

# Fundamentos de la



# Psicología Clínica

**Dr. Juan Moisés de la Serna**

# Juan Moisés De La Serna Fundamentos De La Psicología Clínica

*Fundamentos De La Psicología Clínica:*  
ISBN 978-8-87-304705-6

## **Аннотация**

La Psicología Clínica es una de las salidas profesionales más elegidas por los profesionales que estudian la carrera de Psicología, en donde se dedican a la atención psicológicas de las personas muestren o no psicopatologías.

# Содержание

Prefacio	5
Aviso Legal	6
Capítulo 1. Historia y principios de la Psicología Clínica	7
Конец ознакомительного фрагмента.	23

Fundamentos  
de la  
Psicología Clínica  
Dr. Juan Moisés de la Serna  
[www.juanmoisesdelaserna.es](http://www.juanmoisesdelaserna.es)  
Copyright © 2018

# Prefacio

La Psicología Clínica es una de las salidas profesionales más elegidas por los profesionales que estudian la carrera de Psicología, en donde se dedican a la atención psicológicas de las personas muestren o no psicopatologías.

Igualmente la psicología clínica es la más conocida por el gran público sobre la labor del psicólogo, ámbito que cada día es más amplio debido a los grandes beneficios de contar con profesionales especializados en conocer la forma de sentir, pensar y comportarse las personas.

Índice

Prefacio

Capítulo 1. Historia y principios de la Psicología Clínica

Capítulo 2. Diferenciación entre signos y síntomas en Psicología Clínica.

Capítulo 3. Etiopatogenia y tratamiento de los trastornos en Psicología Clínica.

Capítulo 4. Ámbitos de aplicación de la Psicología Clínica.

Capítulo 5. Conclusiones

Sobre Juan Moisés de la Serna

Dedicado a mis padres

# Aviso Legal

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros medios, sin el permiso previo y por escrito del titular del copyright. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a C.E.D.R.O. (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con C.E.D.R.O. a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por el teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© Juan Moisés de la Serna, 2018

# Capítulo 1. Historia y principios de la Psicología Clínica

Antes de poder ver la evolución de la Psicología Clínica a lo largo del tiempo hay que tener en cuenta que se trata de una rama de la Psicología, ciencia que surgió del ámbito experimental gracias al laboratorio de investigación de los procesos psicofisiológicos en la segunda mitad del siglo XIX por Wilhelm Wundt.

Eso no quiere decir que con anterioridad no se hubiesen realizado estudios y observaciones en el ámbito de la psicología e incluso de la psicología clínica, pero se había hecho desde otras ciencias como era la filosofía, la antropología o la medicina, pero todo ello sin una base ni modelo explicativo que lo sustentase.

A partir de este primer laboratorio de psicología empiezan a surgir investigadores “preocupados” por este nuevo campo, que van aportando datos, experiencias y teorías, que tratan de dar cuenta de lo que hasta ahora se había denominado “mente” y que en muchos círculos científicos era considerado como pseudociencia.

Actualmente y gracias a los avances en psicometría, neurología y otras ciencias se ha podido comprobar y observar los fenómenos descritos por la psicología, confirmando o rebatiendo las teorías explicativas del momento.

Con respecto a la salud mental se produjeron grandes avances al incorporar el método científico en las observaciones y el tratamiento empleado, donde además de los aspectos meramente físicos (signos) se tenían en cuenta a las personas en su conjunto (síntomas).

Fueron muchas las aproximaciones que en los primeros momentos del surgimiento de la psicología clínica trataban de dar cuenta del origen y tratamiento más adecuado, como en el caso del mesmerismo de Franz Mésmer, que conformó las bases de la Hipnosis Clínica actual.

Sobre la misma época surgió la denominada de Medicina Antropológica, quienes desarrollan el término de “patología biográfica” que posteriormente será retomado, el cual indica que las patologías pueden ser comprendidas y entendidas si se atiende a la biografía del paciente.

De ésta forma se incorpora, a los procesos médicos, la vida íntima del paciente, que hasta este momento no se había tenido en cuenta, como sus pasiones, conflictos y tensiones insatisfechas; igualmente se establece que la relación médico-paciente debe de tener en cuenta más a la sintomatología de la persona y no tanto a los signos.

