



# PSICODIAGNÓSTICO

**Cómo elaborar el informe psicológico clínico**

Lorena Cañizares Jarrín • Isabel Flores Sisalima •  
Pedro Muñoz Arteaga • Vanessa Quito Calle

Universidad Politécnica Salesiana



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA)

El psicodiagnóstico clínico es mucho más que la simple identificación de un trastorno: es un viaje profundo hacia la comprensión del mundo interno del paciente. A través de la entrevista, el psicólogo clínico teje una narrativa que da sentido a los síntomas, conductas y emociones que afectan la vida del consultante. Este libro explora cómo se construye esta mirada clínica desde el primer encuentro hasta la elaboración del informe psicológico que responda al proceso terapéutico concebido.

Esta obra ofrece una guía para estudiantes, profesionales y toda persona interesada en el arte y la ciencia de comprender al otro, con un enfoque claro y accesible.

Descubre cómo el diagnóstico clínico va más allá de una etiqueta para convertirse en una herramienta que humaniza, orienta y transforma vidas.



ISBN: 978-9942-699-40-4



9 789942 699404





# **PSICODIAGNÓSTICO**

---

Cómo elaborar el informe psicológico clínico



*Lorena Cañizares Jarrín, Isabel Flores Sisalima,  
Pedro Muñoz Arteaga, Vanessa Quito Calle*

## **PSICODIAGNÓSTICO**

---

Cómo elaborar el informe  
psicológico clínico



2025

## PSICODIAGNÓSTICO

### Cómo elaborar el informe psicológico clínico

© Lorena Cañizares Jarrín, Isabel Flores Sisalima, Pedro Muñoz Arteaga,  
Vanessa Quito Calle

1ra edición: © Universidad Politécnica Salesiana  
Av. Turuhuayco 3-69 y Calle Vieja  
Cuenca-Ecuador  
P.B.X. (+593 7) 2050000  
e-mail: publicaciones@ups.edu.ec  
www.ups.edu.ec

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada  
(GINCA)

ISBN impreso: 978-9942-699-40-4

ISBN digital: 978-9942-699-41-1

DOI: <https://doi.org/10.17163/abyaups.117>

Imagen de portada: Shutter

Tiraje: 300 ejemplares

Diseño, diagramación  
e impresión: Ediciones Abya-Yala  
Quito-Ecuador

Impreso en Quito-Ecuador, abril de 2025

Publicación arbitrada de la Universidad Politécnica Salesiana

El contenido de este libro es de exclusiva responsabilidad de los autores y las autoras.



Prólogo .....	9
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>La evaluación psicológica</b>	
<i>Isabel Catalina Flores Sisalima</i> .....	11
Modelos para la valoración psicológica .....	11
Métodos y técnicas .....	13
<i>La entrevista</i> .....	13
<i>Aspectos básicos de la entrevista</i> .....	19
<i>Tipos de entrevistas</i> .....	24
Referencias bibliográficas .....	30
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>Psicodiagnóstico infanto-juvenil</b>	
<i>María Lorena Cañizares Jarrín</i> .....	31
Etapas y derivaciones .....	31
Pasos y consideraciones que debemos tener en el proceso psicodiagnóstico del niño y adolescente .....	34
<i>Contacto inicial (pedido de la cita)</i> .....	34
Establecimiento del rapport (primera entrevista) .....	36
<i>Encuadre terapéutico (contrato)</i> .....	39
<i>Entrevista inicial (historia clínica)</i> .....	42
<i>Historia clínica</i> .....	42
<i>Planteamiento de hipótesis</i> .....	44
<i>Elaboración de resultados, entrega de informe</i> .....	46
Resumen de este apartado .....	48
<i>Definición, comprensión, funcionamiento y relación     entre el psicodiagnóstico clínico infanto-juvenil y el tratamiento ...</i>	48

