personal o en las fórmulas basadas en la investigación sobre la interpretación de los datos. En el juicio clínico el psicólogo practicante usa el juicio personal para diagnosticar, clasificar o predecir el comportamiento. En el juicio actuarial usa una fórmula basada en las investigaciones para diagnosticar, clasificar o predecir el comportamiento. Aunque el juicio actuarial por lo general es superior, los psicólogos practicantes siguen confiando mucho en el juicio clínico. Por último, la evaluación implica la transmisión de los resultados y la comunicación de las recomendaciones. Aunque las conclusiones de una evaluación con frecuencia se comunican en persona (esto es, el psicólogo hace un reporte verbal para la fuente de referencia o para el paciente), el reporte escrito también es importante y no deberá ser visto como una obligación sólo para los requisitos administrativos. Un reporte escrito funciona de forma efectiva como una guía permanente y positiva para la fuente de referencia y para los demás que trabajan con el paciente. Sin embargo, si el reporte se hace

con poco cuidado, es muy vago o carece de conclusiones, no tendrá impacto (o peor aún, tendrá un impacto negativo) sobre el bienestar del paciente (Nietzel, Bernstein et al, 2003).

CAPÍTULO III

MÉTODOLOGÍA

3.1. Reflexión metodológica

Ante la elección de la formación como psicoterapeuta, correspondía asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta a las constantes inquietudes que conlleva la profesionalización en esta área de la salud mental en la que resaltan la relación entre el terapeuta y el paciente, búsqueda de pautas, así como el cambio y la terminación del proceso psicoterapéutico. Es así como surge la identificación con lo que menciona Gibbs (en Sommers-Flanagan y SommersFlanagan, 2009), al referirse a la ansiedad (distress) en los entrevistadores noveles y terapeutas en formación; él describe la emoción y pensamiento que detonaron durante las primeras intervenciones psicoterapéuticas así como en las supervisiones: *“Al inicio de mi trabajo como terapeuta... empecé a tener... dudas. Mi supervisor parecía aprobar mi trabajo, y mis pacientes mejoraban. Pero ¿qué se suponía que yo estaba haciendo?...”* (Sommers-Flanagan y SommersFlanagan, 2009, p. 61).

Parece que faltaban algunos ingredientes para realizar el proceso psicoterapéutico y lograr el aprendizaje significativo, tales como, contar con información suficiente que

lograra la comprensión y entendimiento del motivo de consulta, así como los atributos y características de cada usuario; además del cuestionamiento sobre si, el terapeuta en formación, contaba con el conocimiento, experiencia en las técnicas y procedimientos tanto de la supervisión sistémica como de la gestáltica, y así poder establecer un diagnóstico e iniciar un plan de tratamiento que se ajustase al número de sesiones asignadas en cada una de las supervisiones, y que, por otro lado, permitiera optimizar el tiempo de cada sesión.

La coincidencia e identificación ocurre también con Beitman (2004), quien señala respecto a la intención de animar a los terapeutas en formación para que examinen su forma de pensar y de sentir respecto a su papel como terapeuta.

Por tanto, la propuesta del presente trabajo integra diversos recursos de evaluación en un solo protocolo de diagnóstico, aplicable en escenarios con múltiples enfoques terapéuticos basados en evidencia, como es el caso concreto del OPTA. Al delinear una lógica de pasos a seguir para el establecimiento de un diagnóstico, se ahorra tiempo y esfuerzos, para dedicar mayor tiempo en la labor psicoterapéutica. Además, partiendo de una descripción detallada de la situación conflictiva del usuario que solicita psicoterapia, será posible establecer metas concretas para el tratamiento, mismas que podrán ser contrastadas por el supervisor y el terapeuta responsable para verificar los avances. Así mismo, el contar con un protocolo de evaluación facilita los procedimientos de llenado de expedientes, requisito de la práctica clínica supervisada que se realiza en el OPTA.