Una de las teorías que ha llegado hasta nuestros días ha sido el psicoanálisis de Sigmund Freud el cual ha ido evolucionando en lo que se ha denominado como escuelas psicoanalíticas las cuales tienen una concepción diferente de afrontar la enfermedad mental:

- Escuela de París, surge para dar cuenta de fenómenos, que no encajan con la historia de conversión, ni de la neurosis, debido a una escasa mentalización de las patologías psicosomáticas, que impide la expresión psíquica de los conflictos; lo que hace que mediante un proceso de somatización pase de ser psíquico a físico, sin tener un componente que lo sustente simbólico, lo que le diferencia claramente de los síntomas por conversión.

- Escuela de Chicago, en donde se prima el estudio de las teorías de rasgos de personalidad, buscando perfiles psicológicos que sean más propensos a padecer una u otra enfermedad psicosomática. Para ello se tiene en cuenta la historia personal del paciente, atendiendo tanto a la constitución de la persona, las enfermedades y accidentes físicos padecidos, el clima emocional familiar y sus experiencias afectivas, con lo que se establece una “patobiografía”. Según ésta aportación, las alteraciones producidas por enfermedades o accidentes que van a afectar a una parte del organismo, van a quedar asociadas a emociones. Con posterioridad, los conflictos psíquicos que movilizan grandes cantidades de energía emocional provocan que esa asociación aflore causando los síntomas físicos del pasado.

- Escuela de Argentina, conocida también como Escuela Chiozza, donde se ha desarrollado el término de Estudio Patobiográfico; en donde se recupera la función simbólica de la enfermedad psicosomática, entendiendo al cuerpo como el lenguaje que utiliza para ello; siendo el síntoma una parte de

la historia biográfica de la persona que le resulta insoportable, encontrando su liberación a través del cuerpo.

Para ésta escuela, la historia de episodios y vivencias personales anteriores, es tanto o más importante que el historial médico de signos y síntomas de enfermedad, ya que una no se puede comprender sin la otra.

El proceso por el cual el afecto lleva a enfermar, al paciente se denomina desestructuración patosomática del afecto, proveniente de un afecto rechazado que no se convierte en consciente.

- Escuela de Inglaterra, retoman la diada madre-hijo, como eje fundamental para la estructuración de la persona, lo cual se produce a partir del primer año de vida, siendo la somatización la expresión a través del cuerpo, dado como modo de relación preexistente a la aparición de la palabra. Estas estructuras basadas en la experiencia del bebé, van a fijarse en una de estas dos posiciones, esquizoparanoide (ante un yo inmaduro guiado por sus instintos más básicos) y la depresiva (el yo percibe los matices y está expuesto a la realidad exterior).

Estas dos posiciones, según Klein, van a establecer cómo se va a ir relacionando la persona con la ansiedad, así como su mecanismo de defensa. La ansiedad para ésta aproximación va a ser crucial en los primeros meses de vida, ya que va a configurar el mundo interior y a determinar la forma de relacionarse de la persona con el mundo exterior en un futuro.

Como hemos visto, la Psicología Clínica surgió como una

rama de la Psicología especializada en el ámbito de la salud mental, campo que ha compartido desde sus orígenes con la Psiquiatría.

De hecho, ha sido mucho la discusión sobre el solapamiento de ambos ámbitos de intervención, a pesar de que procedan de aproximaciones totalmente diferentes, la primera, la Psicología Clínica, como rama de la psicología, dedicada al estudio e investigación de la persona, en este caso con patologías mentales. La segunda, la Psiquiatría, es una rama de la medicina centrada en atender los problemas de salud mental, como una especialización más de la forma de trabajo médico.

Hay que tener en cuenta que la forma de trabajar de ambos es diferente, en muchos países, el médico especialista, el psiquiatra puede recetar medicamentos, de hecho, es el tratamiento principal que emplea.

En cambio, el psicólogo clínico, no puede recetar medicamentos y eso a pesar de estar formado en ello con asignaturas de psicofarmacología, centrando la intervención en los pacientes a través de las psicoterapias.

Es cierto que, en algunos países, como en EE.UU. los psicólogos si pueden recetar, aunque un limitado número de medicamentos, sobre todo asociados al control del estado de ánimo como antidepresivos o ansiolíticos.

Igualmente, la aproximación sobre los signos y síntomas que se hablará en el siguiente apartado es diferente, así los psiquiatras se basarán sobre todo en la presencia de signos, mientras que los

psicólogos lo harán en los síntomas del paciente.

Pero si hasta ahora estamos hablando sobre salud mental o psicopatologías, falta que definamos este campo de estudio, para ello nos hacemos eco de las palabras de la Organización Mundial de la Salud, quien define la salud como:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

El ámbito de la Psicología Clínica haría pues referencia a la falta de salud de la persona, pero circunscribiéndose en el aspecto “mental” del mismo.

