

ISSN (en línea): 2462-8611

Boletines Colpsic

Campo de Psicología Clínica

SEPTIEMBRE - 2015

BOLETÍN NO. 002

¿Qué es eso de Psicología Clínica Basada en Evidencia?

Por Santiago Trujillo Lemus y Diana Melissa Quant Quintero, Colegiados Activos adscritos al Colegio Colombiano de Psicólogos, Grupo de Estudio en Psicología Clínica Basada en Evidencia de Colombia.

© Colegio Colombiano de Psicólogos
www.colpsic.org.co
Bogotá, D.C., Colombia

Consejo Directivo Nacional
Presidencia
Claudia María Sanín Velásquez
Vicepresidencia
Germán Antonio Gutiérrez Domínguez
Miembros Consejo Directivo Nacional
Andrés Manuel Pérez Acosta
Germán Antonio Gutiérrez Domínguez
José Rodríguez Valderrama
Juan Diego Tobón Lotero
Leonidas Castro Camacho
Martha Leonor Restrepo Forero
Nancy Vargas Espinosa
Olga Lucía Hoyos de los Ríos

Dirección Ejecutiva Nacional
Evelyn Carrioni Denyer

Dirección de Campos, Programas y Proyectos
María Constanza Aguilar Bustamante

Dirección de Comunicaciones
Ana María Houghton Illera

Compiladora
Diana Carolina Monroy Sánchez
Subdirectora de Campos Programas y Proyectos

Revisión de estilo
Ana María Houghton Illera

Diseño y diagramación
Mónica Paola Martínez Abril
Ingrid Vanessa Becerra Flórez

La intervención de problemas psicológicos se inició con las psicoterapias (humanista, psicodinámica, sistémica, cognitiva, entre otras), en la práctica privada, cada una basada en diferentes ideologías, con sus propios métodos de evaluación y de intervención, que podían ser realizadas por profesionales de diferentes disciplinas y que no requerían más allá de la rendición de cuentas al paciente. Los cambios y demandas sociales y culturales llevaron a los psicólogos a evaluar la evidencia y efectividad de estos enfoques, bajo los supuestos éticos de brindar a los consultantes los mejores tratamientos disponibles y evaluar constantemente sus intervenciones.

Así, en los últimos años, el estudio sistemático de los problemas psicológicos ha tenido avances significativos en la identificación de factores causales y de mantenimiento, gracias a la investigación en diferentes disciplinas como psicología del aprendizaje, psicología cognitiva, psicopatología, genética, neurociencias, fisiología, entre otras. Asumiendo una metodología científica en los procesos de

¿QUÉ ES ESO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA?
Página 1

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL: una alternativa para el manejo de emociones intensas
Página 2 - 3

PSICOLOGÍA Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
Página 3

UN BUEN COMIENZO EN LA INFANCIA, PERMITE UN BUEN DESARROLLO EN LA ADULTEZ
Páginas 3 - 4

LA LOGOTERAPIA Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA
Página 4 - 5

evaluación e intervención, se ha pasado de explicaciones unicausales a modelos multicausales y multidimensionales, y de enfoques o teorías particulares a procesos psicológicos básicos transdiagnósticos que interactúan de forma compleja.

En este contexto surge la Psicología Clínica Basada en Evidencia (PsClBE) como un estándar de práctica clínica fundamentado en el Modelo Científico - Practicante, que hace referencia al rol integrador del psicólogo clínico como investigador y practicante. La Práctica Basada en Evidencia es un movimiento que inicia en la medicina y ya ha sido asumido por múltiples disciplinas; es hasta 1995 cuando la *American Psychological Association* – APA (Asociación Americana de Psicología, en español), propone el desarrollo de guías buscando mejores estándares en las intervenciones y es en el año 2005 cuando se nombra el comité sobre Práctica Basada en Evidencia en Psicología.

La PsClBE tiene como eje central la consideración de la mejor evidencia disponible a partir de la investigación básica y aplicada, pero va más allá de los tratamientos con fundamento empírico que han demostrado ser eficaces en investigaciones controladas y con poblaciones específicas. En este sentido, la PsClBE integra la investigación con la experiencia en la práctica clínica y las características particulares de los consultantes.

La experiencia en la práctica clínica hace referencia al psicólogo clínico en tanto que debe desarrollar las habilidades para realizar los procesos de evaluación, diagnóstico, formulación de caso y planeación del tratamiento, pero incluye también su experiencia interpersonal, su continua adquisición de habilidades y actualización del conocimiento, su comprensión de los contextos culturales, entre otros factores. Las características particulares de los consultantes hacen referencia a sus valores y objetivos personales, a su historia de aprendizaje y constitución neurobiológica únicas, y a su contexto cultural particular.

