

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 315 -2025-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 29 de Diciembre 2025

Visto el Memorando N°2201-2025-GRL-GRS-L/30.50, derivado por la Dirección General a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conteniendo el Oficio N°053-2025-GRL-GRS-L/30.50.09 e Informe Técnico N° 001-2025-GRL-GRS-L/30.50.09 emitido por la Jefa del Departamento de Psicología, ambos sustentan concurrentemente para un mismo objetivo, siendo necesario formalizarlo en un único acto resolutivo, mediante la aprobación del documento técnico denominado: **"GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"**; y;

CONSIDERANDO:

Que, los Numerales I y II Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Artículo VI del Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad", en su Octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;

Que, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobada con Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación, actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales, metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas;

Que, el numeral 5.2 de la norma acotada en el acápite anterior, considera como documento Normativo del Ministerio de Salud a todo aquel que tiene por objeto transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector adecuado y correcto desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles y según correspondan;

Que, mediante Decreto Supremo N°007-2007-SA se aprueba la Ley N° N° 28369 Ley del Trabajo del Psicólogo y su reglamento, con el objetivo de regular el ejercicio y el trabajo del profesional psicólogo; en cuyo Capítulo I, artículo 9° De la actividad asistencial, señala que en la especialidad clínica y de la salud, el profesional psicólogo desarrolla actividad final a través de la atención psicológica especializada en los diferentes niveles de atención, conforme a la normatividad emitida por el Ministerio de Salud;

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 315 -2025-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 29 de Diciembre 2025

Que, la Guía propuesta tiene como objetivo general optimizar la atención psicológica prestada a los niños, adolescentes y adultos con problemas en su salud psicológica en el ámbito de la atención especializada; y específicos: Ofrecer recomendaciones al profesional de salud para la atención de estos pacientes; conocer qué tratamiento o tratamientos psicológicos son eficaces para los distintos trastornos clínicos o cómo implantar el mejor tratamiento a partir de las mismas, desarrollar indicadores de evaluación de la calidad asistencial del Hospital Regional de Loreto;

Que, conforme a lo propuesto por la Jefa del Departamento de Psicología resulta ineludible la aprobación del documento técnico denominado: "GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"; ya que cuenta con opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad mediante OFICIO N°256-2025-GRL-GRS-L/30.50.06 a fin de que se continúe con el trámite correspondiente;

Con el visado de la Sub-Dirección General, Departamento de Psicología, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Administración y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Loreto. En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Gerencial N°1256-2024-GRL/GERESA/30.01 que designa al M.C. JEHOSHUA RAFAEL MICHEALGHELO LÓPEZ LÓPEZ a partir del 02 de setiembre del 2024, como Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar, el documento técnico: "GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"; con una vigencia de dos (2) años; la misma que consta de nueve (09) ítems y cincuenta y siete (57) folios los cuales forman parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar, a la Oficina de Gestión de la Calidad y al Jefe(a) del Departamento de Psicología liderar mediante el comité o equipo de trabajo que corresponda, la supervisión monitoreo, implementación y aplicación de la guía aprobada en el artículo 1°.

Artículo 3°.- Encargar, a la Oficina de Estadística e Informática, proceda a la publicación de la presente Resolución en la página web y/o portal institucional del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

JRMLL/RCHH/JFDCH/MGV/RGO/HAC/NRS/mdia.

INFORME N° 002 -2025-GRL-GRS-L/30.50.03.02

A : Bach. Cont. JULIO FERNANDO DELGADO CHAPIAMA
Jefe Oficina ejecutiva de Planeamiento Estratégico

DE : CPC Milagros del Carmen Nogueira Avila.
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Organización.

ASUNTO: REMITE RESOLUCION DIRECTORAL No.315-2025-GRL-GRS-L/30.50 -

ATENCIÓN: UNIDAD DE COSTOS.

FECHA: Punchana, 09 de enero del 2026.

Por medio del presente le hago llegar mi cordial saludo y al mismo tiempo remito **01 ORIGINAL** de la **RESOLUCION DIRECTORAL No.315-2025-GRL-GRS-L/30.50** de fecha 26 de diciembre del 2025; mediante el cual se aprueba el documento técnico: **"GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"**.

Adjunto 01 COPIA de la Guía que consta de 57 folios y vigencia de 2 años; para su conocimiento y fines pertinentes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

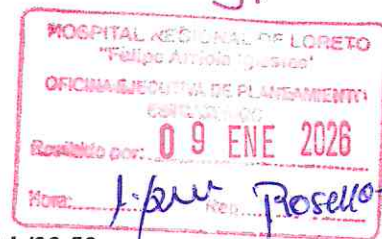
Atentamente,


GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"
CPC Milagros del Carmen Nogueira Avila
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Organización

c.c.
Archivo

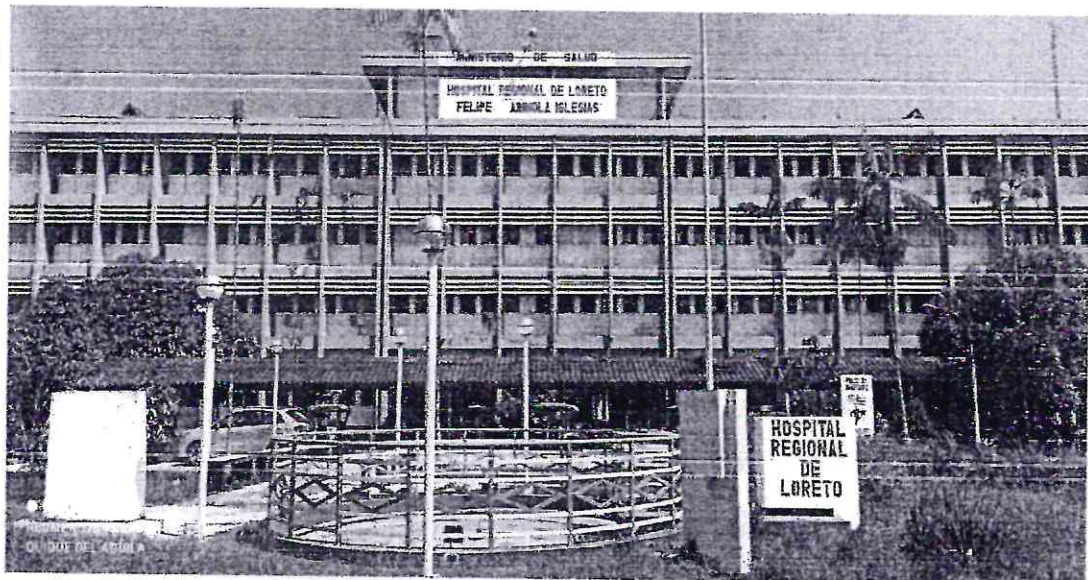
 **Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico**

A : **01 Ro**
PARA: Jener en Captenes en la
Unidad de Costos



HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

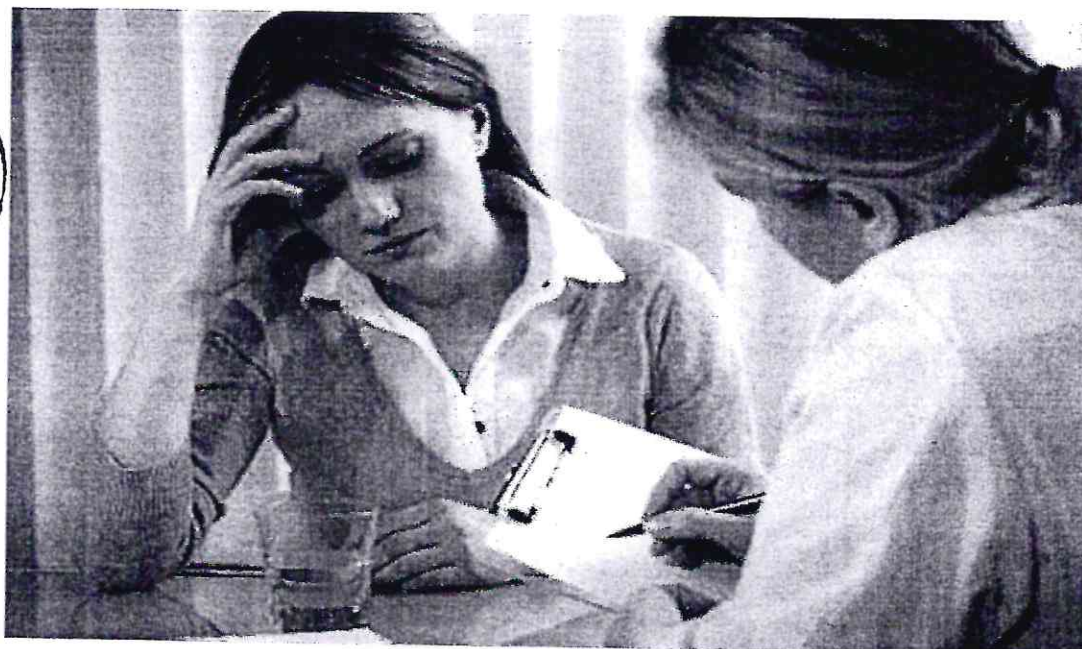
“FELIPE ARRIOLA IGLESIAS”



**GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

LORETO – PERÚ
2025

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



GUIA DE PRACTICAS CLINICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

COLABORADORES

- 1.- PSIC. NIDIA RENGIFO COLLANTES**
- 2.- PSIC. HELEN GABI TELLO COLLANTES**
- 3.- PSIC. JULISSA AREVALO JIBAJA**
- 4.- PSIC. FLOR DE MARIA IRIS CABELLO COTRINA**
- 5.- PSIC. LESSLIE ESTHELA RUIZ RUIZ**
- 6.- PSIC. REYNA VIOLETA GASTULO BARTRA**



ÍNDICE

I.	FINALIDAD	7
II.	OBJETIVO	7
III.	AMBITO DE APLICACIÓN	8
IV.	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN PSICOLOGIA.....	8
4.1.	NOMBRE DE ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	8
4.1.1.	Psicoterapia de grupo familiar: PCSGZ72ZZZ	8
4.1.2.	Evaluación psicológica general: Z13.30 – Z04.6	9
4.1.3.	Psicoterapia de grupo : Z50.4.....	10
4.1.4.	Psicoterapia individual: 90816	11
4.1.5.	Psicoterapia de Pareja: Z63.0.....	11
4.1.6.	Consulta psicológica: Z70 – Z76	12
V.	CONSIDERACIONES GENERALES.....	13
5.1.	Definición	13
5.2.	Etiología.....	13
5.3.	Fisiopatología	15
5.4	Aspectos epidemiológicos.....	15
5.5.	Factores de riesgo asociados.....	16
5.5.1.	Medio Ambiente.....	16
5.5.2.	Estilos de Vida	17
5.5.3.	Factores hereditarios	18
VI.	Consideraciones Específicas	19
6.1.	Cuadro Clínico	19
6.1.1.	Ansiedad.....	19
6.1.2.	Interacción cronológica del síndrome ansioso	20