VARIABLES CONTEXTUALES DEL GRUPO ETARIO .....	52
Perspectivas de evaluación en psicodiagnóstico clínico infanto-juvenil....	59
Hora de juego diagnóstica, recurso de evaluación en el proceso psicodiagnóstico.....	64
Referencias bibliográficas.....	68
 <b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>Psicodiagnóstico clínico de la vida adulta y senectud</b>	
<i>Pedro Andrés Muñoz Arteaga</i> .....	71
Introducción.....	71
Exploración de las etapas de desarrollo e implicaciones en el proceso de diagnóstico.....	78
<i>Adultez: explorando el funcionamiento psicológico</i> .....	80
<i>Senectud: explorando las derivaciones clínicas</i> .....	85
<i>Senectud: explorando el funcionamiento psicológico</i> .....	88
<i>Análisis de cómo el psicodiagnóstico de la vida adulta     y senectud influye en la comprensión del funcionamiento psicológico..</i>	92
Consideraciones contextuales y personalización de la evaluación.....	97
Discusión sobre diferentes enfoques y herramientas de evaluación utilizadas en el psicodiagnóstico de adultos y personas mayores .....	100
<i>Entrevistas clínicas estructuradas</i> .....	101
<i>Evaluación clínica integral: precisión técnica y sensibilidad humana..</i>	106
<i>Evaluación cognitiva: herramientas clínicas para explorar     el funcionamiento mental</i> .....	110
<i>Evaluación de la personalidad: una puerta para entender     más allá de los síntomas</i> .....	112
<i>Evaluación de la personalidad: claves para mirar más allá     del síntoma</i> .....	114
Conclusiones: el psicodiagnóstico como puente entre lo técnico y lo humano .....	124
Referencias bibliográficas.....	125

**CAPÍTULO 4****El informe psicológico clínico**

<i>Vanessa Quito-Calle</i> .....	127
¿Cómo elaborar y a qué se refiere el informe psicológico? .....	127
Tipos de informe psicológico .....	131
<i>Tipos de informe psicológico (a partir del medio de difusión)</i> .....	132
<i>Tipos de informe psicológico según el objetivo planteado y la intención de la evaluación</i> .....	133
<i>Tipos de informe psicológico según el lugar o contexto de su aplicación</i> .....	133
Pasos para elaborar un informe psicológico clínico.....	136
Cómo redactar el informe psicológico.....	164
Modelos de informes psicológicos clínicos .....	166
<i>Informe psicológico clínico para niños (as) y adolescentes NNA</i> ....	166
<i>Etapas del crecimiento y desarrollo humano</i> .....	167
<i>Estado mental del niño, niña, adolescente</i> .....	177
<i>Informe psicológico clínico para adultos</i> .....	186
<i>Estado mental del adulto</i> .....	188
Referencias bibliográficas .....	204



## Prólogo

---

El arte de entrevistar es una preparación constante para quien se atreva a hacerlo. Establecer el vínculo de confianza entre paciente y psicólogo es todo un reto, porque la capacidad de abordaje y la escucha activa se convierte en la principal arma para profundizar la problemática que conduce a una persona hasta la consulta. El presente libro cuenta con el bagaje de conocimientos de cuatro autores que, como conocedores de la entrevista, evaluación y diagnóstico clínico, recurren a sus propios desafíos para mostrarnos maneras de llevar a cabo los procesos para un adecuado psicodiagnóstico.

El psicodiagnóstico demanda aptitud, habilidad de análisis e integración de ideas a partir de la valoración clínica con base a las técnicas aplicadas para la recopilación de datos relevantes. Así también, es menester incorporar todas las ideas fundamentadas en un documento, que llamamos diagnóstico, que explica el problema principal del paciente. Incorporar en un informe todo lo expuesto por el individuo es otra característica relevante y de preparación constante por parte de quien decide elaborarlo.

Es por ello que la distribución del presente libro nos ofrece los lineamientos para la elaboración del informe psicológico. El capítulo 1 explica, de manera general, los métodos, técnicas y tipologías de la entrevista psicológica. El capítulo 2 expone cada paso, las consideraciones y rutas que debemos de tener en el proceso diagnóstico de menores. El

capítulo 3 explora los períodos de desarrollo y sus implicaciones en el proceso de diagnóstico, específicamente en la adultez y senectud. Finalmente, el capítulo 4 revela lo que es el informe psicológico y los pasos que se deben de seguir para elaborar.

*Psic. Clin. Vanessa Quito Calle, Ph.D.*  
Docente de Psicología Clínica  
Universidad Politécnica Salesiana-Sede Cuenca

## La evaluación psicológica

---

Isabel Catalina Flores Sisalima  
Universidad Politécnica Salesiana  
iflores@ups.edu.ec  
<https://orcid.org/0000-0003-0276-3063>

### Modelos para la valoración psicológica

Durante el proceso de evaluación, los evaluadores aplican una teoría psicológica que delinearé el proceso, tipo de hipótesis y las técnicas e instrumentos a aplicar. El análisis de la información pasa por el filtro de los modelos teóricos que incorporados sea de corte conductual, cognitivo, médico, dinámico, de atributo o construccionista (Fernández Ballesteros, 2013). El modelo significa el marco de postulados de la tarea científica que implica conceptos y métodos de recolección e interpretación de los datos. Identificar qué elementos de la personalidad y desde qué enfoque se evaluará, requiere de una tarea de análisis y comprensión del causante conductual; algunos autores han determinado dos factores de influencia, los elementos endógenos o internos y exógenos o externos. Fernández Ballesteros (2013) expresa que, en esta polarización, lo endógeno incluiría: la *conducta* (C), la *respuesta* (R), además del *organismo* (O) o *persona* (P). (*Ibid.*). De otra parte, las variables ambientales comprenden el mundo social y físico y el acercamiento a la conducta humana es externo. El hecho de que los modeladores se ubiquen en los polos del componente interno-externo, genera un nivel de inferencia diferente de acuerdo con el modelo utilizado (*Ibid.*).