3.2 Instrumentos

3.2.1 Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)

El DSM-5 es el manual que ayuda a los profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales, la valoración realizada de cada caso permite elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo. Los síntomas referidos en cada uno de los conjuntos de criterios diagnósticos no constituyen una definición integral de los trastornos subyacentes; que abarcan todos los procesos cognitivos, emocionales, de comportamiento y fisiológicos, ya que son bastante más complejos de explicar. Por tanto, para el presente documento, el referente de mayor relevancia es la Medida de los síntomas transversales de nivel 1 (ver apéndice A).

3.2.2. Medida de síntomas transversales de nivel 1

El DSM-5 hace mayor énfasis en el diagnóstico dimensional; una de las maneras de hacerlo es a través de la evaluación transversal de síntomas; que consiste en: realizar una serie de preguntas que identifican áreas relevantes y significativas en el tratamiento y pronóstico del paciente. La versión de Medida propuesta, es la del Adulto, que consta de 23 preguntas para evaluar 13 dominios psiquiátricos que incluyen depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideas suicidas, psicosis, problemas del sueño, memoria, pensamientos y comportamientos repetitivos, disociación, funcionamiento de la personalidad y el consumo de sustancias. Cada ítem interroga sobre la frecuencia del síntoma específico durante las últimas dos semanas (ver apéndice A).

La puntuación evalúa en una escala de cinco

puntos: 0 = Nada o ninguno.

1= Raro o ligero, menos de un día o dos.

2= Leve o varios días.

3= Moderado o más de la mitad de los días.

4= Grave o casi cada día.

323 Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad (SCID-II, siglas en inglés).

La entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del DSM-IV es una entrevista semiestructurada eficiente y de fácil manejo, que puede usarse para la elaboración de diagnósticos de forma categórica; presente o ausente; y de forma dimensional; reseña un número de criterios para cada trastorno; (ver apéndice B). Se caracteriza por el Cuestionario de Personalidad que puede ser autoejecutable, o a través de una entrevista, reduciendo el tiempo necesario para llevar a cabo ambos (Spitzer et-al., 1999).

324 Cuestionario de factores relacionados con el diagnóstico

El Dr. Ramón de la Fuente (1997b), señala la importancia de elaborar un psicodiagnóstico que permita considerar el posible papel de una patología médica general o del consumo de

sustancias en el diagnóstico diferencial de toda psicopatología. Por tanto, es necesario evaluar y descartar una probable anomalía médica que pueda ser la causa de los síntomas psiquiátricos (ver Apéndice C).

Los factores a considerar como patología médica general son:

- El comienzo de la patología médica general y la psicopatología.
- Características atípicas del trastorno mental primario.
- Un nexo establecido entre la patología médica general específica y el tipo de psicopatología.

Los factores que suelen indicar trastorno mental primario son:

- Episodios previos del trastorno mental primario.
- Antecedentes familiares de trastorno mental primario.
- Síntomas no frecuentemente relacionados con la patología médica general.

3.3 Procedimiento

Diversos autores (Nietzel, Bernstein et al, 2003; Trull, 2005; Zuckerman, 2010) sostienen que la labor diagnóstica implica una secuencia de pasos interrelacionados que guían el procedimiento. Así, la descripción de la problemática del usuario, su dinámica de personalidad y elementos relacionados serán el foco de atención para el establecimiento de un protocolo de evaluación útil.

El protocolo de diagnóstico propuesto está integrado por los siguientes elementos:

1. Detección de síndromes clínicos. En el contexto clínico, los síntomas que aquejan al usuario pueden ser identificados mediante listas de cotejo, cuestionarios y entrevistas. La Asociación Americana de Psiquiatría en el año 2013 propone el uso de Medida emergentes para la detección de síntomas en dos niveles: uno general y varios específicos. La aplicación de Medida de los síntomas transversales de nivel 1 permite al clínico detectar la presencia de síntomas clínicos agrupados en 13 categorías (DSM 5) que deben ser confirmados mediante entrevista o con la aplicación de los instrumentos específicos de nivel 2 para cada categoría. Los resultados de la aplicación de este instrumento pueden orientar al psicoterapeuta responsable hacia el establecimiento del diagnóstico categórico, así como a una aproximación dimensional subclínica.