6.1.3. Diagrama de los trastornos de la ansiedad	21
6.1.4 Trastorno de Pánico	22
6.1.5. Interacción Cronológica del trastorno de pánico	22
6.1.5 Diagrama	24
6.1.6. Depresión	24
6.1.7. Interacción cronológica	27
6.1.8. Crisis de adaptación	28
6.1.9. Interacción cronológica	29
6.1.10. Trastorno de Conducta	31
6.1.11. Interacción cronológica de los trastornos de conducta	33
6.1.12. Conflicto de pareja	34
6.1.13. Interacción Cronológica	37
6.1.14. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	39
6.1.15. Interacción cronológica	41
6.1.16. Trastorno de Personalidad	43
6.1.16.1. Interacción cronológica	43
6.1.17. Interacción cronológica	45
VII. Diagnósticos	48
7.1. Criterios de Diagnóstico	48
7.1.1. Diagnóstico Diferencial	49
7.2. EXAMENES PRINCIPALES	49
7.2.1. De patología clínica	49
7.2.2. De exámenes especializados complementarios	50
7.3. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive	51
7.3.1. Medidas generales y preventivas	51
7.3.2. Terapéutica	51

7.3.4. Signos de Alarma	52
7.3.5. Criterios de Alta	53
7.3.6. Pronostico.....	53
7.4. Complicaciones.....	53
7.5. Criterios de referencia y contrareferencia.....	54
7.6. Flujograma	55
II. ANEXO	56
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57



GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

I. FINALIDAD

La presente guía tiene como finalidad dotar al departamento de psicología un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios en el tratamiento del paciente que acude buscando atención psicológica. Todos estamos de acuerdo con que la práctica debe venir dirigida por la aplicación de procedimientos eficaces. Este es un principio básico, como el de respetar las normas éticas con el cliente, mantener la confidencialidad, etc. Y, para que podamos aplicar un procedimiento terapéutico de modo práctico, para que podamos conocerlo, los distintos psicólogos precisamos que dicho procedimiento esté protocolizado en forma de manual.

II. OBJETIVO

GENERAL

Con la Guía de práctica clínica se busca optimizar la atención psicológica prestada a los niños, adolescentes y adultos con problemas en su salud psicológica en el ámbito de la atención especializada;.

ESPECIFICOS

- a. Ofrecer recomendaciones al profesional de salud para la atención de estos pacientes;
- b. Conocer qué tratamiento o tratamientos psicológicos son eficaces para los distintos trastornos clínicos o cómo implantar el mejor tratamiento a partir de las mismas.
- c. Desarrollar indicadores de evaluación de la calidad asistencial; ayudar a los pacientes y a sus familiares a la toma de decisiones informada y a la mejora de la comunicación entre los pacientes y los profesionales, en el Hospital Regional de Loreto.



- d. Analizar cuáles son las ventajas y problemas de las mismas en la práctica clínica.
- e. Adecuar las mismas a los pacientes/clientes, a su nivel de conocimiento y aceptación entre los psicólogos clínicos.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Por ser un El Hospital Regional de Loreto, hospital Nivel III en la atención, el ámbito de aplicación es la Región Loreto por la característica de Referencia que tiene el nosocomio.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN PSICOLOGIA

El diagnóstico psicológico permite identificar de forma precisa los problemas emocionales, conductuales o cognitivos que una persona está atravesando. Es el primer paso para comprender lo que ocurre, y evita suposiciones que pueden llevar a errores o a intervenciones poco efectivas.

Contar con un diagnóstico adecuado facilita diseñar un tratamiento personalizado, que ayude a la persona a recuperar su bienestar, mejorar su calidad de vida y desarrollar herramientas para afrontar sus dificultades. Así como en medicina no se receta sin saber qué tiene el paciente, en psicología también es esencial conocer el origen para tratar adecuadamente.

4.1. NOMBRE DE ACTIVIDADES PSICOLOGICAS

Nombre y Código

4.1.1. Psicoterapia de grupo familiar: PCSGZ72ZZZ

Contenidos a trabajar

Roles familiares y estereotipos/igualdad de género.



Normas, límites, pautas relacionales.

Comunicación familiar Violencia intrafamiliar Violencia de género

Actuación del Psicólogo

- Facilitar la toma de conciencia y la redefinición de los roles, sistemas de comunicación y pautas relacionales que resulten disfuncionales.
- Facilitar la incorporación de todos los miembros de la familia al proceso de cambio.
- Facilitar la adquisición y refuerza la utilización de pautas relacionales mas saludables y adaptativas.
- Incrementar la capacidad de introspección y auto-observación de los miembros de la unidad familiar.

Técnicas de intervención y manejo del Psicólogo

- Clarificación Consejo y orientación Entrenamiento en habilidades de comunicación
- Entrenamiento en solución de problemas
- Manejo de contingencias y refuerzo Dramatización y Rol Playing
- Terapia Sistémica

4.1.2. Evaluación psicológica general: Z13.30 – Z04.6

Contenidos a trabajar

- Motivo de Consulta
- Entrevista diagnostica
- Evaluación psicológica

Actuación del Psicólogo

- Consignar conclusiones en la Historia Clínica
- Consignar resultados de evaluación psicológica



- Diagnostico Presuntivo y/o Definitivo

Técnicas de intervención y manejo del Psicólogo

- Evaluación Área de Inteligencia
- Evaluación Área de Personalidad
- Evaluación Área de Organicidad
- Test de los Colores. • HTP (Test de la Casa, Test del Árbol y Dibujo de la Figura Humana). • Test de la Persona bajo la lluvia. • Test de Bender • Cuestionario Desiderativo • Test de Phillipson.

4.1.3. Psicoterapia de grupo : Z50.4

La psicoterapia grupal define un proceso que desplaza el discurso “problemático” (individual) hacia grupal. Finalmente, se plantea que la interacción grupal permitirá darse cuenta que otros tienen “deformidades” al igual que uno mismo, lo que permite al terapeuta identificar sus propias deformaciones.

Contenidos a trabajar

- Motivo de Consulta o problema actual de los participantes
- Nudo problemático
- catarsis, cohesividad,
- recapitulación correctiva del grupo

Actuación del Psicólogo

- Sirve de facilitador
- Recoge información relevante
- Permite la adherencia de todos los miembros
- Interviene psicológicamente

Técnicas de intervención y manejo del Psicólogo

- Relajación.
- Mindfulness.
- Visualización guiada.



- Autohipnosis.
- Brainspotting.
- Neurofeedback.

4.1.4. Psicoterapia individual: 90816

Actuación del Psicólogo

- Evaluación inicial de la situación
- Planteamiento de hipótesis.
- Fijación de objetivos y cronograma.
- Diseño y aplicación del **plan de intervención** individualizado.
- Seguimiento de la evolución.
- Alta o cierre.

Técnicas de intervención y manejo del Psicólogo

- Terapia Conductual
- Terapia Cognitiva conductual
- Terapia Humanista
- Terapia Gestáltica
- Psicoanálisis
- Otro

4.1.5. Psicoterapia de Pareja: Z63.0

Contenidos a trabajar

- Encaminar la relación de pareja
- Aprender a aceptar la ruptura si fuera necesario
- Mejorar la comunicación



Actuación del Psicólogo

- Entrevista inicial para ambos.
- Entrevistas por separado.
- Establecimiento de una hipótesis.
- Creación de un consenso acerca de los objetivos a alcanzar.
- Implantación del programa de intervención en **terapia de pareja**.
- Seguimiento.
- Cierre de la **terapia**.

Técnicas de intervención y manejo del Psicólogo

- Evaluación línea de vida de pareja
- Resolución de conflictos
- Asertividad y comunicación en la pareja



4.1.6. Consulta psicológica: Z70 – Z76

Contenidos a trabajar

- Motivo de Consulta
- Entrevista diagnóstica
- Evaluación psicológica

Actuación del Psicólogo

- Consignar conclusiones en la Historia Clínica
- Orientación y consejería
- Diagnóstico Presuntivo y/o Definitivo

Técnicas de intervención y manejo del Psicólogo

- Escucha activa

- Manejo inicial de crisis
- Control y ajuste emocional

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definición

La atención en psicología es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etc.). En ella el especialista, es decir un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana.

Su objetivo es conocer qué tratamiento o tratamientos psicológicos son eficaces para los distintos trastornos clínicos o cómo implantar el mejor tratamiento a pacientes.

5.2. Etiología

La atención es un proceso mental que permite seleccionar y concentrarse en ciertos estímulos mientras se ignoran otros. Su origen o etiología es multifactorial: incluye factores biológicos (como

la actividad cerebral y neurotransmisora), factores genéticos, el desarrollo neurológico, así como aspectos ambientales y emocionales.

Alteraciones en la atención pueden estar relacionadas con trastornos como el TDAH, la ansiedad, el estrés crónico o incluso experiencias tempranas. Comprender su etiología es clave para un abordaje terapéutico eficaz y adaptado a cada persona.

Aunque algunas causas pueden incluir factores tales como la herencia, desórdenes mentales, dieta, presiones y el funcionamiento familiar, ningún



estudio ha podido demostrar que alguno de estos factores sea la causa directa de los trastornos emocionales o del comportamiento.

El ser humano no solo está compuesto de órganos y sistemas, sino que además contiene una serie de procesos cognitivos que nos caracterizan como personas capaces de pensar, aprender, analizar y sentir. Esto lo que quiere decir es que los humanos tenemos la capacidad de experimentar sentimientos y sensaciones que no constituyen una sola porción del cuerpo, sino que nos representa como un todo, por lo que sus alteraciones pueden manifestarse en otras regiones del organismo, sin necesidad de que exista una conexión física entre ambos. Es debido a lo anterior que nace el término psicoemocional, en la cual se describe la relación entre las emociones y la mente.

La palabra **psicoemocional** es utilizada en psicología para describir a aquellas especialidades que tienen como objeto de estudio examinar las emociones y al mismo tiempo relacionarla con aquellas enfermedades que parecen no tener otra causa, más que la mente. Así mismo en medicina, es necesario que se analicen estos trastornos ya que en muchas ocasiones pueden ser el origen de una patología a la que no se le encuentra el causante, por lo que es un área que debe ser conocida por los diferentes profesionales de la salud.