De esta manera, la PsClBE ofrece unos lineamientos claros para la práctica clínica, la investigación y la formación profesional de psicólogos, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones efectivas en los procesos de evaluación e intervención, e incluso, en políticas públicas y permitiendo responder así a la responsabilidad social que tenemos quienes trabajamos en salud mental, posicionando a los psicólogos clínicos, ya no como psicoterapeutas, sino como científicos del comportamiento.

REFERENCIAS

American Psychological Association (2006). Presidential task force on evidence-based practice in psychology. *En American Psychologist, 61*, 271–285.

Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico. *En* Caballo, V., Salazar, I. & Carobles, J (Comps), Manual de psicología y trastornos psicológicos Madrid: Pirámide.

Freeman, A., Felqoise, S.H. & Davis, D.D. (2008). Clinical psychology: Integrating science and practice. New York: Wiley.

Hayes, S., Barlow, D. & Nelson-Gray, R. (1999). The practitioner: Research and scientist accountability in the age of managed care. Boston: Allyn & Bacon.

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL: una alternativa para el manejo de emociones intensas

Por Diana Melissa Quant Quintero - Santiago Trujillo Lemus, Colegiados Activos adscritos al Colegio Colombiano de Psicólogos.

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) fue creada por Marsha Linehan en un proyecto que buscaba desarrollar un tratamiento para conductas suicidas, con el respaldo del National Institute of Mental Health de Estados Unidos (NIMH). Así, en 1980, Linehan y sus colaboradores de la Universidad de Washington decidieron trabajar con mujeres con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), quienes tenían múltiples problemas, una complicada historia de intentos de suicidio y conductas autolesivas, así como muchas dificultades en las relaciones interpersonales.

Inicialmente, los esfuerzos se enfocaron en la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual Estándar (TCC-E) buscando el cambio de conductas y pensamientos disfuncionales, pero se evidenció que la TCC-E era levemente efectiva con estos consultantes quienes presentaban bajos resultados y poca adherencia al tratamiento. En esa época se atribuía la ausencia de resultados a que los consultantes no querían mejorar y no hacían lo necesario para ello.

Linehan, quien había sufrido de TLP varios años y se había acercado al *mindfulness* y al budismo zen, no satisfecha con dicha atribución empezó a investigar científicamente las variables que impedían que la TCC-E tuviera éxito, encontrando que el énfasis en el cambio de conductas y pensamientos era equivocado debido a la historia de invalidación que suelen vivir estas personas. Linehan desarrolló entonces un modelo basado en la dialéctica o equilibrio entre estrategias de aceptación y cambio, lo que se prueba en el principio básico de aceptar a los consultantes tal y como son dentro de un contexto en el que se les exige y enseña a cambiar los comportamientos disfuncionales.

La TDC parte de una teoría biosocial para comprender el TLP y lo define como un problema de desregulación emocional que resulta de la transacción entre una vulnerabilidad emocional y una historia de invalidación. Así, se plantea la hipótesis de que las conductas problema del TLP son estrategias disfuncionales que buscan regular las emociones. La vulnerabilidad emocional hace referencia a la alta sensibilidad a estímulos emocionales, una respuesta emocional muy intensa y un difícil y lento estado inicial de la emoción a la línea de base. El contexto invalidante hace referencia a una interacción temprana que no confirma la experiencia emocional del individuo dando el mensaje de que las respuestas emocionales son equivocadas e incomprensibles.

Los múltiples problemas de las personas con TLP se establecieron como un desafío terapéutico al que se respondió con un tratamiento estructurado con unos objetivos definidos, pero flexible a las condiciones de cada consultante en particular. En primer lugar, se intervienen en orden jerárquico las conductas que atentan contra la vida, las conductas que interfieren con la terapia y las conductas que van en contra de la calidad de vida, todo esto en un contexto de entrenamiento en habilidades dirigidas a la regulación emocional y las relaciones interpersonales. Después se aborda el estrés postraumático, se busca la efectividad en la vida cotidiana y la mejoría de la calidad de vida y se hace énfasis en el sentido de vida y el sentimiento crónico de vacío.

La TDC es actualmente reconocida como el mejor tratamiento disponible para el Trastorno Límite de Personalidad gracias a las muchas investigaciones científicas que se han realizado, y que se han extendido a otros problemas psicológicos como

Trastornos Alimentarios, Depresión Mayor, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, adicciones, entre otros, evidenciando que la aceptación es un componente clave. En Colombia la TDC llegó recientemente, pero ya contamos con colegas formados y entrenados oficialmente por *Behavioral Tech*, Instituto creado por Linehan para este fin, quienes ofrecen sus servicios en Bogotá y Medellín.