Aunque hay que señalar que la enfermedad mental tal y como veremos en el apartado tercero, va tener un origen multifactorial, e igualmente va a tener importantes consecuencias que sobre la persona que lo padece, sus familiares y allegados.

Consecuencias que van a afectar tanto al ámbito psicológico, de las relaciones interpersonales e incluso laborales o de rendimiento escolar.

Si hablamos de consecuencias psicológicas, hay que tener en cuenta que una de las dificultades para los pacientes con trastornos de salud mental es el estigma social que esta entraña en muchos casos, así, si ya es duro padecer una enfermedad, lo es aún más cuando los demás la conocen, ya que el paciente no sabe cómo van a reaccionar los demás de su alrededor.

Uno de los problemas añadidos a los pacientes es la incomprensión de sus familiares y amigos. Esta incomprensión primeramente se produce cuando existe una falta de

conocimiento sobre dicho padecimiento, cómo se ha adquirido, cómo afecta al paciente, pero sobre todo sobre cómo se le debe de tratar.

Tradicionalmente con la esquizofrenia, los pacientes eran aislados del resto del mundo, confinados en sus propias casas o en centros especializados, donde no pudiesen “hacer mal” a nadie, siendo ocultada dicha realidad por la familia, como signo de vergüenza. Los amigos por su parte, solían también alejarse debido a que no se tenía demasiado conocimiento sobre si aquello era peligroso, contagioso o curable.

Es lo que se denomina estigmatización, por el cual un paciente lleva como un “cartel” que dice, “cuidado” y los demás al ver esa etiqueta reaccionan aislándolo.

Algo parecido ha sucedido con una enfermedad, que, por ser relativamente reciente, no se sabía muy bien cómo reaccionar ante ella. El V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humana), una enfermedad que tuvo su apogeo sobre los años ochenta y que se extendió rápidamente entre aquellos que realizaban prácticas de riesgo relacionadas con el sexo o con el consumo de drogas.

Un colectivo al principio muy específico que favoreció el desarrollo de la idea general de ese “cartel” que permitió la estigmatización, produciéndose similares sentimientos de rechazo e incompreensión.

Pero la estigmatización no es sólo un rechazo frontal en el que se va poco a poco excluyendo a la persona de realizar actividades con sus amigos y compañeros, sino que es incluso más sutil,

haciendo que estos pacientes tengan mayores dificultades a la hora de encontrar trabajo o mantenerlo, con lo que la sociedad poco a poco los va excluyendo, ya que, sin trabajo, las posibilidades económicas se ven limitadas, y así sus posibilidades de desarrollo personal y social.

Ya hemos visto, que ya sea por padecer una enfermedad mental como la esquizofrenia o por padecer una enfermedad física como el S.I.D.A. (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) los dos tipos de pacientes van a recibir y percibir ese rechazo de familiares y amigos, pero entre estas dos enfermedades, una mental y otra física, ¿Cuál es la que está más estigmatizada?

Esto es precisamente lo que trata de averiguar un estudio realizado por el Hospital Federal de Neuropsiquiatría (Nigeria) y publicado recientemente en *African Journal of Psychiatry*.

En el estudio participaron 182 pacientes, la mitad diagnosticado con VIH y la otra mitad con esquizofrenia.

A todos ellos se les administró una escala que evalúa la estigmatización de una enfermedad (Internalized Stigma of Mental Illness Scale – I.S.M.I.) a la vez que se recogían los datos demográficos de los pacientes.

Los resultados muestran elevados niveles de estigmatización percibida, que casi llega a la mitad de los casos entre los que sufren esquizofrenia, mientras que entre los pacientes con V.I.H. sólo se presenta en uno de cada tres pacientes.

Las correlaciones de estos resultados con los datos demográficos muestran diferencias importantes entre ambas

patologías.

Si en el caso de la estigmatización percibida entre pacientes con esquizofrenia está relacionado con un bajo nivel educativo, así como con la carencia de empleo.

En el caso de los pacientes de V.I.H. ni el nivel educativo ni el realizar o no empleo afecta en su estigmatización, en cambio le afecta significativamente el ser soltero, algo que por otra parte parece lógico debido a que ésta enfermedad está relacionada con las relaciones sexuales.

Una vez me preguntaron exactamente qué era una determinada psicopatología, en ese caso fue sobre el autismo, actualmente denominado como Trastorno del Espectro Autista y yo me remitía a lo que en ese momento decían los manuales de diagnóstico clínico.