Este término es el resultado de otras dos palabras, que al unir las forman una nueva relación en la que una se relaciona profundamente con la otra. Por lo que psico proveniente del griego se refiere a la mente, mientras que emoción de origen latín es utilizado para describir a los distintos estados sentimentales que puede experimentar una persona, siendo ambas desencadenantes de enfermedades.

La **salud** es considerada como un estado físico, mental y emocional que debe tener un balance para que pueda ser considerado como un equilibrio, entonces en el caso de la salud psicoemocional se enfoca en la mente y las emociones, junto con los trastornos que estas pueden producir. Por lo que es un término que aglomera la sensación de bienestar y placer que se combina con el físico, para lograr que el individuo se sienta óptimo y saludable.

Un trastorno psicoemocional es un problema que se desencadena en la persona como consecuencia de un desorden mental y emocional. Estos de



acuerdo a las manifestaciones clínicas pueden ser clasificados en distintos tipos, y dependiendo de lo mismo el tratamiento puede variar.

5.3. Fisiopatología

La atención es un proceso cognitivo complejo que implica la activación y coordinación de varias áreas cerebrales, especialmente la **corteza prefrontal**, el **tálamo**, el **sistema límbico** y la **red atencional** (anterior y posterior). Estas estructuras trabajan en conjunto para permitir la focalización, el mantenimiento y la alternancia de la atención.

Desde el punto de vista fisiopatológico, las alteraciones en la atención pueden deberse a desequilibrios en neurotransmisores como la **dopamina** y la **noradrenalina**, fundamentales para la modulación del estado de alerta y el control ejecutivo. También pueden presentarse disfunciones en los circuitos neuronales fronto-parietales, responsables de filtrar estímulos relevantes.

Estas alteraciones pueden observarse en trastornos como el **TDHA**, la **ansiedad**, la **depresión**, e incluso en enfermedades neurodegenerativas, afectando la capacidad del individuo para procesar eficazmente la información del entorno.

Comprender la fisiopatología de la atención permite intervenir de manera más precisa, tanto desde la psicoterapia como desde el abordaje farmacológico, según el caso.

5.4 Aspectos epidemiológicos

La atención psicológica se ha vuelto una necesidad creciente a nivel mundial debido al aumento de trastornos mentales y emocionales en la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada ocho personas vive con algún trastorno mental, siendo la **ansiedad**, la **depresión** y los **trastornos por déficit de atención** los más prevalentes.

En muchos países, especialmente en contextos urbanos y laborales exigentes, el acceso a servicios psicológicos ha aumentado, pero aún existe una **brecha significativa**: se estima que **más del 50%** de las personas que necesitan atención psicológica **no la reciben**, debido a factores como estigma, falta de recursos o escasez de profesionales capacitados.

La mayor demanda se da en adolescentes y adultos jóvenes, aunque también ha crecido en trabajadores del sector salud, como médicos y enfermeros, especialmente desde la pandemia. Esta realidad ha impulsado la necesidad de integrar la salud mental como parte esencial de los sistemas de salud pública y privada.

5.5. Factores de riesgo asociados

5.5.1. Medio Ambiente

El entorno en el que una persona vive y trabaja influye directamente en su bienestar psicológico. Ambientes marcados por el estrés constante, la violencia, la inseguridad, el ruido excesivo, o la falta de apoyo social pueden aumentar el riesgo de desarrollar trastornos como ansiedad, depresión o agotamiento emocional.

Asimismo, factores como el hacinamiento, la pobreza, la discriminación o condiciones laborales adversas (como las que enfrentan muchos profesionales de la salud) actúan como estresores crónicos que afectan la estabilidad emocional y cognitiva.

Por eso, promover entornos saludables, seguros y empáticos no solo mejora la calidad de vida, sino que también previene riesgos importantes para la salud mental.

Numerosos factores propios del ambiente familiar pueden aumentar el riesgo que corre un ser humano de tener problemas conductuales o emocionales. La disfunción familiar o la presencia de conflictos entre los padres, la interrupción de la interacción entre padres e hijos y la presencia de factores que interfieren con la crianza de los hijos pone en peligro el desarrollo social y emocional del ser humano en general. Está demostrado que el conflicto entre los padres, junto con los sucesos vitales adversos, coloca a los niños en mayor riesgo de sufrir problemas emocionales. Factores que menoscaban el desarrollo de una sana interacción entre padres e hijos han sido documentados en



progenitores con problemas de alcoholismo y son los que más influyen en la conducta de los hijos.

Las circunstancias que rodean al niño en su entorno familiar, otros factores adversos en la comunidad también pueden afectarlo. Por ejemplo la pobreza el hacinamiento y el alojamiento en una vivienda alquilada son algunos de ellos.

5.5.2. Estilos de Vida

Los estilos de vida tienen un impacto directo en la salud mental. Hábitos como la **falta de sueño**, el **sedentarismo**, una **alimentación inadecuada**, el **consumo excesivo de alcohol o sustancias**, y la **hiperconectividad digital** pueden aumentar el riesgo de desarrollar ansiedad, depresión y agotamiento emocional.

Además, la ausencia de rutinas saludables, tiempo de descanso o actividades placenteras limita la capacidad del cerebro para recuperarse del estrés diario.

Adoptar un estilo de vida equilibrado, con ejercicio regular, buena alimentación, relaciones sanas y tiempo de autocuidado, es clave para **prevenir problemas mentales y fortalecer el bienestar emocional**.

Los determinantes de la salud mental incluyen factores sociales, ambientales, psicológicos y biológicos. Estos incluyen los principales factores de riesgo de E fermedad No Trasmisible como lo son el consumo de alcohol y tabaco, la dieta poco saludable y la inactividad física. Todo ello puede afectar nuestra salud mental.

Entre los hábitos no saludables y modificables que afectan con mayor frecuencia los estilos de vida se identifican: el estrés, el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios, en la vida moderna estos factores de riesgo se multiplican cada día más y están cada vez más presentes en los diversos grupos de edades, predominando los estilos de vida insanos.



5.5.3. Factores hereditarios

La genética juega un papel importante en la salud mental. Diversos estudios han demostrado que **algunos trastornos psicológicos** como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el TDAH pueden tener una **base hereditaria**, lo que significa que el riesgo de desarrollarlos **aumenta si hay antecedentes familiares**.

Aunque heredar una predisposición no garantiza que la persona desarrollará el trastorno, sí la hace más vulnerable, especialmente si se combina con factores ambientales estresantes. Por eso, conocer los antecedentes familiares permite actuar de forma preventiva y estar atentos a signos tempranos.

Los estudios sugieren relación estadísticamente significativa entre la herencia y los problemas de salud mental. En otros estudios también se ha investigado si un trastorno psiquiátrico en el padre o la madre interfiere con las prácticas de crianza. En general, estos estudios han revelado que los niños criados por padres depresivos tienen tasas más altas de problemas de conducta y otros problemas de salud mental.

La perspectiva biológica de la personalidad enfatiza la interacción dinámica entre los procesos fisiológicos internos y los factores genéticos que influyen en la misma, así como la relación entre diversas estructuras cerebrales y cómo contribuyen al desarrollo de determinadas características.



VI. Consideraciones Específicas

6.1. Cuadro Clínico

6.1.1. Ansiedad

LOS TRES TIPOS DE SINTOMAS DE ANSIEDAD		
Síntomas físicos	Síntomas psicológicos	Síntomas conductuales
• Dolor o presión en el pecho • Dilatación pupilar • Temblores • Taquicardia • Nauseas	• Pensamientos irracionales • Sensación de alarma • Inquietud o agitación • Miedo, pánico • Aprensión ansiosa (miedo al miedo) • Ideas obsesivas o intrusiones	• Evitación • Escape • Lucha

Los signos y síntomas de la ansiedad más comunes incluyen los siguientes:

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión.
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe.
- Aumento del ritmo cardíaco.
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración.
- Temblores.
- Sensación de debilidad o cansancio.



6.1.2. Interacción cronológica del síndrome ansioso

- **Fase inicial – Estímulo o detonante:**

La persona se enfrenta a una situación percibida como amenazante o estresante (problemas laborales, personales, cambios importantes, etc.).

- **Fase de alerta – Respuesta fisiológica:**

Se activa el sistema nervioso simpático: aumento del ritmo cardíaco, tensión muscular, sudoración, dificultad para concentrarse. Aparecen pensamientos anticipatorios negativos (preocupación, miedo).

- **Fase de agitación – Síntomas ansiosos persistentes:**

La ansiedad se vuelve constante. Aparecen síntomas como insomnio, irritabilidad, fatiga, hipervigilancia, problemas digestivos o dolores musculares. La persona puede evitar situaciones por miedo a sentirse mal.

- **Fase de desorganización – Interferencia funcional:**

La ansiedad comienza a afectar áreas importantes de la vida (trabajo, relaciones, salud). Se incrementan pensamientos catastróficos y sensación de pérdida de control.

- **Fase crónica – Síndrome ansioso instalado:**

Si no hay intervención, la ansiedad puede volverse un estado casi permanente. Pueden desarrollarse trastornos específicos como trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico o fobias.

- **Fase de intervención – Recuperación:**

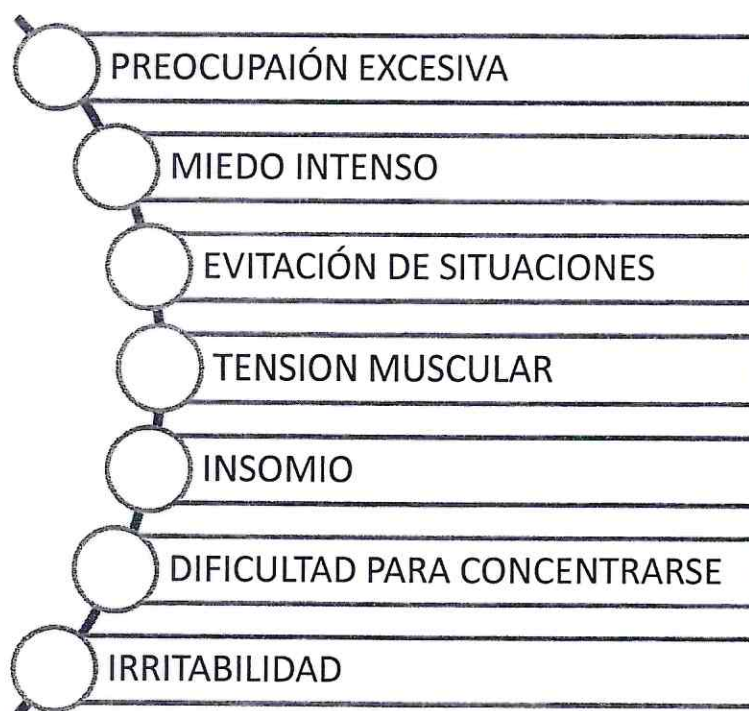
Con tratamiento psicológico (como terapia cognitivo-conductual) y, en algunos casos, farmacológico, se pueden reducir los síntomas, mejorar el afrontamiento y prevenir recaídas.