REFERENCIAS

Linehan, M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders. New York: Guilford Press.

Linehan, M. (1993). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders.New York: Guilford.Linehan, M., Armstrong,H.E., Suarez,A., Allmon,D., Heard,H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *En Archives of General Psychiatry, 48*, 1060-1064.

PSICOLOGÍA Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Por Patricia Montaña Betancur, Psicóloga, Master en Psicología Clínica. Universidad del Norte, Representante del Campo de la Regional Caldas – Cumanday, Colpsic. Grupo de Apoyo a cuidadores de enfermos con Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia, siendo la más común de ellas. Se caracteriza por un deterioro progresivo e irreversible de la memoria, generando cambios graduales en el comportamiento, como por ejemplo el manejo del dinero, cambios en el estado de ánimo y la personalidad, así como dificultades en el lenguaje, en el manejo del tiempo y del espacio, deterioro en el autocuidado y aumento en la dependencia de otros, así como alteraciones en el juicio e incluso no reconocer a los seres queridos.

Esta enfermedad según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de marzo de 2015 afecta a nivel mundial a unos 47.5 millones de personas y cada año se registran 7.7 millones de nuevos casos. Se calcula además que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento.

Los programas de prevención e intervención para demencia escasean en nuestro sistema de salud. La psicología podría contribuir a generar alternativas de manejo tanto a nivel grupal como a nivel individual. Los grupos de apoyo, los grupos psicoeducativos y el trabajo interdisciplinario permiten brindar orientación a las familias y acompañarlas en el diagnóstico para aliviar la carga emocional que genera el deterioro cognitivo y físico del ser querido. Es frecuente que surja frustración y desesperanza en cuidadores y familiares, pero un abordaje interdisciplinario adecuado puede permitir a las familias asumir la enfermedad, mantener las habilidades en el ser querido y trabajar las pérdidas cognitivas y físicas.

El impacto en la familia es muy significativo y depende en gran parte de los síntomas de la enfermedad, su curso y evolución. Para los cuidadores la demencia tipo Alzheimer representa un reto cotidiano, ya que en la medida en que el deterioro es progresivo e irreversible exige de adaptación permanente a cada fase, y hace necesario generar diversas estrategias de abordaje.

El cuidado del adulto mayor requiere de equipos interdisciplinarios que conozcan de esta problemática para que la familia en lugar de avergonzarse pueda participar activamente en el cuidado de sus seres queridos. En ellos se cuenta con el apoyo de neurólogos, psiquiatras, geriatras, psicólogos, neuropsicólogos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, odontólogos, nutricionistas, entre otros, que pueden ilustrar a las familias y brindar las herramientas para estimular cognitivamente de manera que se creen rutinas en el cuidado y así poder brindar una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para el cuidador principal, donde la familia pueda participar. Es importante involucrar la mayor cantidad de familiares posibles, incluso niños y adolescentes pueden ser parte fundamental del trabajo con los adultos mayores.

Generalmente sucede que un familiar asume el rol de cuidador principal dedicando gran parte de su tiempo al ser querido y los demás miembros delegan en él o en ella todas las responsabilidades. Como el nivel de dependencia aumenta y la capacidad para cuidar de sí mismo se ve afectada, el mismo cuidador principal requerirá de apoyo y colaboración del resto de la familia y personas cercanas. Es común ver cuidadores cansados, con sintomatología de fatiga crónica o con el síndrome de *burn out*, descrito como agotamiento físico y emocional.

No es lo mismo el manejo de un adulto mayor que no presente demencia que el de aquellos quienes la presentan, de manera que para poder establecer orden y que la familia pueda repartir su tiempo y sus esfuerzos deben crearse turnos, espacios lúdicos y de descanso para el cuidador principal. Se necesitan apoyos económicos, sociales entre otros, ya que esta es una enfermedad costosa y necesita de diversas estrategias para aliviar las cargas emocionales y brindar la mejor calidad de vida a quien nos han dado sus mejores años.

Para aquellos psicólogos a quienes les interese aprender más sobre el tema, existen a lo largo del país diversas fundaciones capacitadas en brindar información y remitir a grupos de apoyo que funcionan en algunas de las ciudades del país.

Por último, invito a los psicólogos a conocer acerca de esta enfermedad y a promover hábitos de vida saludable que favorezcan el proceso de envejecimiento.