A saber, existen dos que son los más usados, uno empleado principalmente en EE.UU. denominado Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, D.S.M.) actualmente en su versión quinta, que suele encontrarse su denominación como D.S.M.-V

En Europa por su parte el manual más comúnmente empleado es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su versión décima, también conocido como C.I.E.-10, o en sus siglas inglesas I.C.D.-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

En ambos manuales se establece una clasificación de trastornos mentales, y de cada uno de ellos, los subtipos correspondientes en función de la edad de inicio o causas.

De cada trastorno mental tanto el D.S.M.-V como el C.I.E.-10 se contiene una descripción de su sintomatología, y en ocasiones de algunos signos, el origen, la población afectada, la comorbilidad con otros trastornos y en ocasiones la evolución de la misma.

De forma que cuando llega un paciente a consulta, y tras la entrevista clínica correspondiente, se puede consultar el D.S.M.-V o el C.I.E.-10 para comprobar a qué psicopatología se corresponden esos síntomas descritos por el paciente

El D.S.M.-V no mantiene la misma clasificación del C.I.E.-10, e incluso, dentro de un mismo trastorno se puede describir requisitos diferentes para su diagnóstico en función del manual empleado.

E igualmente hay que tener en cuenta que estos manuales se van revisando cada cierto tiempo, añadiendo nuevos trastornos, eliminando otros, o modificando los criterios de evaluación de los mismos.

Por ejemplo, en el caso del Autismo, el C.I.E.-10 lo engloba dentro de la categoría de los Trastornos generalizados del desarrollo (F.84), en el epígrafe titulado: Autismo en la niñez (F.84.0)

“Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por:

a) la presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los tres años de edad

b) el tipo característico de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca

Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones.”

Por su parte y dentro de esta categoría se encuentra el Síndrome de Asperger (F84.5) definido como:

“Trastorno de dudosa validez nosológica, caracterizado por el mismo tipo de deterioro cualitativo de la interacción social recíproca que caracteriza al autismo, conjuntamente con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo.

Difiere del autismo fundamentalmente por el hecho de que no hay retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje o del desarrollo intelectual.

Este trastorno se asocia a menudo con una torpeza marcada.

Hay fuerte tendencia a que las anormalidades persistan durante la adolescencia y la edad adulta.

Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana.”

Por su parte en el DSM-V desaparece la clasificación separada de la versión anterior (DSM-IV) de autismo y el síndrome de Asperger y se presentan ambos en una “macro”

etiqueta denominada Trastorno de Espectro Autista, donde no se realiza ninguna distinción entre ellas, por lo que las pruebas diagnósticas, el tratamiento van a ser los mismo independientemente de lo que con anterioridad se denominaba Síndrome de Asperger.

Igualmente queda incluida en esta “macro” etiqueta el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil, y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

Definiéndose la sintomatología que ha de presentarse en el Trastorno del Espectro Autista:

a. deficiencias en la comunicación social” (los problemas sociales y de comunicación se combinan)

b. “comportamientos restringidos y repetitivos.

En los cuales los síntomas deben estar presentes desde la temprana infancia, aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que la limitación de las capacidades impide la respuesta a las exigencias sociales.

Como vemos ambos manuales no establecen las mismas categorías de diagnósticos, ni los requisitos ni las condiciones iguales. Es por ello, que en la práctica profesional se debe de “seleccionar” aquel que se va a emplear y ajustarse al mismo, para poder ofrecer una calidad asistencial al paciente.

En los últimos años y gracias a los avances de las técnicas de neurociencia, se ha llegado a plantear una tercera vía de diagnóstico en el que se tiene en cuenta nos signos, sin poner la “etiqueta” de “depresión”, “ansiedad”,...

Esta aproximación trata de volver a las raíces médicas, donde se trata al paciente desde el punto de vista biológico. De ahí que se haya hecho un especial esfuerzo en los últimos años por detectar y determinar los biomarcadores.

Sabiendo que una de las mayores preocupaciones de los investigadores es la detección temprana del Alzheimer, por eso los avances en éste ámbito son siempre bien acogidos

Uno de los “problemas” más importantes a la hora de tratar el Alzheimer es que suele detectarse “tarde”, esto es, cuando los signos y síntomas son tan evidentes, que el deterioro cerebral que lo produce está muy avanzado, de ahí la importancia del desarrollo de técnicas de detección temprana, lo que permite iniciar cuanto antes la intervención terapéutica, la cual todavía no consigue revertir los efectos de la enfermedad, pero sí ralentizarla e incluso detenerla durante un tiempo.