6.1.3. Diagrama de los trastornos de la ansiedad



SÍNTOMAS GENERALES



6.1.4 Trastorno de Pánico

Síntomas

- Molestia o dolor torácico.
- Mareo o sensación de desmayo.
- Miedo a morir.
- Miedo a perder el control o de muerte inminente.
- Sensación de asfixia.
- Sentimientos de separación.
- Sentimientos de irrealidad.
- Náuseas y malestar estomacal.

Signos

- **Preocupación persistente** sobre la posibilidad de tener más ataques
- **Cambio de comportamiento significativo** relacionado con los ataques (por ejemplo, evitar actividades físicas, lugares o situaciones que se asocian con los ataques)
- **Evitan lugares públicos o concurridos**, por temor a no poder escapar si ocurre un ataque (esto se relaciona con la agorafobia, que puede o no estar presente)

6.1.5. Interacción Cronológica del trastorno de pánico

1. Fase de predisposición (antes del primer ataque)

- Vulnerabilidad biológica (herencia genética, hipersensibilidad al estrés)
- Factores ambientales (estrés crónico, trauma, consumo de sustancias)
- Creencias disfuncionales sobre el cuerpo o el control

2. Primer ataque de pánico (inicio agudo)

- Aparece **inesperadamente**
- Se experimentan **síntomas físicos intensos**:



- Palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, mareo, miedo a morir o enloquecer
- Duración: suele alcanzar su punto máximo en 10 minutos y durar hasta 30 min

3. Interpretación catastrófica del ataque

- “Me va a dar un infarto”, “Estoy perdiendo el control”, “Voy a morir”
- El miedo a los síntomas **aumenta la ansiedad**, lo que **intensifica los síntomas físicos**

4. Cambios conductuales posteriores

- **Preocupación constante** por tener otro ataque (ansiedad anticipatoria)
- **Evita lugares, personas o situaciones** asociadas al ataque
- **Hipervigilancia corporal**: se enfoca en sensaciones físicas mínimas

5. Mantenimiento del trastorno

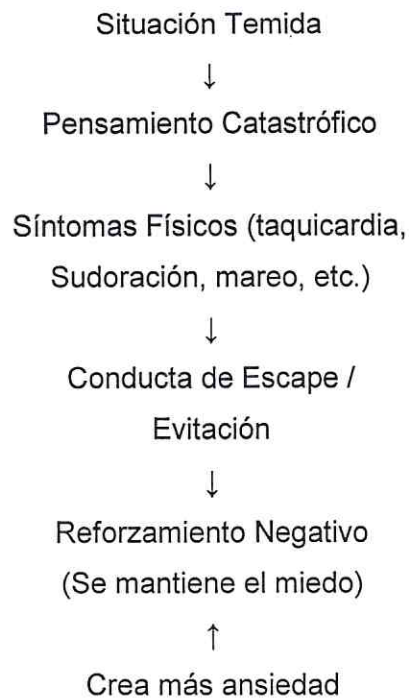
- Se establece un **círculo vicioso**:
 - Ansiedad → síntomas físicos → interpretación catastrófica → más ansiedad
- Conductas de evitación refuerzan el miedo (refuerzo negativo)
- Posible evolución a **agorafobia** (miedo a lugares donde escapar sería difícil)

6. Impacto en la vida diaria

- Deterioro funcional: laboral, social, personal
- Aislamiento, baja autoestima, dependencia de otros
- En algunos casos: abuso de sustancias o depresión secundaria



6.1.5 Diagrama



6.1.6. Depresión

Signos:

Las personas pueden sufrir:

- **Estado de ánimo:** pérdida de interés o placer en hacer actividades, altibajos emocionales, ansiedad, apatía, culpa, descontento general, desesperanza, pérdida de interés o tristeza.
- **Sueño:** despertar temprano, insomnio, somnolencia excesiva o sueño intranquilo.
- **Todo el cuerpo:** agitación, fatiga, hambre excesiva o pérdida de apetito.
- **Comportamiento:** agitación, aislamiento social, irritabilidad o llanto excesivo.

- **Cognitivos:** lentitud para realizar actividades, falta de concentración o pensamientos de suicidio.
- **Peso:** aumento de peso o pérdida de peso.
- **También comunes:** análisis repetido de pensamientos o poco apetito.

Síntomas:

Si bien la depresión puede producirse solamente una vez en la vida; por lo general, las personas tienen varios episodios de depresión. Durante estos episodios, los síntomas se producen durante gran parte del día, casi todos los días y pueden consistir en:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes.
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso
- Ansiedad, agitación o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza.

Para muchas personas con depresión, los síntomas suelen ser lo suficientemente graves para causar problemas evidentes en las actividades cotidianas, como el trabajo, la



escuela, las actividades sociales o las relaciones con otras personas. Algunas personas pueden sentirse infelices o tristes en general sin saber realmente porqué.

6.1.6.1. Síntomas de depresión en niños y adolescents

Los signos y síntomas frecuentes de depresión en los niños y adolescents son similares a aquellos en los adultos, pero puede haber algunas diferencias.

En los niños más pequeños, los síntomas de depresión pueden consistir en tristeza, irritabilidad, apego, preocupación, dolores, negarse a ir a la escuela o bajo peso.

En los adolescents, los síntomas pueden comprender tristeza, irritabilidad, sentirse negativo e inútil, ira, bajo rendimiento o poca asistencia a la escuela, sentirse incomprendido y extremadamente sensible, consumir drogas de uso recreativo o alcohol, comer o dormir demasiado, autolesionarse, perder el interés por las actividades habituales y evitar la interacción social.

6.1.6.2. Síntomas de depresión en adultos mayores

La depresión no es una parte normal del envejecimiento, y nunca debe tomarse a la ligera. Lamentablemente, la depresión a menudo no se diagnostica ni se trata en adultos mayores, quienes pueden sentir reticencia a buscar ayuda. Los síntomas de la depresión pueden ser diferentes o menos evidentes en los adultos mayores, entre ellos:

- Problemas de memoria o cambios en la personalidad
- Dolores físicos
- Fatiga, pérdida del apetito, problemas del sueño o pérdida del interés en el sexo, que no son resultado de una enfermedad ni de un medicamento
- Querer quedarse en casa con frecuencia, en lugar de salir a socializar o hacer cosas nuevas
- Pensamientos o sentimientos suicidas, en especial en los hombres mayores.



6.1.7. Interacción cronológica

1. Etapa Previa (Predisposición y Factores de Riesgo)

Duración: Meses o años antes del primer ataque

- Predisposición genética o temperamental
- Historia familiar de trastornos de ansiedad
- Exposición a eventos traumáticos o estresantes
- Estilo de vida con alta carga de estrés o consumo de sustancias

2. Primer Ataque de Pánico

Duración del episodio: 10 a 30 minutos

- Aparece de forma repentina e inesperada
- Síntomas físicos intensos (palpitaciones, dificultad para respirar, mareo)
- Pensamientos catastróficos ("voy a morir", "estoy perdiendo el control")
- Sensación de urgencia médica → puede acudir a urgencias

3. Interpretación Catastrófica y Miedo Anticipatorio

Tiempo: Días o semanas después del primer ataque

- La persona cree que fue un evento peligroso (infarto, locura, etc.)
- Empieza a preocuparse excesivamente por tener otro ataque
- Se genera ansiedad anticipatoria constante

4. Cambios Conductuales y Evitación

Tiempo: De semanas a meses después

- Evita lugares, personas o situaciones asociadas al ataque
- Puede dejar de salir solo, conducir, usar transporte público, etc.
- Aumenta la hipervigilancia hacia las sensaciones físicas
- Se consolida un patrón de **evitación** → **alivio temporal** → **refuerzo del miedo**

5. Mantenimiento del Trastorno (Círculo Vicioso)

Tiempo: Continuo, mientras no haya tratamiento

- Más ataques → más miedo → más evitación
- El sistema nervioso se sensibiliza
- Aumenta la frecuencia e intensidad de los ataques



- Posible desarrollo de agorafobia

6. Impacto Funcional y Psicológico

Tiempo: Meses o años si no se trata

- Aislamiento social
- Bajo rendimiento académico o laboral
- Afectación en relaciones personales
- Posibles comorbilidades: depresión, abuso de sustancias, trastornos somatomorfos

7. Intervención y Mejoría (con tratamiento)

Tiempo: Variable según tratamiento (semanas a meses)

- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Técnicas de exposición y reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en relajación y respiración
- Medicación (ISRS, benzodiacepinas en casos puntuales)
- Disminución de síntomas y recuperación funcional



6.1.8. Crisis de adaptación

1. Síntomas Emocionales

- Ansiedad excesiva
- Tristeza o llanto frecuente
- Irritabilidad o enojo fácil
- Sentimientos de desesperanza
- Sensación de estar abrumado
- Preocupación constante sobre el problema

2. Síntomas Cognitivos

- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos negativos persistentes
- Rumiación sobre el estresor o el futuro

- Baja autoestima o autocrítica excesiva

3. Síntomas Conductuales

- **Evitación** de personas, lugares o actividades relacionadas con el problema
- **Aislamiento social** o retraimiento
- Cambios bruscos en el comportamiento (rebeldía, conductas impulsivas)
- Abandono de responsabilidades (escuela, trabajo, hogar)
- **Conductas de riesgo** (consumo de sustancias, conducción temeraria, etc.)

4. Síntomas Físicos (Psicosomáticos)

- Fatiga o agotamiento
- Dolores de cabeza, musculares o estomacales
- Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia)
- Cambios en el apetito
- Palpitaciones o molestias digestivas (en casos de ansiedad intensa)

5. En casos graves:

- **Ideación suicida pasiva o activa** (pensamientos como "no vale la pena seguir")
- **Marcado deterioro en el funcionamiento diario**
- **Síntomas depresivos o ansiosos** que no cumplen criterios para otro trastorno, pero causan malestar significativo

Importante:

- Los síntomas deben aparecer **dentro de los 3 meses posteriores al estresor**.
- No deben persistir más de **6 meses después de que el estresor haya cesado**, a menos que sea crónico.
- Se diferencian de otros trastornos por estar claramente relacionados con un estresor identificable.