Fernández Ballesteros (2013), propone seis modelos. El de rasgos internos (atributo) establece que la conducta se define a través de elementos personales, denominadas también intrapsíquicas o genotípicas. Tales características se evalúan a través de manifestaciones externas, conductas y/o comportamientos; por ejemplo, la conducta con excesivo movimiento puede ser explicado desde algún déficit a nivel de funciones ejecutivas. El modelo psicoanalítico (dinámico) explica la personalidad del sujeto desde construcciones y dinamismos internos inconscientes, siendo las conductas y comportamientos resultado del estado interno del individuo (inconsciente).

El enfoque médico explica la conducta ubicando al sujeto como entidad nosológica, compatible con un trastorno conductual, en el que debe evidenciar disfunciones condicionados por la parte biológica, neuroquímica, a su vez relacionados con factores intrapsíquicos. No obstante, muchos trastornos psiquiátricos son multicausales y analizarlos desde una sola perspectiva, en este caso, sería una evaluación parcializada e incompleta. El modelo conductual se caracteriza por ser un modelo interactivo, tanto las variables personales como del contexto interactúan recíprocamente (Fernández Ballesteros, 2013).

El enfoque cognitivo explica que la conducta se conforma de componentes y subprocesos mentales de índole interna. El componente cognoscitivo del individuo se caracteriza por su representación y manera de percibir, procesar esas percepciones y vivencias que se externalizarán mediante comportamientos. El construccionismo, basado en la ontología, cuestiona el acceso total a la realidad y resalta el papel del individuo en la interpretación y significado de las vivencias. El individuo al interactuar con el entorno, la percibe desde su propio significado; por tanto, los otros y los objetos serán percepciones de sí mismo (Fernández Ballesteros, 2013).

## Métodos y técnicas

### *La entrevista*

La entrevista psicológica es fundamental para evaluar los campos de salud y apoyo; permite recolectar información del estado psicológico del individuo, sus antecedentes y obtener información sobre la sintomatología, historia de vida, relaciones interpersonales, familiares y laborales. se caracteriza por ser un proceso sistemático y estructurado en el que, según Jofre (2019), están implicados elementos como la comunicación, interacción y el establecimiento de un objetivo determinado. Fàbregues Feijóo (*et al.*, 2016) explica que la característica esencial de la entrevista reside en la flexibilidad, que implica que una dinámica configurada según las características del entrevistado.

#### *Las características de la entrevista*

Según Fàbregues Feijóo (*et al.*, 2016), la entrevista es una interacción verbal dinámica que persigue el objetivo de recabar información, comprender ideas y situaciones del individuo. El dinamismo e interacción permite que el encuentro se base en la realización de preguntas abiertas para que el entrevistado genere su propia respuesta según el estado emocional en el que se encuentre. Una bondad de la entrevista es que permite la clarificación mediante otras preguntas y exploración de la información.

La tipología y profundidad de la entrevista está mediada; por un lado, por las características y personalidad del entrevistado: género, edad, nivel de formación, nivel socioeconómico, nivel de comprensión lingüística entre otros aspectos; así como por el del evaluador su experiencia y fin de la entrevista. Deus y Deví (2019) y Vargas y Bravo (2023), expresan que en la entrevista estructurada el entrevistador elabora y organiza previamente una especie de cuestionario que planteará al entrevistado y al que se ajustará durante la entrevista. Las preguntas son cerradas, de forma que se planifica todo lo que se abordará. Este formato facilita el estudio de la información obtenida, su aplicación no requiere de entrevistadores

experimentados, debido a que existe una guía de preguntas preestablecido. El público al que se recomienda este tipo de entrevista es a adultos.

Para Espinoza Ortiz (2015) en la entrevista semiestructurada o semitipificada, se planifican previamente las variables y preguntas que van a ser aplicadas, pero se pueden modificar aspectos si el evaluador necesita clarificar, ampliar, profundizar o generar algún cambio en la estructura de la entrevista. En este formato las interrogantes generalmente son abiertas, lo que genera flexibilidad y profundidad de contenido. Favorece el intercambio de información, permite cierta libertad para desarrollar aspectos ad hoc durante la entrevista.

