

DR. JUAN MOISÉS DE LA SERNA

**ENTRENAMIENTO  
EN HABILIDADES  
BASICAS DEL  
PSICOLOGO  
CLINICO-  
SANITARIO**



Descubre cómo empezar en el ámbito  
de la Salud Mental

**Juan Moisés De La Serna**  
**Entrenamiento En**  
**Habilidades Básicas Del**  
**Psicólogo Clínico-Sanitario**

# Содержание

Prefacio	5
Índice	6
Agradecimientos	7
Aviso Legal	8
Capítulo 1. Bases del manejo de los manuales de diagnóstico D.S.M.-V y C.I.E.-10	9
Конец ознакомительного фрагмента.	24

Entrenamiento en habilidades básicas del psicólogo  
clínico-sanitario

Descubre cómo empezar en el ámbito de la Salud Mental

Dr. Juan Moisés de la Serna

[www.juanmoisesdelaserna.es](http://www.juanmoisesdelaserna.es)

Copyright © 2018

# Prefacio

En este libro se abordan los aspectos básicos que debe conocer un profesional que quiera adentrarse en el ámbito de la salud mental, especialmente desde la Psicología Clínica.

Un libro introductorio para el ejercicio profesional que muestra la bases en las que se sustenta el diagnóstico e intervención en una de las especialidades más demandadas de psicología.

Sin duda una ayuda para aquellos que se inician o que sienten curiosidad sobre la forma de trabajo en la práctica clínica.

# Índice

Prefacio ii

Capítulo 1. Bases del manejo de los manuales de diagnóstico D.S.M.-V y C.I.E.-10 vii

Capítulo 2. El paciente en consulta, manejo de la entrevista clínica xxvi

Capítulo 3. Selección, administración y corrección de test y escalas estandarizadas. xlviii

Capítulo 4. El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica lxvii

Conclusiones xci

Sobre Juan Moisés de la Serna xcii

Dedicado a mis padres

# Agradecimientos

Aprovechar desde aquí para agradecer a todas las personas que han colaborado con sus aportaciones en la realización de este texto, especialmente al Dr. David Lavilla Muñoz, Profesor Titular de Comunicación Digital y Nuevas Tendencias de la Universidad Europea y a D<sup>â</sup> Daniela Galindo Bermúdez, Presidente de Hablando con Julis: la solución para la comunicación y el aprendizaje de personas con discapacidad.

# 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. Bases del manejo de los manuales de diagnóstico D.S.M.-V y C.I.E.-10

Si bien ya habíamos empezado a ver en el tema anterior sobre qué eran los manuales de diagnóstico clínico más empleados, en este apartado se abordará sobre su estructura y forma de funcionamiento, para lo cual analizaremos cada uno de forma individualizada, sabiendo que va a ser el manual de referencia obligatoria para poder establecer un diagnóstico al respecto.

Antes de empezar, resaltar las bondades de emplear un manual estandarizado, si bien cada profesional podrá llevar su propio sistema de clasificación, cuando un paciente es transferido a otro profesional, o en el caso en que se tenga que hospitalizar por un cuadro agudo, es imprescindible que exista un consenso sobre su historial clínico.

Los síntomas que puede padecer una persona pueden ser crónicos o agudos, los primeros hacen referencia a un padecimiento más a largo plazo, normalmente con una baja o media intensidad y que suelen requerir también de una menor intervención de tipo psicofarmacológica.

En cambio, cuando se habla de casos agudos, son momentos puntuales de mucha sintomatología a la vez y normalmente muy

intensa, tal es el caso de un brote psicótico, o del Delirium tremens.