6.1.9. Interacción cronológica

1. Exposición al Estresor Identificable

Tiempo: Día 0 – evento desencadenante

- Ocurre un cambio importante o evento estresante:



- Ruptura sentimental
- Pérdida de empleo
- Enfermedad médica grave
- Muerte de un ser querido
- Migración, mudanza, problemas escolares o laborales
- El estresor es **claro y reconocible**

2. Inicio de la Respuesta Emocional y Conductual

Tiempo: Dentro de los **primeros 3 meses** posteriores al evento

- Empiezan a surgir **síntomas emocionales, cognitivos y conductuales**:
 - Ansiedad, tristeza, irritabilidad
 - Cambios de conducta, aislamiento, llanto fácil
 - Dificultad para concentrarse o dormir
- El malestar es **desproporcionado** en relación al estresor
- No cumple criterios para otros trastornos (como depresión mayor o ansiedad generalizada)



3. Pico del Malestar Psicológico

Tiempo: Semanas 2–6 (aproximadamente)

- El malestar **interfiere significativamente** en áreas importantes:
 - Trabajo, relaciones personales, rendimiento académico
- Puede haber conductas de riesgo (abuso de sustancias, autolesiones, conflictos interpersonales)
- En adolescentes: conductas desafiantes, bajo rendimiento, irritabilidad marcada

4. Reacciones de Afrontamiento o Desajuste Persistente

Tiempo: Después del primer mes

- Si no se aplican estrategias de afrontamiento adecuadas, puede haber:
 - Cronificación del malestar
 - Aumento del aislamiento o deterioro funcional
 - Posible evolución a otros trastornos (depresión, ansiedad, trastorno por estrés agudo)

5. Resolución o Progresión

Tiempo: Hasta 6 meses después de que el estresor ha cesado

- **Si se resuelve adecuadamente:**
 - Los síntomas disminuyen y se retoma el funcionamiento habitual
 - La persona puede integrar el evento como experiencia de vida
- **Si no se resuelve:**
 - El cuadro puede transformarse en otro trastorno más severo
 - Puede requerir tratamiento psicológico o psiquiátrico formal

Intervención y Tratamiento (en cualquier fase)

- Psicoterapia breve centrada en el problema (Terapia Cognitivo-Conductual)
- Técnicas de manejo del estrés, regulación emocional, afrontamiento
- Apoyo psicoeducativo y social
- Fármacos solo si hay sintomatología intensa (ansiedad severa o insomnio)

6.1.10. Trastorno de Conducta

Signos y Síntomas

1. Comportamientos Desafiantes y Agresivos

- Desobediencia persistente a las reglas y normas (en el hogar, la escuela, o en situaciones sociales)
- Hostilidad y actitud desafiante hacia figuras de autoridad (padres, profesores, autoridades)
- Agresión física o verbal (golpear, patear, gritar, insultar)
- Amenazas de violencia hacia otros, animales o personas
- Destrucción de propiedades (romper objetos, pintar paredes, dañar pertenencias de otros)

2. Conductas de Manipulación y Engaño

- Mentir constantemente o dar explicaciones falsas para evitar consecuencias
- Manipulación de situaciones o personas para obtener lo que desean (sobornos, chantajes emocionales)



- Robo o hurto de objetos, dinero o pertenencias de otros
- Engaños repetidos para ocultar sus acciones o lograr sus objetivos

3. Impulsividad y Falta de Remordimiento

- Actuar sin pensar en las consecuencias (por ejemplo, tomar decisiones arriesgadas o peligrosas)
- Falta de remordimiento o empatía por el daño causado a otros, incluso si alguien está herido emocionalmente o físicamente
- Baja tolerancia a la frustración y respuestas desmedidas ante contratiempos menores

4. Violación de los Derechos de los Demás

- Comportamientos de intimidación o acoso a compañeros de clase, amigos o familiares
- Crueldad hacia animales (golpear, herir, matar animales sin motivo)
- Uso indebido de la fuerza para conseguir lo que desean (por ejemplo, robar mediante amenazas físicas)
- Comportamientos violentos premeditados (tienen un plan para dañar o controlar a otros)

5. Problemas Académicos y de Relaciones Sociales

- Bajo rendimiento escolar debido a la falta de interés, incumplimiento de tareas o falta de respeto por las normas académicas
- Dificultad para formar relaciones saludables con compañeros y adultos, debido a actitudes de desconfianza o agresividad
- Aislamiento social por conductas disruptivas, o rechazo de sus compañeros y amigos
- Conflictos frecuentes con compañeros, profesores, familiares o en actividades grupales.

6. Actitudes de Rebeldía o Desprecio por la Autoridad

- Rechazo de la autoridad (desobedecer reglas, burlarse de figuras de autoridad)
- Negarse a cooperar o seguir las instrucciones de los adultos



- Protestas constantes o actitudes despectivas hacia reglas y normas sociales

7. Comportamiento Antisocial Prolongado

- Patrón de comportamiento persistente que dura más de 6 meses y afecta diferentes áreas de la vida (casa, escuela, comunidad)
- Negarse a asumir responsabilidades personales, incluso cuando son consecuencias naturales de sus acciones

Importante:

- Los trastornos de conducta pueden evolucionar a trastornos más graves como el trastorno de personalidad antisocial en la adultez, especialmente si no se interviene adecuadamente.
- El tratamiento temprano incluye terapia conductual, terapia familiar y, en algunos casos, medicación para tratar impulsividad o ansiedad asociada.



6.1.11. Interacción cronológica de los trastornos de conducta

1. Etapa Inicial – Comportamientos Ocasionales (3-6 años)

- Conductas desafiantes **normales pero frecuentes**: rabietas, negativismo, oposición.
- Dificultad para seguir instrucciones o respetar límites.
- Posibles problemas de disciplina en casa o preescolar.
- Padres o cuidadores empiezan a notar que el niño es "más difícil" que otros.

2. Escalada del Comportamiento Oposicionista (6-9 años)

- Aumento en la **desobediencia intencional** y provocación hacia figuras de autoridad.
- Conductas desafiantes más frecuentes y duraderas.
- Peleas con compañeros, respuestas hostiles, burlas o sarcasmos excesivos.
- Comienza a haber **dificultades escolares** por mal comportamiento o bajo rendimiento.
- Posible diagnóstico de **trastorno negativista desafiante (TND)**.

Esta etapa es clave para una intervención educativa y familiar temprana.

3. Consolidación de Conductas Disruptivas (9-12 años)

- Conductas agresivas o destructivas más graves: romper objetos, robar, amenazar.
- Aumento de mentiras, manipulación o crueldad hacia animales u otros niños.
- Muestra **poca empatía o culpa** por sus actos.
- Se intensifican los conflictos familiares y escolares.
- Posible diagnóstico de **trastorno de conducta leve o moderado**.

Aquí el comportamiento empieza a tener consecuencias sociales y legales.

4. Conductas Antisociales Persistentes (13-18 años)

- Violación grave de normas sociales: vandalismo, robos, agresiones físicas.
- Desafío abierto a figuras de autoridad (profesores, padres, policías).
- Posible uso de sustancias, conductas sexuales de riesgo o delincuencia.
- Relaciones sociales conflictivas o con pares problemáticos.
- Diagnóstico de **trastorno de conducta grave**, y en algunos casos, comorbilidad con **TDAH, depresión o ansiedad**.

Alto riesgo de evolución a **trastorno de personalidad antisocial** en la adultez.

5. Etapa Adulta – Evolución o Resolución (18+ años)

- En algunos casos, mejora con intervención adecuada (terapia, entorno positivo, maduración neurológica).
- En otros, persisten patrones antisociales → **conductas delictivas, impulsividad, falta de responsabilidad**.
- Posible diagnóstico de **trastorno de personalidad antisocial** si continúa el patrón de conducta sin remordimiento.

La intervención oportuna durante la infancia y adolescencia puede revertir o mitigar el curso del trastorno.

6.1.12. Conflicto de pareja

Signos y síntomas

1. Comunicación Deficiente



- **Falta de comunicación abierta:** Los miembros de la pareja evitan hablar sobre sus sentimientos, deseos o preocupaciones.
- **Malentendidos frecuentes:** Las conversaciones tienden a llevar a discusiones, ya que no se comprende lo que el otro está tratando de expresar.
- **Falta de escucha activa:** Uno o ambos miembros de la pareja no prestan atención a lo que el otro está diciendo o se interrumpen constantemente.
- **Silencio emocional:** No se comparten emociones o experiencias, lo que genera una desconexión emocional.

2. Disminución de la Intimidad

- **Pérdida de conexión emocional:** La pareja ya no se siente cercana o conectada emocionalmente, y la relación se vuelve más distante.
- **Reducción en la actividad sexual:** Menor deseo o frecuencia de relaciones sexuales, lo que puede deberse a falta de interés o a conflictos no resueltos.
- **Falta de gestos de cariño:** Disminución de muestras de afecto como abrazos, besos, caricias o palabras de aprecio.

3. Conflictos Frecuentes

- **Peleas constantes:** La pareja discute con regularidad, a menudo por temas triviales o repetitivos, sin llegar a resoluciones.
- **Culpar al otro:** Durante las discusiones, se suelen hacer acusaciones, culpas o ataques personales, en lugar de abordar el problema en conjunto.
- **Evitar la resolución de conflictos:** Las discusiones se quedan sin resolver, y los problemas persisten sin solución, lo que aumenta la frustración.

4. Falta de Apoyo Mutuo

- **Ausencia de apoyo emocional:** Uno o ambos miembros de la pareja no se sienten respaldados emocionalmente en momentos de necesidad.
- **Desinterés por el bienestar del otro:** La falta de empatía y apoyo en momentos de estrés o dificultades personales puede llevar a que ambos se sientan ignorados.



- **Sentimiento de estar solos:** A pesar de estar juntos, uno o ambos miembros de la pareja sienten que no tienen a alguien con quien compartir sus preocupaciones o logros.

5. Desconfianza y Celos

- **Desconfianza constante:** La pareja no se siente segura el uno con el otro, lo que genera dudas y sospechas incluso sin motivos reales.
- **Celos excesivos:** Uno de los miembros puede sentirse inseguro o celoso por amistades, interacciones sociales o actividades fuera de la relación.
- **Inseguridad emocional:** Sentimientos recurrentes de que la pareja no es fiel o no está comprometida con la relación.