2. Diagnóstico de personalidad. Entre la publicación de la tercera y cuarta edición del Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-III y DSM-IV-TR) se adoptó un encuadre multiaxial que supuso la separación de las condiciones sintomáticas de orden clínico y los desórdenes de la personalidad en ejes específicos. Así, la descripción de la dinámica de la personalidad se convirtió en un objetivo en sí para el abordaje diagnóstico. First y colaboradores (1997) propusieron un modelo de entrevista semiestructurada que permite la identificación de 10 trastornos de la personalidad específicos (SCID-II), además de la posibilidad de asignar una categoría diagnóstica a los sujetos que no cumplan con los criterios necesarios para un trastorno específico. Este

instrumento fue diseñado para usarse con el DSM-IV como referente nosológico; sin embargo, dado que el capítulo correspondiente a los trastornos de la personalidad pasó virtualmente sin cambio de la cuarta a la quinta edición (Asociación americana de psiquiatría, 2013), es lícito seguir usando dicho instrumento. Dentro del modelo de entrevista se propone una revisión general de la dinámica de personalidad y el estilo de las relaciones de los sujetos evaluados, que permite la estimación de rasgos de personalidad predominantes.

3. Factores relacionados con el diagnóstico. Ontiveros (en De La Fuente, 1997) menciona la importancia de evaluar el posible papel de una patología médica general o del consumo de sustancias en el diagnóstico diferencial de toda la psicopatología. Antes de plantear otros diagnósticos, el clínico siempre debe considerar y descartar la posible interacción de una enfermedad médica que pueda estar causando los síntomas psiquiátricos. Los indicadores que pueden sugerir que los síntomas son provocados por una condición médica incluyen: a) una asociación temporal estrecha entre el comienzo de la patología médica y la psicopatología, b) características atípicas del desorden mental primario, c) un nexo establecido entre la condición médica general específica y el tipo de psicopatología. Los factores que suelen indicar que los síntomas son provocados por un desorden mental primario, más que por los efectos de una patología médica son: a) episodios previos del desorden mental primario, b) Antecedentes familiares de la patología mental, c) Síntomas infrecuentes asociados con la condición médica. También se proponen cuestionamientos que orienten al clínico en el establecimiento de la naturaleza primaria del trastorno mental (ver apéndice C).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El Objetivo del presente trabajo era proponer un protocolo de diagnóstico para estudiantes de maestría en psicoterapia que integre en un solo procedimiento, los diversos elementos del funcionamiento psicológico que posibilite obtener una visión panorámica del sujeto que solicita atención clínica y así, guiar el diseño de un plan de trabajo específico para cada caso. El supuesto de partida era dar respuesta a la necesidad del futuro terapeuta de elaborar un marco de referencia de la problemática de cada usuario del OPTA basado en instrumentos acordes a los enfoques de la psicoterapia impartidas durante la maestría. Es menester de los psicoterapeutas en entrenamiento el dar tratamiento a los patrones desajustados de sus pacientes, por tanto, no es lícito trabajar con estos sin una orientación clara de los objetivos que se pretenden alcanzar durante las sesiones que se han asignado a cada uno de éstos últimos. Es así como los instrumentos propuestos en el presente protocolo identifica áreas relevantes y significativas para establecer un diagnóstico que facilite el diseño del plan de tratamiento.

En relación a facilitar la comunicación entre los estudiantes de psicoterapia y las supervisoras, los datos que se pueden obtener con el método propuesto, facilitarán la misma entre el terapeuta responsable, el equipo de supervisión y la supervisora. Al manejar un solo lenguaje basando en una lógica unitaria se optimiza el tiempo y recursos, favoreciendo el intercambio de opiniones y puntos de vista. Adicionalmente el supervisado

experimentará mayor seguridad al emitir sus juicios en relación a su paciente.