El primero denominado Trastornos psicóticos agudos y transitorios hace referencia (F23) según el C.I.E.-10:

Grupos heterogéneos de trastornos caracterizados por el inicio agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepción, y por la grave perturbación del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como un desarrollo in crescendo de un cuadro clínico claramente anormal en unas dos semanas o menos. Para estos trastornos no hay pruebas de una causa orgánica. A menudo hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientación en tiempo, lugar y persona no son lo suficientemente persistentes o graves para justificar un diagnóstico de delirium de causa orgánica (F05.-). Habitualmente se produce una recuperación completa en pocos meses, a menudo en pocas semanas e incluso días. Si el trastorno persiste hay que cambiar el diagnóstico. El trastorno puede o no asociarse con estrés agudo, que se define como la presencia de acontecimientos estresantes habituales que preceden una o dos semanas al inicio del cuadro.

G1. Inicio agudo de ideas delirantes, alucinaciones, discurso incomprensible o incoherente, o de cualquier combinación de éstos. El intervalo de tiempo entre la manifestación de algún síntoma psicótico y la presentación del trastorno, completamente desarrollado, no debe exceder las dos semanas.

G2. Si se presentan estados transitorios de perplejidad, falso

reconocimiento o déficit de atención o concentración, dichos estados no cumplen criterios de cuadro confusional de causa orgánica, tal como se especifica en F05.-, criterio A.

G3. El trastorno no cumple criterios de episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-), o trastorno depresivo recurrente (F33.-).

G4. No hay pruebas suficientes de consumo reciente de sustancias psicoactivas para satisfacer los criterios de intoxicación (Flx.O), consumo perjudicial (Flx.1), síndrome de dependencia (Flx.2) o síndromes de abstinencia (Flx.3 y Flx.4). El consumo continuado de alcohol o drogas en cantidades moderadas y constantes, o con la frecuencia a la que el sujeto está acostumbrado, no descarta necesariamente el uso de F23. Esto debe decidirse en función del juicio clínico y de los requisitos del proyecto de investigación en cuestión.

G5. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Ausencia de un trastorno mental orgánico (F00-F09) o de una alteración metabólica grave que afecte al sistema nervioso central (no se incluye el parto).

Debe utilizarse un quinto carácter para especificar si el inicio agudo del trastorno se asocia con estrés agudo (que se produce dos o menos semanas antes de que haya pruebas de los primeros síntomas psicóticos):

F23.x0 Sin estrés agudo asociado.

F23.x1 Con estrés agudo asociado.

Con fines de investigación se recomienda que el cambio del

trastorno de un estado no psicótico al de claramente psicótico se especifique más como subagudo (inicio en 48 horas) o agudo (inicio en más de 48 horas, pero en menos de dos semanas)

Con respecto al Delirium tremens, este puede producirse por el consumo de sustancias como los barbitúricos o como parte del proceso de la abstinencia cuando se trata de abandonar la adicción al consumo del alcohol. Al respecto, y según el C.I.E.-10:

F10.) Síndrome de abstinencia al alcohol

A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (Flx.3).

B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:

1. Temblor de la lengua, párpados o de las manos extendidas.
2. Sudoración.
3. Náuseas, arcadas o vómitos.
4. Taquicardia o hipertensión.
5. Agitación psicomotriz.
6. Cefalea.
7. Insomnio.
8. Malestar o debilidad.
9. Ilusiones o alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
10. Convulsiones de gran mal.

Nota diagnóstica

Si existe delirium, el diagnóstico será: síndrome de abstinencia al alcohol con delirium (delirium tremens)

(FIOA).â##

Complementando con el anterior hay una categorÃa especÃfica para cuando aparece el delirium en el proceso de abstinencia:

F1x.4 SÃndrome de abstinencia con delirium

â##CondiciÃ³n donde el sÃndrome de abstinencia, definido con el cuarto carÃcter comÃn .3, se complica con un delÃrium, como estÃ; definido en F05. TambiÃ©n pueden producirse convulsiones. Esta condiciÃ³n debe clasificarse en F05.S cuando se considere que factores orgÃnicos tambiÃ©n pueden estar jugando un papel en la etiologÃa.