- **Desconexión de los Objetivos Comunes**
- **Diferentes expectativas de la relación:** Uno de los miembros de la pareja desea una cosa mientras que el otro desea algo diferente (por ejemplo, en cuanto a hijos, carrera profesional o estilo de vida).
- **Sentimientos de frustración y agotamiento:** La sensación de que los esfuerzos en la relación no van en la misma dirección o que se están sacrificando demasiado sin resultados.
- **Incompatibilidad a largo plazo:** Con el tiempo, las diferencias personales o los cambios en los intereses de cada miembro pueden generar un alejamiento gradual.
- **Falta de Compromiso**
- **Evitar tomar decisiones importantes:** Uno o ambos miembros evitan compromisos serios como matrimonio, convivencia o proyectos a largo plazo.
- **Sentimiento de estar "atrapado":** La relación se siente como una obligación más que una elección, y la falta de motivación para mejorar la relación es evidente.
- **Falta de esfuerzo para mejorar la relación:** No se buscan soluciones, terapia o métodos para resolver los conflictos, lo que hace que la relación se quede estancada.

- **Sentimientos de Resentimiento**

- **Rencor acumulado:** Problemas del pasado que no se han resuelto siguen siendo un tema constante de discusión, creando un ambiente tóxico.
- **Falta de perdón:** Uno o ambos miembros de la pareja no han logrado perdonar ofensas pasadas, lo que contribuye al resentimiento.

- **Abuso Emocional o Físico (en casos graves)**

- **Manipulación emocional:** Usar tácticas como la culpa, el miedo o la vergüenza para controlar al otro miembro de la pareja.
- **Abuso físico:** Cualquier forma de agresión física, desde empujones hasta golpes.
- **Aislamiento social:** Uno de los miembros puede intentar controlar o limitar las interacciones sociales del otro, aislándolo de amigos y familiares.

6.1.13. Interacción Cronológica

1. Fase de Enamoramamiento o Idealización

Tiempo estimado: Primeros meses

- Alta conexión emocional y física
- Idealización del otro (se minimizan defectos)
- Comunicación intensa y afectuosa
- Baja percepción de conflicto

Etapa positiva, pero con expectativas poco realistas a veces.

2. Fase de Ajuste o Confrontación de Diferencias

Tiempo estimado: 6 meses a 2 años

- Aparecen diferencias de personalidad, valores o hábitos
- Primeros conflictos por celos, dinero, tiempo, familia o espacio personal



- Desacuerdos sobre el futuro (hijos, convivencia, trabajo)
 - Aumenta la necesidad de negociar y establecer límites
- Etapa clave para el desarrollo de habilidades de comunicación y resolución de conflictos.

3. Fase de Acumulación de Conflictos No Resueltos

Tiempo estimado: 2 a 5 años (puede variar)

- Discusiones repetitivas sin resolución efectiva
 - Comunicación negativa: críticas, sarcasmo, indiferencia
 - Falta de intimidad emocional o sexual
 - Comienza el **distanciamiento emocional**
 - Se presentan síntomas como frustración, tristeza o aislamiento
- Riesgo de desgaste emocional si no se busca ayuda o solución.

4. Fase de Deterioro Relacional

Tiempo estimado: Variable, puede durar años

- Se intensifican los conflictos: gritos, reproches, indiferencia
 - Baja tolerancia a la frustración y resentimiento acumulado
 - Se rompe la confianza (por mentiras, celos, infidelidad)
 - Puede aparecer **violencia verbal o psicológica**
 - Comienzan pensamientos de separación o infelicidad constante
- Etapa de alto riesgo: deterioro profundo de la conexión y bienestar.

5. Fase de Ruptura o Crisis Final

Tiempo estimado: Dependiente de la decisión de la pareja

- Decisión de **separación, divorcio o ruptura** emocional aun viviendo juntos
- Dolor emocional, culpabilidad, frustración o sensación de fracaso
- Afectación en hijos (si los hay), familia extensa y entorno social
- En algunos casos, búsqueda de ayuda profesional tardía
- Puede haber sufrimiento significativo si no se gestiona adecuadamente.



6. Fase de Resolución o Reconstrucción

Dos posibles caminos:

1. Reconstrucción de la relación

- Se busca ayuda (terapia de pareja, cambios personales)
- Se reconstruyen acuerdos, comunicación y conexión
- Mejora progresiva del vínculo

2. Separación sana

- Aceptación del cierre
- Proceso de duelo emocional
- Reorganización personal y familiar

Ambos caminos pueden ser saludables si se transitan con conciencia y apoyo.

6.1.14. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Signos y Síntomas Específicos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

1. Inatención

Estas son las dificultades asociadas con la falta de concentración, distracción y desorganización:

- **Dificultad para mantener la atención** en tareas o actividades, tanto en el trabajo escolar o en el hogar como en actividades cotidianas.
- **No seguir instrucciones** o no completar tareas a pesar de que se comprenden las indicaciones.
- **Frecuencia en cometer errores por descuido** debido a la falta de atención a los detalles (por ejemplo, errores en las tareas escolares o laborales).
- **Pérdida frecuente de objetos** necesarios para las actividades (llaves, material escolar, teléfono móvil).
- **Fácilmente distraído** por estímulos externos o pensamientos ajenos a la tarea en mano.
- **Dificultad para organizar actividades** (como tareas, proyectos, o actividades cotidianas).
- **Olvidos frecuentes** en las actividades diarias (olvidar citas, compromisos, pagos, etc.).



- **Evitar o sentir aversión** por tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como tareas académicas o administrativas.

3. Hiperactividad

Esta categoría está relacionada con la actividad excesiva y la dificultad para mantenerse quieto:

- **Inquietud motora**, como moverse constantemente, dar golpecitos con los pies o las manos, o balancearse en el asiento.
- **Dificultad para permanecer sentado** en situaciones en las que se espera que lo haga (en clase, en reuniones, durante comidas).
- **Correr o treparse** en situaciones inapropiadas (en adultos, esto puede manifestarse como una sensación constante de tener que estar en movimiento).
- **Hablar excesivamente**, interrumpiendo a los demás o no permitiendo que otros terminen sus frases.
- **No poder relajarse** o participar en actividades tranquilas sin sentirse agitado o incómodo.
- **Tener una energía constante** que parece no agotarse, incluso en situaciones en las que es necesario estar calmado.

4. Impulsividad

Los síntomas impulsivos se refieren a comportamientos que ocurren sin pensar, lo que puede generar consecuencias negativas:

- **Interrumpir a otros** durante conversaciones, juegos o actividades (hablar sin esperar su turno).
- **Dificultad para esperar en línea o en turnos**, mostrando impaciencia o interrupciones frecuentes.
- **Tomar decisiones apresuradas** sin considerar las consecuencias a largo plazo (por ejemplo, gastar dinero sin pensar, iniciar proyectos sin planificación).
- **Reacciones emocionales exageradas** ante frustraciones menores (como enojo o llanto descontrolado).
- **Desafiar reglas o normas** de manera impulsiva, sin tomar en cuenta las consecuencias.



- **Comportamientos arriesgados o peligrosos** sin anticipar los riesgos o consecuencias.

Otros Signos Asociados

Además de los síntomas principales, el TDAH puede presentar otras características:

- **Bajo rendimiento académico:** dificultades para completar tareas a tiempo, bajo rendimiento en exámenes o en el trabajo escolar/laboral debido a la inatención o la impulsividad.
- **Dificultades en las relaciones interpersonales:** los niños o adultos con TDAH pueden tener problemas para mantener relaciones sociales, debido a su impulsividad o hiperactividad.
- **Baja autoestima:** las personas con TDAH a menudo se sienten incapaces o inadecuadas debido a las críticas constantes o el fracaso en cumplir con las expectativas.
- **Comorbilidad:** el TDAH puede ir acompañado de otros trastornos, como **trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo** (como depresión), **trastornos de conducta o trastornos de aprendizaje.**



6.1.15. Interacción cronológica

1. Etapa Preescolar (3 a 5 años)

Primeras señales

- Alta inquietud motora: no para quieto, corre o salta constantemente.
 - Cambios bruscos de actividad, dificultad para seguir instrucciones.
 - Baja tolerancia a la espera o frustración.
 - Problemas para mantener la atención en juegos o actividades estructuradas.
- Los síntomas pueden confundirse con comportamiento infantil normal, pero se intensifican con el tiempo.

2. Edad Escolar Inicial (6 a 9 años)

Síntomas más evidentes

- Inatención en clase, distracción frecuente.

- Dificultad para completar tareas, seguir instrucciones o organizar deberes.
- Interrupciones constantes en clase o al hablar.
- Problemas de comportamiento y bajo rendimiento escolar.
- Comienza el rechazo social por conductas impulsivas o invasivas.

Posible diagnóstico formal de TDAH. Recomendación de evaluación psicopedagógica.

3. Preadolescencia (10 a 12 años)

Aumenta el impacto social y académico

- Mayor frustración por las dificultades en la escuela.
 - Aumento de conflictos con compañeros, padres y docentes.
 - Baja autoestima por críticas constantes o comparación con otros.
 - Persisten los síntomas de inatención y se acentúan los de impulsividad.
- Es crucial la intervención psicopedagógica y familiar. Puede iniciarse tratamiento farmacológico si se indica.



4. Adolescencia (13 a 17 años)

Alta interferencia en el funcionamiento diario

- Dificultad para planificar, priorizar y cumplir metas escolares o personales.
- Mayor riesgo de abandono escolar o conductas de riesgo (consumo, accidentes).
- Cambios de humor, posible aparición de ansiedad o depresión (comorbilidades).
- Relaciones interpersonales conflictivas o inestables.

Intervención integral: psicoterapia, psicoeducación, ajuste de medicación y soporte escolar.

5. Adultez Temprana (18 a 25 años)

Síntomas evolucionan, pero no desaparecen

- Persistencia de la inatención: olvidos, dificultad para mantener el enfoque, desorganización.
- Menor hiperactividad física, pero se manifiesta como inquietud interna.
- Problemas en la universidad o primeros empleos: bajo rendimiento, falta de estructura.
- Posibles relaciones de pareja inestables por impulsividad o dificultades emocionales.

Terapia cognitivo-conductual adaptada, estrategias de organización personal y posible medicación.

6. Adultez (25 años en adelante)

Síntomas pueden persistir o mejorar con estrategias adquiridas

- Inatención e impulsividad son los síntomas más comunes en esta etapa.
- Dificultades en gestión del tiempo, administración del dinero, relaciones laborales.
- Riesgo de frustración crónica, ansiedad o burnout.
- Algunos adultos desarrollan mecanismos compensatorios con apoyo profesional.

Terapia continua, coaching cognitivo, manejo del estrés y adaptación laboral ayudan a mejorar la calidad de vida.



6.1.16. Trastorno de Personalidad

Los trastornos de la personalidad son un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura.

La quinta versión del DSM, diferencia entre diez trastornos de la personalidad específicos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, trastorno límite de la personalidad, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.