Para el psicoterapeuta en formación es deseable la claridad al respecto de las condiciones en que recibe al usuario que será atendido y con ello tener un referente para saber si el tratamiento está teniendo un efecto. Además, el conocimiento desarrollado hasta la fecha sobre el curso y pronóstico de los diferentes desórdenes mentales permite hacer estimaciones útiles para el proceso terapéutico. Así, el uso del protocolo propuesto para el diagnóstico aporta un soporte útil, para los estudiantes de la maestría, ya que esta propuesta optimiza el tiempo de evaluación para diagnosticar.

Respecto a interpretar la alternativa de diagnóstico diferencial, es importante también asegurar la validez de los diagnósticos en la labor clínica, y esto se fortalece comparando los patrones de comportamiento encontrados con las descripciones que hacen los manuales de diagnóstico. El protocolo de diagnóstico aporta datos fiables, susceptibles de ser contrastados para así hacer un diagnóstico diferencial. También es deseable que diferentes clínicos puedan hacer comparaciones al respecto de sus impresiones diagnósticas sobre un mismo sujeto y así afirmar la confiabilidad de los datos.

Acerca de formular diagnósticos con fundamento empírico, el uso del protocolo propuesto se ocupa por mantener el estatus científico de la psicología, es requisito sustentar un continuo entre la labor diagnóstica y la práctica psicoterapéutica. Así, el uso de los criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana en la 5 edición de su manual de diagnóstico (DSM-5), de la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje-II del DSM-IV (SCID-II) y del Cuestionario de

factores relacionados con el diagnóstico del Dr. De la Fuente, para orientar el proceso terapéutico, fortalecen el carácter científico de las intervenciones. Al mismo terapeuta responsable le es necesario el diagnóstico del usuario para poder estimar la efectividad del proceso terapéutico. De esta manera, al usar criterios ampliamente aceptados en salud mental, el terapeuta y el equipo de supervisión aseguran el mantenimiento de una lógica unificada subyacente a las intervenciones psicoterapéuticas. Igualmente, la interpretación de los datos que arroja la aplicación del protocolo propuesto permite la interpretación dentro de un marco teórico que identifica y/o descarta psicopatología y así considerar la conveniencia de la intervención terapéutica del enfoque sistémico o gestáltico.

El uso del protocolo de evaluación describe el problema por el que la persona acude a tratamiento, se llega a un diagnóstico y permite planificar mejoras concretas que eviten la pérdida de horas durante el entrenamiento del terapeuta, de tal manera que se logre completar el ciclo de sesiones convenientes a cada usuario; en otras palabras; disminuye las horas de diagnóstico y permite más horas tratamiento.

CONCLUSIONES

Dadas las limitaciones inicialmente mencionadas en el presente trabajo, encuentro favorable el contraste entre el uso del protocolo de diagnóstico en la supervisión gestáltica y a supervisión sistémica, la intención es asegurar la utilidad a pesar del enfoque terapéutico.

Considero que a partir del desarrollo de instrumentos de diagnóstico que toman como base las categorías propuestas por la Asociación Psiquiátrica Americana, se facilita el establecer puentes entre la psicopatología y la psicoterapia. Ya que las formas de presentación del patrón sintomático de los usuarios de los servicios de atención clínica, excepcionalmente se ajustan en su totalidad a las descripciones propuestas en los manuales de diagnóstico, la evaluación individualizada se vuelve indispensable para diseñar un plan de trabajo único en cada caso. Tomando como base estas consideraciones, el uso de Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 (pag. 738) junto con la Revisión para los de la personalidad de la SCID-II (pag. 44) y el Cuestionario de factores relacionados con el diagnóstico del Dr. De la Fuente, robustecen el diagnóstico necesario para el inicio de la psicoterapia. Dichos instrumentos aportan criterios categóricos dimensionales y de patologías médicas generales que sirven como la base para el diseño personalizado de planes de trabajo psicoterapéutico y la comunicación entre profesionales de la salud mental. El contar con información válida y confiable aporta elementos para mantener el carácter científico de la psicoterapia.