UN BUEN COMIENZO EN LA INFANCIA, PERMITE UN BUEN DESARROLLO EN LA ADULTEZ

Por Natalia Molina Betancur, Psicóloga, Oferente del programa "Buen Comienzo" y Fredy A. Romero-Guzmán, Subdirector Nacional del Campo de Psicología Clínica de Colpsic.

Desde diferentes perspectivas y escuelas de la psicología, se ha pretendido explicar el desarrollo psicológico del ser humano, haciendo énfasis en las etapas de la infancia y la adolescencia. En esa medida se invita al adecuado desarrollo integral de los niños y niñas, teniendo en cuenta la sexualidad (Freud, 1905), lo cognitivo y

psicogenético (Piaget, 1964 y Wallon, 1987), el aprendizaje (Bandura, 1987; Ausubel, 1968; Bruner, 1984; y Skinner, 1953), lo psicosocial (Erikson, 1985), la psicolingüística (Chomsky, 1955), el juicio moral (Kohlberg, 1981), el histórico - cultural (Vygotsky, 1934), el sistémico y/o ecológico (Bronfenbrenner, 2002), el apego, lo emocional y lo afectivo (Bowlby, 1969; Ainsworth y Bell, 1970; Safran y Greenberg, 1987; Mahoney, 2003; Neimeyer, 2009; y Haeussler, 2000), y otras más actuales y en proceso de revisión más detallada, pero que están generando cierto impacto como son el desarrollo espiritual y de autoconciencia (Fowler, 1981; y Wilber, 2004). Lo anterior desde una postura psicológica; pero también existen otras disciplinas que apoyan la construcción del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, entre ellas, la nutrición, la pedagogía, el derecho y las organizaciones gubernamentales (Alcaldías, Gobernaciones, Gobierno Nacional) y entes internacionales como la UNICEF (2003).

Lamentablemente, los niños y niñas que tienen un pertinente desarrollo a nivel general, son aquellos que poseen un nivel económico medio alto o alto, con un acceso a una educación, entidades de salud y profesionales, de un alto nivel de calidad para su oportuno desarrollo.

La psicología clínica, dentro de sus actividades efectivas de intervención, emplea estrategias de prevención y la relación interdisciplinar con otros profesionales, para establecer diálogos entre sí, en pro del adecuado desarrollo de ésta población. Por ende, nuestro Campo de Psicología Clínica aplaude iniciativas que tengan un compromiso social con la niñez. Un ejemplo de ello, para hacer cambios saludables en ésta población, de bajos recursos, lo está generando un programa de la Secretaría de Educación de Medellín llamado "Buen Comienzo" (2012-2015), que atiende a niños, niñas y familias vulnerables, desde la gestación y hasta los cinco años. Teniendo en cuenta no solo a los psicólogos como fuente de apoyo, sino también a educadores, nutricionistas, trabajadores sociales y abogados, para hacer una intervención preventiva interdisciplinaria en esta población que tanto lo requiere.

Una de las tareas fuertes, además de éste programa local, es la propuesta que hacemos desde afuera, una necesidad pronta, además de ese apoyo interdisciplinario, es la educación general, incluyendo a los actores principales: niños, niñas, adolescentes, padres, cuidadores, familiares, profesores, líderes comunales, la comunidad en general, medios de comunicación y entes gubernamentales; en el desarrollo de la educación emocional - afectiva y la conciencia social, que apuntan al desarrollo máximo de la infancia, en pro de la construcción de conductas, emociones y cogniciones, que concretan consonancia y asertividad, saludables y pertinentes, en nuestra sociedad que tanto lo requiere. Con esto se previene el consumo de sustancias psicoactivas, se promueve el respeto por el otro, se incrementa la lectura, el autocuidado y el cuidado por el otro, la compasión, la responsabilidad individual y social, competencias emocionales y ciudadanas y la sexualidad responsable, ayudando a mejorar la edificación de estrategias de afrontamiento adecuadas, para afirmar un buen desarrollo en la adultez.

REFERENCIAS

Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. *En* J. Delval (Comp.), Lecturas de psicología del niño, Vol. 1, 1978. Madrid: Alianza.

Ausubel, D.P. (1968). Educational Psychology: A Cognitive View. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción: Fundamentos sociales. Barcelona, Spain: Martínez Roca. ISBN 8427011628

Bowlby, J. (1969). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1976.

Bronfenbrenner, U. (2002). La ecología del desarrollo humano. Paidós Transiciones.

Bruner, J. (1984). Acción, pensamiento y lenguaje. Madrid: Alianza Editorial.