6.1.16.1. Interacción cronológica

1. Infancia (0–11 años)

Etapas de desarrollo emocional y social

- Personalidad en formación: temperamento (tímido, impulsivo, retraído, agresivo).
- Dificultades tempranas en la regulación emocional o comportamiento.
- Relaciones conflictivas con adultos o pares (apego inseguro).
- Ambientes familiares disfuncionales o traumáticos (negligencia, abuso, abandono).

No se diagnostica todavía, pero pueden aparecer factores de riesgo claros.

2. Adolescencia Temprana (12–15 años)

Aparición de rasgos de personalidad extremos o inflexibles

- Cambios emocionales intensos y prolongados (ira, tristeza, vacío).
- Problemas de identidad, baja autoestima o confusión sobre el yo.
- Impulsividad, conductas de riesgo o manipulación emocional.
- Relaciones inestables o dependientes.

En esta etapa pueden observarse signos precoces de trastornos como el Trastorno Límite, Antisocial o Narcisista.

3. Adolescencia Tardía (16–18 años)

Consolidación de patrones disfuncionales

- Reacciones emocionales desproporcionadas.
 - Relaciones interpersonales caóticas, con idealización y devaluación.
 - Comportamientos autodestructivos (autolesiones, consumo, aislamiento).
 - Dificultades marcadas en el funcionamiento académico o social.
 - Inicio de tratamientos psicológicos por síntomas de ansiedad, depresión o crisis.
- Puede considerarse el diagnóstico de "trastorno de personalidad incipiente".

4. Adultez Temprana (19–25 años)

Confirmación diagnóstica

- Persistencia de patrones de pensamiento, emoción y conducta rígidos y desadaptativos.
- Dificultades laborales, académicas y de pareja.
- Baja tolerancia a la frustración, ira intensa o paranoia interpersonal.
- Comorbilidad frecuente: ansiedad, depresión, abuso de sustancias.

Diagnóstico formal de Trastorno de Personalidad (según DSM-5 o CIE-11).

5. Adultez Media (26–45 años)

Evolución estable o deterioro funcional

- Las características de personalidad se intensifican o se cronifican.
- Problemas recurrentes en el trabajo, la crianza, la pareja o la vida social.
- Posible aislamiento social o dependencia emocional.



- Algunos pacientes logran mejorar con intervención terapéutica sostenida.
Terapia dialéctico-conductual, cognitivo-conductual o psicodinámica, según el tipo.

6. Adultez Tardía (45+ años)

Cambio de curso (mejoría o endurecimiento de rasgos)

- En algunos casos hay **reducción de impulsividad** y mayor autocontrol con la edad.
- En otros, los rasgos se **rigidizan** y provocan aislamiento o deterioro social.
- Mayor riesgo de depresión, enfermedades crónicas y dependencia emocional.

Se requiere un enfoque multidisciplinario: psicoterapia, apoyo familiar y médico.



6.1.16.2. Discapacidad Intelectual (Retardo Mental)

Inteligencia y capacidades para desenvolverse por debajo del nivel promedio que se manifiestan antes de los dieciocho años.

La función intelectual puede medirse con una prueba.

El síntoma principal es la dificultad para pensar y comprender. Las destrezas para desenvolverse en la vida que se pueden ver afectadas incluyen determinadas habilidades prácticas, sociales y conceptuales.

La educación especial y la terapia conductual pueden ayudar a que una persona viva su vida al máximo.

Los grados de retraso mental se definirán de la siguiente manera: leve (CI entre 50-55 y 70), moderado (CI entre 35-40 y 50-55), grave: (CI entre 20-25 y 35-40) y, por último, profundo (CI inferior a 20-25).

6.6.17. Interacción cronológica

1. Etapa Prenatal (Antes del nacimiento)

Factores de riesgo que pueden causar la discapacidad

- Infecciones congénitas (rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus).
- Exposición a sustancias tóxicas (alcohol, drogas, medicamentos, plomo).
- Malformaciones genéticas o alteraciones cromosómicas (Síndrome de Down, X Frágil).

- Desnutrición materna, problemas tiroideos o traumas prenatales.
- Prevención primaria: control prenatal, genética, educación en salud materna.

2. Etapa Perinatal (Durante el parto)

Condiciones críticas durante el nacimiento

- Asfixia perinatal o falta de oxígeno al nacer (hipoxia).
- Partos prematuros o muy prolongados.
- Lesiones neurológicas por traumas durante el parto.
- Ictericia grave no tratada.

Estas situaciones pueden afectar el desarrollo cerebral y provocar discapacidad intelectual.

3. Infancia Temprana (0–3 años)

Signos tempranos de alerta

- Retraso en el desarrollo motor (sentarse, gatear, caminar).
- Retraso en el lenguaje (no balbucea, no dice palabras esperadas).
- Dificultad para responder a estímulos, aprender rutinas o seguir instrucciones simples.
- Bajo nivel de exploración, juego simbólico limitado.

Se puede iniciar la evaluación del desarrollo con pediatra o neurólogo infantil.

4. Edad Preescolar (3–5 años)

Retraso cognitivo más evidente

- Dificultades en el aprendizaje básico (formas, colores, números).
- Problemas para socializar con otros niños.
- Requiere apoyo constante para actividades de la vida diaria.
- Aparición de comportamientos repetitivos o poco adaptativos.

Diagnóstico temprano posible con pruebas estandarizadas (WISC, WPPSI, Bayley).

5. Edad Escolar (6–12 años)

Confirmación diagnóstica y adaptación educativa

- Dificultades significativas en la lectura, escritura y matemáticas.
- Necesita educación especial o apoyos individuales.



- Problemas para seguir reglas sociales, comprender instrucciones complejas.
- Avanza en habilidades adaptativas, pero a un ritmo más lento que sus compañeros.

Plan Educativo Individualizado (PEI), terapias (fonoaudiología, psicomotricidad, terapia ocupacional).

6. Adolescencia (13–17 años)

Desarrollo limitado de autonomía y relaciones

- Mayor conciencia de sus limitaciones, lo que puede generar frustración o baja autoestima.
 - Dificultades para adaptarse socialmente (puede ser blanco de bullying).
 - Aumento del riesgo de ansiedad o depresión si no recibe apoyo adecuado.
 - Comienza entrenamiento para la vida independiente (según nivel de afectación).
- Intervenciones en habilidades sociales, ocupacionales y emocionales.

7. Adultez Temprana y Media (18–40 años)

Transición a la vida adulta con apoyos específicos

- Algunos logran empleos protegidos o tareas simples con supervisión.
 - Continúa la necesidad de apoyo en decisiones personales, manejo del dinero, salud.
 - Riesgo de aislamiento social o dependencia excesiva de la familia.
- Programas de inclusión laboral, viviendas asistidas y apoyo comunitario.

8. Adultez Tardía (40+ años)

Envejecimiento prematuro y vulnerabilidad médica

- Mayor riesgo de enfermedades crónicas y deterioro cognitivo temprano.
 - En personas con Síndrome de Down, riesgo aumentado de Alzheimer.
 - Necesidad continua de atención médica y psicosocial.
 - En algunos casos, pierden cuidadores principales (padres), lo que genera crisis.
- Importante planificar redes de apoyo y cuidado a largo plazo.



VII. Diagnósticos

7.1. Criterios de Diagnóstico

Conjunto de normas que designan las propiedades sobre cuya base una persona puede conceptuarse o categorizarse como psicopatológica.

La Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® o la CIE 10 los cuales condensan la información diagnóstica actualizada esencial de estos manuales para ofrecer a los clínicos un recurso inestimable para diagnosticar con eficacia los trastornos mentales, desde el de mayor prevalencia al menos frecuente.

En la atención psicológica, los criterios diagnósticos son guías clínicas utilizadas para identificar y clasificar los trastornos mentales o emocionales que afectan al paciente. Estos criterios se basan principalmente en manuales como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

Para establecer un diagnóstico, el psicólogo evalúa:

Duración y frecuencia de los síntomas

Intensidad del malestar psicológico

Impacto en la vida diaria, social, académica o laboral

Historia clínica, antecedentes familiares y contexto psicosocial

El objetivo no es etiquetar al paciente, sino comprender su experiencia para planificar una intervención adecuada, favorecer su bienestar y orientar el tratamiento psicológico de manera personalizada.



7.1.1. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial, es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, entidad nosológica o síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenta un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

Proceso por el cual hacemos la distinción entre la enfermedad del paciente y otras similares con las cuales se puede confundir.

El **diagnóstico diferencial** es un proceso clínico clave en la atención psicológica que permite **distinguir entre trastornos con síntomas similares**, con el fin de llegar al diagnóstico más preciso. Se basa en la evaluación detallada del comportamiento, emociones, historia de vida, contexto social y respuestas del paciente.

Por ejemplo, síntomas como la falta de concentración pueden presentarse tanto en el **TDH** como en la **ansiedad** o la **depresión**, por lo que es esencial identificar la causa real.

Este proceso evita errores diagnósticos y permite al profesional diseñar un **plan de intervención específico y eficaz**, adaptado a las verdaderas necesidades del paciente.

7.2. EXAMENES PRINCIPALES

7.2.1. De patología clínica

Test psicológicos

Los test psicológicos son instrumentos estandarizados utilizados para medir de forma rápida una o más características que forman parte de la psique humana.

Los test psicológicos se utilizan para evaluar una o más de una de las diferentes áreas que forman parte de la psique de la persona. Se basan en la conducta observable y en la expresión de la subjetividad



del individuo siendo necesario un análisis posterior para poder extraer información con significado clínico.

Los test psicológicos son instrumentos estandarizados utilizados para medir de forma rápida una o más características que forman parte de la psique humana como personalidad, inteligencia, atención.

7.2.2. De exámenes especializados complementarios

Test Neuropsicológicos

Las pruebas neuropsicológicas son tareas diseñadas específicamente que se utilizan para medir una función psicológica que se sabe que está vinculada a una estructura o vía cerebral particular. Las pruebas se utilizan para la investigación de la función cerebral y en un entorno clínico para el diagnóstico de déficits.

Suele hacerse para evaluar el cerebro y el comportamiento tras una lesión o como resultado de una enfermedad del sistema nervioso central.

La evaluación neuropsicológica es un proceso cuyo objetivo es evaluar el estado cognitivo y afectivo-conductual de una persona. Con ese fin, existen diferentes tests neuropsicológicos para evaluar el deterioro cognitivo en personas.

Los **test neuropsicológicos** son herramientas fundamentales en la evaluación psicológica, ya que permiten **medir con precisión funciones cognitivas** como la atención, memoria, lenguaje, percepción, razonamiento y control ejecutivo.