Por otro lado, es oportuno considerar la rapidez con la que actualmente vivimos, por tanto, los individuos que acuden a psicoterapia requieren intervenciones puntuales y eficaces que den respuesta a sus necesidades que les ocasionan sufrimiento emocional y/o psíquico. El consultante espera que el terapeuta sea alguien competente, a pesar de tener claridad acerca de lo que significa este calificativo en el profesional de la salud mental; así que, cuando el paciente recibe un pronóstico y un plan de tratamiento; resultado de la evaluación; que infunda confianza para decidir continuar, además de establecer el vínculo terapéutico, en caso contrario tal vez decida retirarse.

Finalmente, para un terapeuta no ve el tener un panorama del estado de salud mental y emocional del paciente a través de una evaluación diagnóstica, le genera seguridad en sí mismo porque le permite reconocer los pasos a seguir para el diseño del tratamiento enfocado a la problemática del mismo.

REFERENCIAS

- Álvarez Cuevas, S. M., Escoffié Aguilar, E. M., Rosado y Rosado, M. Sosa Correa, M. (2016) *Terapia en contexto, una aproximación al ejercicio psicoterapéutico*. México: Manual moderno. 2ª ed.
- Arias, Walter. (2013). *Psicología Clínica y Psicoterapia: Revisión epistemológica y aportes de la psicología positiva*. 24, Junio, 2017, de Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social Sitio web:
https://www.researchgate.net/profile/Veronica_Sanchez_Abchi/publication/278530070_Habilidades_de_comprension_y_factores_textuales_en_los_primeros_grados/links/5581495a08aea3d7096e705a.pdf#page=137
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Beitman, B. (2004). *Psicoterapia, programa de formación*. Barcelona: Masson.
- Caballo, V.E (Director) (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos, trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid, Pirámide.
- Castañeda, M. (2012). *Manualito de la materia Gestalt III*. La Concordia, España: Universidad La Concordia.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Belmont CA: Thomson Brooks/Cole. 8th ed.
- Corsini, R. J. y Wedding D. (2008). *Current psychotherapies*. Belmont: Thomson. 8a ed.
- Cruz, M. (2008). *El terapeuta Gestalt: herramientas para el psicodiagnóstico*. Palma de Mallorca, España: Asociación Española de Terapia Gestalt.

- De la Fuente, R. (1997a). *La patología mental y su terapéutica, tomo I*. México: Fondo de cultura económica
- De la Fuente, R. (1997b). *La patología mental y su terapéutica, tomo II*. México: Fondo de cultura económica.
- Díaz Itzel, N. R. (2010). *Psicología Clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?* México: Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (2001). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Fishman, H. Ch. (1994) *Terapia Estructural Intensiva: Tratamiento de Familias en su Contexto Social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fernández Alberto y Rodríguez Beatriz. (2001). *La práctica de la psicoterapia, la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao. Desclée. 2ª ed.
- Gimeno, Liliana. (2005). *Resonancias Rizomáticas (Escritos en el devenir de una psicoterapeuta)*. Buenos Aires: Dunken.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. United States of America: Wiley. 4th Ed.
- Hogan, T. P. (2003). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica*. México: Manual moderno.
- Ibáñez, Berenice. (1995). *Manual para la elaboración de tesis. Consejo Nacional para la enseñanza e investigación en psicología*. México: Trillas. 2ª ed.
- Kaplan, R. M. y Saccuzzo, D. P. (2006). *Pruebas psicológicas, principios, aplicaciones y temas*. México: Thomson. 6ª ed.

- Lega, Leonor; Caballo, Vicente; Ellis, Albert. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. México, D.F.: Siglo XXI. 2ª Ed.
- López Carrasco, M. (1998). *La Supervisión en la psicoterapia, modelos y experiencias*. México: Universidad Iberoamericana Golfo Centro.
- McGoldrick, Mónica y Gerson, Randy. (2005). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, España. Gedisa. 5ª ed.
- Morrison, James. (2015). *DSM-5, Guía para el diagnóstico clínico*.: México, Manual Moderno.
- Morrisson, James. (2015). *La entrevista psicológica*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A., Kramer, G. P., Milich, R. (2003). *Introduction to clinical psychology*. New Jersey: Prentice Hall. 6th ed.
- PDM TaskForce. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perls F. y Baumgardne, P. (2006). *Terapia Gestalt. Teoría y práctica*. En P. Perls F. y Baumgardne, *Terapia Gestalt. Teoría y práctica*. México: Pax.
- Perls, F. (1999). *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Quesada, S. (2003). *Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Salama, H. y. (1988). *El enfoque Gestalt, una psicoterapia humanista*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Salama, H. y. (1991). *Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Salama, H. (2012). *Gestalt 2.0 actualización en psicoterapia Gestalt*. México, D.F.:

Alfaomega.

Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2009) *Clinical interviewing*. New Jersey: Wiley. 4th ed.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., y Gibbon, M. (1999). *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II. SCID-II*. Rev. New York, NY: Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute. 1st ed.

Stricker, G. (2010) *Psychotherapy integration*. Washington: American psychological association.

Stricker, G. y Gold, J. (2006) *A casebook of psychotherapy integration*. Washington: American psychological association.

Tanco, Rosa . (1962). *Psicología Clínica y Psicoterapia*. 24, junio, 2017, de Revistas Colombiana de Psicología. Sitio web: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/32675>

Trull, T. J. (2005). *Clinical psychology*. Belmont CA: Thomson Wadsworth. 7th ed.

Vásquez, César. (2002). *Un diagnóstico en terapia familiar sistémica*. 13, Junio del 2017, de Psiquitria.com Sitio web: <http://www.psiquitria.com/tratamientos/el-diagnostico-en-terapia-familiar-sistemica-analisis-de-un-caso-de-patologia-infantil/#>

Wampold, B. E. (2010) *The basics of psychotherapy, an introduction to theory and practice*. Washington: American psychological association.

Zohn Tania, G. E. (2013). *Psicoterapia Contemporánea: dilemas y perspectivas*. México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

Zuckerman, E. L. (2010). *Clinician's thesaurus, the guide to conducting interviews and writing psychological reports*. New York: The Guilfordpress. 7th ed.

APÉNDICE A

DSM-5 Autoevaluación - Medición Transversal de Síntomas de Nivel 1 - Adulto

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (M) (F) Fecha: _____

Si la información es dada por un tercero, cuál es relación con el individuo: _____

En una semana típica, aproximadamente cuánto tiempo pasa usted con el individuo: _____ horas/se

Instrucciones: Las siguientes preguntas refieren a situaciones que pueden haber estado molestandole. Para cada pregunta, encierre en un círculo aquella que mejor describa que tanto (o qué tan seguido) le ha molestado cada problema durante **las últimas DOS (2) SEMANAS**.

		Durante las ÚLTIMAS DOS (2) SEMANAS , ¿qué tanto (o qué tan seguido) le han molestado los siguientes problemas?	Ninguno	Ligero Raro, menos de un día o dos	Medio Algunos días	Moderado Más de la mitad de los días	Severo Casi todos los días	Puntuación más alta
I.	1.	Sentir poco interés o placer al hacer las cosas	0	1	2	3	4	
	2.	Sentirse triste, deprimido, o sin esperanza	0	1	2	3	4	
II.	3.	Sentirse más irritado, gruñón, o enojado de lo común	0	1	2	3	4	
III.	4.	Dormir menos de lo usual, pero aún así tener mucha energía	0	1	2	3	4	
	5.	Empezar más proyectos de lo usual o realizar más actividades riesgosas	0	1	2	3	4	
IV.	6.	Sentirse más nervioso, ansioso, asustado, preocupado o al límite	0	1	2	3	4	
	7.	Sentir pánico o temor	0	1	2	3	4	
	8.	Evitar situaciones que lo hacen sentir ansioso	0	1	2	3	4	
V.	9.	Dolores y achaques sin explicación (ej. cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)	0	1	2	3	4	
	10.	Sentir que sus enfermedades no son tomadas con suficiente seriedad	0	1	2	3	4	
VI.	11.	Los pensamientos lo están lastimando	0	1	2	3	4	