DelÃrium tremens (inducido por alcohol)â##.

Precisamente este delirium que no se presenta en todos los alcohÃlicos, va a ser uno de los principales acicates a la hora de dejar esta adicciÃ³n, aunque en este proceso existe muchos factores mÃs que facilitan la no recuperaciÃ³n y la recaÃca en la adicciÃ³n.

Tal y como se estÃ; seÃ±alando, uno de los grandes problemas de las adicciones son las recaÃdas, es decir, volver a la consumir alcohol, en el caso de la adicciÃ³n a la bebida.

De hecho, en los programas de desintoxicaciÃ³n de AlcohÃlicos AnÃnimos se celebran los aÃ±os que la persona lleva sin beber, como algo excepcional.

El primer aÃ±o sobrio, el segundoâ#! sabiendo que, en cualquier momento, puede recaer, aun habiendo pasado aÃ±os sin probar el alcohol.

Estudios anteriores afirman que algunos factores de la

personalidad pueden ayudar a mantener sin caer en el alcohol durante mucho tiempo, ¿Pero qué factores de personalidad sirven para evitar la recaída?

En este estudio recientemente publicado en la revista *Psychology*, por la Universidad de Montpellier y San Etienne se analizaron dos características de personalidad la estabilidad emocional y la capacidad de tener relaciones estables, siguiendo la bibliografía existente que afirmaba que eran precisamente estos dos factores de la personalidad los que se ha comprobado que eran mejor predictores de la ausencia de recaídas en el alcoholismo a lo largo del tiempo.

En el estudio participaron 144 personas que habían sido tratadas de su adicción al alcohol, 51 de ellas llevaban como media 2 años sin probar el alcohol y el segundo grupo con 93 participantes acababan de desintoxicarse del alcohol.

A todos se les administró un exhaustivo cuestionario de personalidad para comprobar si existían diferencias entre ambos grupos, sabiendo que la única explicación de las mismas sería el haber tenido o no recientemente una experiencia con el alcohol.

Los datos muestran significativos cambios entre los dos grupos, en neuroticismo, cordialidad y concienciación.

Los que acababan de dejar el alcohol mostraban significativos niveles más altos de neuroticismo, relacionados con una mayor inestabilidad emocional, con falta de control de los impulsos, con estrés e ideas irracionales.

Los miembros del grupo que llevaban más tiempo sin beber mostraban más cordialidad, esto es, tenían una mayor tendencia al altruismo, estando dispuesto a ayudar a otros, aspecto necesario para interactuar positivamente con los demás y ayuda a la establecer relaciones sociales duraderas.

Con respecto a la concienciación, presente en mayor medida en las personas que llevan más tiempo sin probar el alcohol, está correlacionado con mayores niveles de autoestima, con cuidado sobre su imagen personal, actuando desinteresadamente por los demás, lo que va a facilitar establecer relaciones duraderas.

Estos tres aspectos de la personalidad diferenciados entre los que acaban de dejar el alcohol frente a los que llevan dos años ±os explican las diferencias ambas medidas, siendo el grupo de los abstemios de larga duración los que mostraban mayor estabilidad emocional y relaciones sociales estables.

Aunque como indica el estudio, unos pocos factores no van a determinar un cambio de personalidad total, si lo hace en los elementos implicados en facilitar la estabilidad emocional y las relaciones sociales duraderas, que con anterioridad se ha mostrado que son buenos predictores de la abstinencia a largo plazo, es decir, estos cambios pequeños en algunos factores de la personalidad facilitan que no se produzcan recaídas en el caso de la adicción al alcohol.

Lo que el estudio no comenta, es si ese factor de protector contra recaídas de personas que han sido adictas al alcohol,

sirve para distinguir entre la población en riesgo de ser adicto o no, esto es, si es posible saber fijándonos en estos factores de personalidad si la persona puede ser adicta al alcohol mucho antes de que empiece a beber. Esto será importante a la hora de poder establecer planes de prevención casi personalizados para la población más sensible por sus rasgos de personalidad, a sucumbir ante este tipo de adicción.