Buen Comienzo. (2012 – 2015). Ciudad de los niños - Plan de Desarrollo 2012 – 2015. Alcaldía de Medellín. Extraído el 17 de junio de 2015 de: http://www.medellin.edu.co/index.php/buen-comienzo/747-ciudad-de-los-ninos-plan-de-desarrollo-2012-2015

Chomsky, N. (1955). Logical Syntax and Semantics: Their Linguistic Relevance. *En Language 31*, nos. 1-2.

Erikson, E. (1985). El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós.

Fowler, J. (1981) Stages of Faith. San Francisco: Harper & Row.

Freud, S. (1905) Tres ensayos sobre teoría sexual. Madrid: Alianza Editorial, 386, 1978.

Greenberg, L.S. y Safran, J. (1987). Emotion in psychotherapy. New York: Guilford.

Haeussler, Isabel. (2000). Desarrollo emocional del niño. En: Martínez, Grau y otros (Eds.). Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kohlberg, L. (1981). The Philosophy of Moral Development. *En Moral Stages and the Idea of Justice*. San Francisco: Harper & Row Pubs.

Mahoney, M. (2003). Psicoterapia Constructiva. Barcelona: Ed. Paidós.

Neimeyer, R. (2009). Constructivist Psychotherapy. New York: Routledge.

Piaget, J. (1964). Seis Estudios de Psicología, Editorial Labor S.A.

Skinner, B. F. (1953) Science and Human Behavior. New York: Macmillan.

UNICEF, (2003). Estado mundial de la infancia. Fondo de las naciones unidas para la infancia.

Vigotsky, L. (1998). Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires: Fausto.

Wallon, H. (1987) Psicología y educación del niño. Una comprensión dialéctica del desarrollo y la Educación Infantil. Madrid: Visor-Mec.

Wilber, K. (2004). Ciencia y religión (2ª ed). Barcelona: Kairós.

LA LOGOTERAPIA Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Por Pilar Aguirre, Psicóloga, U. Javeriana. Logoterapeuta, Colectivo Aquí y Ahora y U. de Flores

Diariamente me preguntan qué es la logoterapia, porque mi tarjeta de presentación profesional lo dice. La logoterapia es una actitud, una forma de ser y abordar las situaciones, que implica no solo manejar un cuerpo teórico de conocimientos y propuestas terapéuticas, sino asumir una visión antropológica y vital. Uno no hace logoterapia, es logoterapeuta.

Las semillas de la logoterapia actual aparecen en el texto de Viktor Frankl *El hombre en búsqueda de Sentido* de lectura obligada para quienes quieran conocer ésta propuesta. Mi práctica profesional me enfrenta cotidianamente con personas que sufren por sus relaciones interpersonales, por sus comportamientos lesivos a sí mismos o a otros, por sus emociones desbordadas, por su desorientación existencial.

La logoterapia como propuesta que incluye la espiritualidad y una construcción del proyecto vital desde una escala trascendente de valores me parece una respuesta integral a mis pacientes que proporciona una esperanza. La concepción de un ser humano espiritual, su ser único e irrepetible, su capacidad de trascendencia y auto - trascendencia y

su capacidad de auto - distanciamiento y auto - conciencia definen la persona y del tipo de relación a establecer con ella.

Gerónimo Acevedo en su libro *La búsqueda de sentido y su efecto terapéutico* (1998) lo plantea claramente. La necesidad absoluta de respetar la libertad y responsabilidad del paciente por su propia vida son evidentes. Lo espiritual puede manifestarse o no, pero en sí, no se enferma. Es por eso que la logoterapia trabaja con la parte sana de la persona enferma. Esto requiere ver de otra manera las historias de mis pacientes y escucharles de una forma diferente. Me enfoco más hacia sus fortalezas y rescato mejor sus potencialidades.

La terapia parte del reconocimiento de la capacidad de elección de su espíritu, de su fuerza y de sus posibilidades. La relación entre logoterapeuta y paciente implica un compromiso constante con la comprensión de su situación, una posición dialógica y un respeto por su libertad para acompañarle en su toma de decisiones como ser responsable.

Apoyarle para entender cómo su actitud ante las situaciones críticas es lo que hace toda la diferencia, para analizar los sentidos de vida y el sentido de su vida creando nuevas posibilidades que enriquezcan su proyecto vital y le posibiliten encontrar respuestas a sus inquietudes existenciales. Efrén Martínez en sus textos *Psicoterapia y Sentido de Vida* (2007) y *El diálogo socrático en la terapia centrada en el sentido* (2009), desarrolla ampliamente el tema ofreciendo elementos teóricos y técnicos para los psicólogos clínicos que deseen aprender sobre logoterapia y análisis existencial.