APÉNDICE A

			Ninguno	Ligero Raro, menos de un día o dos	Medio Algunos días	Moderado Más de la mitad de los días	Severo Casi todos los días	Puntuación más alta
VII .	12.	Escuchar cosas que otras personas no pueden, como voces aun cuando nadie está cerca	0	1	2	3	4	
	13.	Sentir que alguien puede escuchar sus pensamientos, o que usted puede escuchar lo que alguien más piensa	0	1	2	3	4	
VII I.	14.	Problemas con el sueño que hayan afectado la calidad de éste	0	1	2	3	4	
IX.	15.	Problemas con la memoria (ej. aprender nueva información) o con su ubicación (ej. encontrar su camino a casa)	0	1	2	3	4	
X.	16.	Pensamientos molestos, incitaciones, o imágenes que entren repentinamente en su mente	0	1	2	3	4	
	17.	Siente que le obligan a realizar ciertos comportamientos o pensamientos una y otra vez	0	1	2	3	4	
XI.	18.	Sentirse desprendido o distante de sí mismo, su cuerpo, su entorno físico o sus memorias	0	1	2	3	4	
XII .	19.	No saber quién es en realidad o qué quiere de la vida	0	1	2	3	4	
	20.	No sentirse cercano a otras personas o disfrutar su relación con ellos	0	1	2	3	4	
XII I.	21.	Beber al menos 4 bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día	0	1	2	3	4	
	22.	Consumir cualquier cantidad de cigarrillos, cigarro, pipa, tabaco para mascar o inhalar	0	1	2	3	4	
	23.	Utilizar cualquiera de las siguientes medicinas POR SU CUENTA sin la receta de un doctor, en mayor cantidad y medida de lo que se suele prescribir [ej. analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium), o drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas recreacionales (como éxtasis), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes o solventes (como pegamento), o metanfetaminas]	0	1	2	3	4	

APÉNDICE B

REVISIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (SCID-II)

Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre el tipo de persona que es Ud. (es decir, cómo se siente o se comporta en general).

SI SE HA MANIFESTADO UN TRASTORNO DEL EJE I, CIRCUNSCRITO O EPISÓDICO: Ya sé que ha habido momentos en que Ud. ha estado (SINTOMAS DEL EJE I). No me refiero ahora esos momentos; intente pensar en cómo es Ud. *normalmente* cuando no está (SÍNTOMAS DEL EJE I). ¿Tiene alguna pregunta que hacerme al respecto?

¿Cómo se describiría Ud. como persona
(antes de los SÍNTOMAS DEL EJE I)?

SI NO PUEDE RESPONDER,
CONTINÚE.

¿Cómo cree que los demás le describirían como persona (antes de los SÍNTOMAS DEL EJE I)?

¿Quiénes han sido las personas más importantes de su vida?

(SI MENCIONA SÓLO FAMILIA: ¿Qué hay de los amigos?)

¿Cómo le ha ido con ellos?

¿Cree que la manera en que Ud. suele reaccionar ante las cosas o comportarse con la gente le ha causado problemas con alguien? (¿En casa, en los estudios, en el trabajo?) (¿En qué sentido?)

¿Qué tipo de cosas ha hecho Ud. que otras personas pueden haber encontrado molestas o fastidiosas?

¿Cómo emplea el tiempo libre?

Si pudiera cambiar de alguna manera su personalidad, ¿en qué querría ser diferente?

SI SE HA RELLENADO EL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD: Ahora vamos a revisar las preguntas que Ud. ha contestado afirmativamente en el cuestionario.

SI NO SE HA RELLENADO EL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD: Ahora quiero hacerle algunas preguntas más específicas.

APENDICE C

Cuestionario de factores relacionados con el diagnóstico

1. ¿Existían los síntomas antes de manifestarse la patología médica?
2. ¿Son los síntomas congruentes con el curso y patrón del desorden mental primario? O por el contrario ¿son los síntomas psiquiátricos congruentes con un tipo de patología médica general?
3. ¿Se han presentado episodios previos del desorden mental primario?
4. ¿Han tenido otros miembros de la familia desórdenes mentales afines que fueron considerados de tipo primario?
5. ¿Son los síntomas poco frecuentes en el tipo de patología médica?