Bien, volviendo al caso de este apartado, vamos a ver la estructura del C.I.E.-10 para familiarizarnos con este manual de diagnóstico:

Lo primero que hay que decir al respecto es que fue editado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y que su última versión es de 1992.

Está dividido en 22 títulos, que abarcan toda la problemática de salud que se puede presentar en cualquier momento de la vida, alguna de las cuales está separado por sistemas afectados (Grupo XI. Enfermedades del sistema circulatorio; Grupo X. Enfermedades del sistema respiratorio).

Con respecto a la Psicología Clínica el apartado correspondiente es el del capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99).

En este apartado se subdivide en función de la problemática que atiende:

- F00-F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos

- F10-F19. Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos
- F20-29. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- F30-39. Trastornos del humor (afectivos)
- F40-49. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
- F50-59. Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
- F60-69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F70-79. Retraso mental
- F80-89. Trastornos del desarrollo psicológico
- F90-F98. Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia
- F99. Trastornos mentales sin especificar

A su vez dentro de esta agrupación, se incluyen distintos trastornos, como por ejemplo, dentro de los (F40-49) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos se puede distinguir:

- F40. Trastornos fóbicos de ansiedad
- F41. Otros trastornos de ansiedad
- F42. Trastorno obsesivo-compulsivo
- F43. Reacción al stress grave y trastornos de adaptación
- F44. Trastorno de conversión disociativo
- F45. Trastorno somatomorfo

## - F48. Otras neurosis

A su vez, dentro de cada trastorno, se suele subclasificar en otros en función de sus características, así como (F45) Trastornos somatomorfos:

La manifestación característica de este grupo de trastornos es la presentación repetida de síntomas físicos, junto a una solicitud insistente de investigaciones médicas, a pesar de los hallazgos negativos y la reiterada confirmación por los médicos de que esos síntomas no tienen base orgánica. Si está presente cualquier enfermedad somática, ésta no explica la naturaleza y extensión de los síntomas, o el malestar y la preocupación del paciente.

A su vez los Trastornos somatomorfos (F45) se pueden subdividir en:

- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somomorfa.
  - .30 Corazón y sistema cardiovascular
  - .31 Tracto gastrointestinal alto
  - .32 Tracto gastrointestinal bajo
  - .33 Sistema respiratorio
  - .34 Sistema urogenital
  - .38 Otros órganos y sistemas.
- F45A Trastorno de dolor persistente somomorfo.
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos.

- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificaci3n.

Por 3ltimo, de cada uno de estos subapartados se especifican los criterios de inclusi3n y exclusi3n, as3 como la sintomatolog3a esperable, su duraci3n o evoluci3n para poder establecer de forma clara el diagn3stico pertinente. As3 del Trastorno de somatizaci3n (F45.0):

Los rasgos principales son s3ntomas f3sicos m3ltiples, recurrentes y frecuentemente cambiantes de al menos dos a3os de duraci3n. La mayor3a de pacientes tienen una larga y complicada historia de contactos con servicios de salud de atenci3n primaria y especializados, durante los cuales se han llevado a cabo m3ltiples pruebas negativas y operaciones exploratorias infructuosas. Los s3ntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema del cuerpo. El curso del trastorno es cr3nico y fluctuante, y a menudo se asocia con alteraciones en la vida social, familiar e interpersonal. Los cuadros con s3ntomas de corta duraci3n (menos de dos a3os) o poco llamativos deben clasificarse como trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1).

Trastorno psicossom3tico m3ltiple.

Excluye: Enfermedad fingida (simuladores conscientes) (Z76.5).