Su uso es clave para **detectar alteraciones neurológicas, cognitivas o emocionales**, identificar trastornos como el TDAH, deterioro cognitivo, dislexia, daño cerebral, entre otros, y diferenciar entre causas orgánicas y psicológicas.



Además, los resultados orientan el **diagnóstico clínico, el diseño de intervenciones personalizadas** y el seguimiento de la evolución del paciente, brindando una base objetiva para mejorar la calidad del tratamiento.

7.3. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

7.3.1. Medidas generales y preventivas

Detección temprana: Aplicación de tamizajes psicológicos en pacientes con enfermedades crónicas, quirúrgicos o en servicios de urgencias.

Promoción de la salud mental: Charlas educativas, psicoeducación al personal y pacientes.

Apoyo familiar: Involucrar a la familia como red de soporte.

Ambiente terapéutico hospitalario: Favorecer espacios de escucha activa, contención emocional y privacidad.

Capacitación al personal en primeros auxilios psicológicos.

Estas actividades están enfocadas como se mencionan a continuación:

Universal: Dirigida al público general o a población no identificada con un riesgo. En este caso, la intervención es deseable para todos.

7.3.2. Terapéutica

Nivel Básico (Psicología general):

- Contención emocional, entrevista clínica, orientación breve.



- Intervención en crisis.
- Técnicas cognitivo-conductuales de corto plazo.
- Psicoeducación individual y familiar.

Nivel Intermedio (Servicios especializados):

- Evaluación psicológica profunda (test neuropsicológicos, emocionales).
- Terapias estructuradas (CBT, DBT, mindfulness, relajación).
- Coordinación con psiquiatría para manejo farmacológico combinado.

Nivel Avanzado (Alta complejidad):

- Casos de comorbilidad psiquiátrica severa (psicosis, intentos suicidas).
- Trastornos de personalidad graves.
- Intervención multidisciplinaria con neurología, psiquiatría, trabajo social.
- Internamiento psiquiátrico (si se cuenta con unidad).

7.3.3. Efectos Adversos y Colaterales del Tratamiento

- **Psicoterapia:** Posible reactivación emocional, resistencia al cambio, abandono prematuro.
- **Farmacoterapia (con psiquiatría):** Sedación, aumento de peso, disfunción sexual, dependencia o síndrome de discontinuación.
- **Hospitalización psiquiátrica (si aplica):** Estigmatización, efectos sociales secundarios.

7.3.4. Signos de Alarma

- Ideación suicida activa o intento reciente.
- Conducta violenta o autolesiva.
- Delirios, alucinaciones o desconexión con la realidad.
- Abandono de la alimentación o autocuidado extremo.



- Descompensación emocional grave sin respuesta a la intervención inicial.

7.3.5. Criterios de Alta

- Estabilización emocional sostenida.
- Mejoría funcional significativa (autonomía, relaciones, adaptación hospitalaria).
- Cumplimiento del plan terapéutico.
- Derivación a atención ambulatoria (psicología externa o centro comunitario).
- Ausencia de riesgo inminente para sí o para otros.

7.3.6. Pronostico

- **Bueno:** en casos de trastornos adaptativos, ansiedad leve, depresión reactiva con apoyo.
- **Reservado:** trastornos graves de personalidad, pacientes con comorbilidad médica o pobre red de apoyo.
- **Dependiente:** del compromiso terapéutico, el entorno y el seguimiento posthospitalario.

7.4. Complicaciones

Los principales obstáculos y complicaciones señalados son la dificultad para manejar las emociones, así como las situaciones en las que el propio psicólogo está pasando por un proceso similar, o lo tiene todavía muy reciente.

Cuando una persona acude a terapia y siente que no le funciona tenemos dos problemas: la persona que acude (paciente) continuará con sus problemas y éstos se irán cronificando, pero además perderá un poco la confianza en la Terapia o en los tratamientos psicológicos. Por todo ello están:

- Riesgo suicida no detectado.



- Recaída emocional durante la hospitalización.
- Negación o resistencia al tratamiento.
- Reacciones adversas a psicofármacos.
- Aislamiento, deserción del tratamiento o abandono familiar.

7.5. Criterios de referencia y contrarreferencia

La Terapia psicológica otorga prioridad al criterio de eficacia. Si un psicólogo no conoce las técnicas eficaces para ayudar a un paciente, será necesario que lo derive a un profesional idóneo que pueda implementar las mismas. No es ético por desconocimiento o arbitrariedad personal, privar a los pacientes de su curación.

Estos son los criterios de referencia y contrarreferencia:

Referencia a Psiquiatría o Unidad Especializada:

- Necesidad de tratamiento psicofarmacológico urgente.
- Psicosis, trastorno bipolar, riesgo suicida grave.
- Pacientes con trastorno mental grave que requieren seguimiento intensivo.

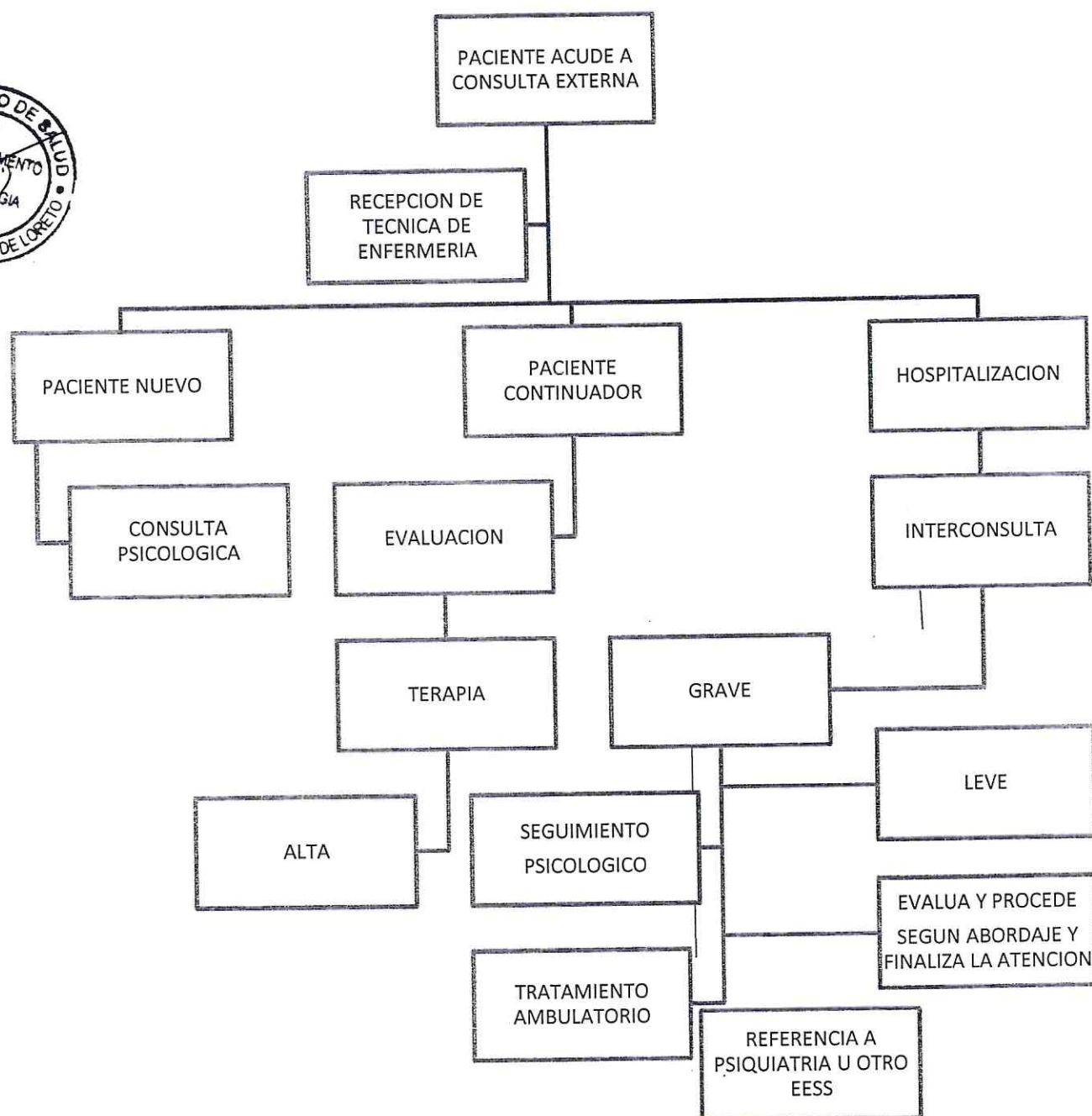
Contrarreferencia:

- Estabilización clínica que permite seguimiento en consulta externa.
- Derivación a psicoterapia comunitaria, centro de salud mental o trabajo social.



7.6. Flujograma

FLUJOGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO



VIII. ANEXO

N°	SERVICIOS	REQUISITOS	PRECIOS		
			TARIFA -A	TARIFA -B	TARIFA -C
	PROCEDIMIENTOS				
992010	CONSULTA PSICOLOGICA	Recibo de pago	S/ 15.00	S / 30.00	S/ 20.00
96106	EVALUACION PSICOLOGICA GENERAL	Recibo de pago	S/30.00	S/ 80.00	S/ 50.00
90849	PSICOTERAPIA DE GRUPO MULTIFAMILIAR	Recibo de pago	S/ 25.00	S/ 80.00	S/ 40.00
90847	PSICOTERAPIA DE FAMILIA (POR SESION)	Recibo de pago	S/ 20.00	S/ 80.00	S/ 40.00
90857	PSICOTERAPIA DE PAREJA (POR SESION)	Recibo de pago	S/ 25.00	S/ 50.00	S/ 35.00
90853	PSICOTERAPIA DE GRUPO (POR PERSONA)	Recibo de pago	S/ 20.00	S/ 50.00	S/ 30.00
90810	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (POR SESION)	Recibo de pago	S/ 20.00	S/ 50.00	S/ 30.00
90811	TALLER PSICOTERAPEUTICO (POR PEERSONA)	Recibo de pago	S/ 20.00	S/ 80.00	S/ 40.00
	PERICIA PSICOLOGICA	Recibo de pago	S/100.00	S/ 100.00	S/100.00
	INFORME PSICOLOGICO	Recibo de pago	S/100.00	S/100.00	S/100.00
	CERTIFICADO PSICOLOGICO	Recibo de pago	S/100.00	S/100.00	S/100.00



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces. Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson.

Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. INFOCOP, 17, 25-30

Velázquez, T., Rivera, M. & Custodio, E. (2015). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la psicología comunitaria: Un modelo teórico y práctico. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 5(2), 307-334.