Las nuevas investigaciones permiten tener esperanza con respecto a éste campo, visto los resultados alcanzados, en éste artículo se comentarán dos de los avances más recientes:

- El primero viene de la mano de la Universidad Estatal de Ohio, quienes han desarrollado una prueba de acceso libre y gratuita denominado de Prueba Gerontocognitiva Autoadministrada, S.A.G.E. por sus siglas en inglés Self-Administered Gerocognitive Examination, por la cual cualquier persona puede realizar una serie de pruebas con las que determinar si existen evidencias de inicio de deterioro cognitivo, aunque el test en cuestión únicamente está accesible en inglés,

supone un gran avance, en cuanto al acceso libre de las pruebas y en cuanto a que proporcionar un índice de detección prematura, que te advierte si algo no va bien, y con ello poder ir al especialista para concretar si se trata de un problema y de ser así, ver si hace falta poner en marcha un tratamiento específico al respecto.

El test compuesto por 22 preguntas ha sido validado por 1000 voluntarios de aproximadamente 50 años y dio como resultado la detección de 4 de cada 5 casos con deterioros cognitivos leves. La prueba que se auto-administra en unos 15 minutos es sin duda un gran avance, ya cualquier persona, en cualquier momento puede poner a prueba sus habilidades cognitivas y comprobar qué tal están.

- El segundo, realizado por la Universidad del Norte de Texas, recientemente publicado en la revista especializada *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*.

Se trata del desarrollo de un biomarcador, es decir, una prueba analítica por la cual conocer la presencia de la enfermedad del Alzheimer, a diferencia de otros estudios anteriores de biomarcadores, éste no trata de correlacionarse directamente con el Alzheimer sino que lo hace con las pruebas estándares empleadas para la detección de ésta enfermedad, es decir, otros estudios de biomarcadores, buscan y analizar, signos de marcadores como sustancias en la sangre, en el volumen cerebral,... que puedan dar indicios de la enfermedad; en cambio éste estudio, parte de que los instrumentos de detección

neuropsicológicos están suficientemente validados, por lo que ha buscado la correlación entre estos y los biomarcadores a través de complejos algoritmos.

En éste estudio participaron 197 pacientes con Alzheimer frente al mismo número sin la enfermedad. Los resultados permiten obtener biomarcadores que correlacionan con las pruebas neuropsicológicas, de forma que pueden ser sustituidas estas por un “simple pinchazo”, al modo en que lo hacen los diabéticos, y con esa gota de sangre determinar si se padece o no Alzheimer.

El estudio trata de “dar un rodeo”, sin entrar a evaluar a los signos de la enfermedad, simplemente quedándose en que a través de éste sistema de análisis de sangre se obtienen los mismos resultados que empleando las baterías estandarizadas de las pruebas neuropsicológicas.

Dos grandes aportaciones desde mi opinión, que permiten tener esperanzas de un diagnóstico temprano, empleando para ello técnicas no invasivas, y que proporcionen información rápida y fiable, que supera con mucho las pruebas que hasta ahora se tienen como en el caso de los biomarcadores a través de pruebas genéticas.

Igualmente, y desde el ámbito puramente genético se ha tratado de explicar la conducta humana, sabiendo que la relación entre la genética y lo psicológico ha sido un ámbito de discusión casi desde los orígenes de la psicología.

Si se concibiese que todo lo psicológico está preprogramado

en la genética, no tendría sentido el campo de la psicología, salvo como una especialización de la propia rama de la genética.

Y, al contrario, si no existiese relación alguna entre la genética y lo psicológico, no tendría sentido la genética humana tal y como se concibe hoy en día.

Los datos actuales defienden una aproximación intermedia, donde existe una base genética y un “libre albedrío” de lo psicológico que se construye sobre dicha base.

Aunque es cierto que algunas patologías nos “recuerdan” la importancia de un desarrollo genético adecuado para poderse desarrollar la persona con todas sus capacidades.

Un tercer factor que va a influir en el campo de la psicología es el medioambiental, es decir, las circunstancias que rodean a la persona, ya sea en el ámbito afectivo, social e incluso económico.

Un trinomio genética, ambiente y persona que van a conformar lo que somos, pensamos y hacemos, todo ello además basado en nuestras propias experiencias, aciertos y errores, pero ¿Influye la genética en lo psicológico?

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.