A. Debe haber antecedentes de al menos dos a3os de quejas de s3ntomas m3ltiples y variables, que no pueden ser explicados por ning3n trastorno f3sico detectable. (Cualquier trastorno f3sico que se conozca coincidente no explicar3a la

gravedad, extensión, variedad y persistencia de las quejas físicas o la invalidez social.) Si están presentes algunos síntomas claramente debidos a una hiperactividad vegetativa, no son la característica del trastorno, en el sentido de que no son particularmente persistentes y molestos.

B. La preocupación por los síntomas ocasiona un malestar persistente y conduce al paciente a la búsqueda de reiteradas consultas (tres o más) y chequeos, tanto en los servicios de atención primaria como en los especializados. En ausencia de servicios médicos, por motivos de accesibilidad o económicos, el paciente se automedica continuamente o realiza múltiples consultas a curanderos locales o personal paramédico.

C. Hay un rechazo continuado a aceptar el reaseguramiento por los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos (La aceptación de tales aclaraciones durante un breve período, es decir, pocas semanas durante o inmediatamente después de los chequeos, no excluye este diagnóstico).

D. Debe haber un total de seis o más síntomas de la siguiente lista, que se producen en al menos dos grupos diferentes:

Síntomas gastrointestinales:

1. Dolor abdominal.
2. Náusea.
3. Sensaciones de plenitud abdominal o de meteorismo.
4. Mal sabor de boca o lengua saburral.
5. Quejas de vómitos o regurgitación de alimentos.

6. Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas.

Síntomas cardiovasculares: 7. Falta de aliento sin haber hecho esfuerzos. 8. Dolores torácicos.

Síntomas urogenitales: 9. Disuria o quejas de micción frecuente. 10. Sensaciones desagradables en los genitales o alrededor de ellos. 11. Quejas de flujo vaginal excesivo o inusual.

Síntomas cutáneos y de dolor 12. Quejas de manchas o decoloración de la piel. 13. Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones. 14. Sensaciones desagradables de hormigueo o de quedarse dormido algún miembro.

E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los síntomas no se producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29), algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), o un trastorno de pánico (F41.0).

Con respecto al D.S.M., indicar que la última versión, la V publicada en el 2013 y es elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. A diferencia del C.I.E.-10 que recoge otras patologías, el D.S.M. recoge exclusivamente la problemática relacionada con la salud mental.

En donde se emplea una clasificación similar, con indicación del tipo de trastorno, su definición, síntomas, prevalencia (número de casos por cada mil), consecuencias, diagnóstico diferencial, comorbilidad (presencia de otros trastornos a la vez), criterios de diagnóstico.

Una informaci3n m3s detallada y completa que la ofrecida por el C.I.E.-10, del cual algunos pa3ses lo han actualizado creando su propia versi3n.

Continuando con el ejemplo anterior con respecto al Trastorno de s3ntomas som3ticos 300.82 (F45.1)

A. Uno o m3s s3ntomas som3ticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los s3ntomas som3ticos asociados a la preocupaci3n por la salud, como se pone de manifiesto por una o m3s de las caracter3sticas siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios s3ntomas.

2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los s3ntomas.

3. Tiempo y energ3a excesivos consagrados a estos s3ntomas o a la preocupaci3n por la salud.

C. Aunque alg3n s3ntoma som3tico puede no estar continuamente present3, el estado sintom3tico es persistente (por lo general m3s de seis meses).

Una de las ventajas del D.S.M.-V es que trae un apartado de correspondencias donde se especifica qu3 determinado trastorno se corresponde con el C.I.E.-10. As3 con respecto a los Trastornos de s3ntomas som3ticos y trastornos relacionados (309)

300.82 (F45.1) Trastorno de s3ntomas som3ticos (311)

300.7 (F45.21) Trastorno de ansiedad por enfermedad (315)

300.11 Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) (318) Especificar el tipo de síntoma:

(F44.4) Con debilidad o parálisis

(F44.4) Con movimiento anormal

# 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.