Las entrevistas no estructuradas o no directivas son más flexibles, pero requieren de experticia por parte del entrevistador. El entrevistado expresa de forma libre su pensamiento y percepción sobre la temática propuesta, el formato de las preguntas es abierto, porque lo primordial es profundizar y ampliar la información Espinoza Ortiz (2015). Entre las ventajas de la entrevista están la flexibilidad y la adaptación al desarrollo de la conversación y características de los participantes. Entre las desventajas encontramos que consumen más tiempo y el análisis de la información es más complejo; además puede alterar la fiabilidad del diagnóstico.

#### *Modelo de entrevista estructurada (fragmento)*

Entrevista realizada a una mujer que acaba de ser madre.

E: Entrevistador

M: Madre

Entrevista realizada a madre de 38 años que acude para evaluación de su hija de 6 años, utilizando un modelo de ficha de anamnesis.

E: ¿Su embarazo fue planificado?

M: Sí, con mi esposo queríamos ser padres.

E: ¿Tuvo controles médicos durante el embarazo?

M: Sí, donde la ginecóloga.

E: ¿El nacimiento de la niña en qué semana de gestación se efectuó?

M: A las 38 semanas.

E: ¿El parto fue normal o por cesárea?

M: Por cesárea.

E: ¿Existió alguna complicación durante la labor del parto?

M: No, todo salió bien.

E: ¿Cuál fue el puntaje del Apgar?

M: No lo recuerdo, pero todo salió normal.

*Modelo de entrevista semiestructurada (fragmento)*

Entrevista realizada a niño de 8 años que acude para evaluación porque no quiere ir a la escuela.

E: ¡Hola Juanito! ¿Cómo estás hoy?

N: Hola, estoy bien, supongo.

E: Me alegra escucharlo. Quería hablar contigo sobre la escuela. ¿Puedes decirme qué es lo que no te gusta o te hace sentir incómodo respecto a ir a clases?

N: No sé, simplemente no quiero ir. Es aburrido y a veces me siento solo.

E: Entiendo. ¿Hay algo específico en la escuela que encuentres aburrido o que no te guste?

N: Las clases son aburridas y la gente a veces es muy molesta. No me gusta que me llamen por apodos.

E: Comprendo que eso puede ser difícil. ¿Has hablado con tus maestros o con alguien en la escuela sobre cómo te sientes?

N: No, no quiero que piensen que soy quejumbroso.

E: Entiendo tu preocupación, pero es importante que sepan cómo te sientes para poder ayudarte. ¿Hay alguna materia o actividad que te guste en la escuela?

N: Me gusta la hora del recreo, supongo. Pero no me gusta mucho el resto del día.

E: Entiendo. ¿Has notado algún cambio en la escuela o en casa que pueda estar afectando la manera en que te sientes?

N: No, todo está igual. Solo no quiero ir a la escuela.

E: ¿Hay algo que crees que podría hacer que la escuela sea más divertida o interesante para ti?

N: No lo sé, tal vez menos tarea y más cosas divertidas.

E: Eso suena razonable. ¿Cómo te sientes acerca de hablar con alguien en la escuela o con tus padres sobre cómo mejorar tu experiencia escolar?

N: No lo sé, me da un poco de miedo.

E: Entiendo que puede ser intimidante, pero ellos están aquí para ayudarte. Al comunicar cómo te sientes, podrían encontrar formas de hacer que la escuela sea más agradable para ti. Además, siempre estoy aquí para escucharte si necesitas hablar. ¿Te gustaría que hablemos con alguien juntos para hacer que las cosas mejoren?

N: Sí, tal vez eso ayudaría.

E: Perfecto, trabajaremos juntos para asegurarnos de que te sientas más cómodo en la escuela. Estoy aquí para apoyarte, ¿de acuerdo?

N: Gracias.

*Modelo de entrevista semiestructurada (fragmento)*

Fragmento entrevista a adolescente por problemas de socialización.

E: Hola, gracias por venir hoy. ¿Cómo te sientes?

A: Hola, supongo que bien.

E: Entiendo que has estado experimentando algunos malestares. ¿Te importaría compartir un poco más sobre lo que has estado sintiendo?

A: Sí, es solo que, no sé, me siento un poco fuera de lugar, como si no encajara.

E: Entiendo. Puede ser difícil sentirse así. ¿Te gustaría hablar más sobre cuándo empezaste a sentirte de esta manera o si hay algo específico que crees que pueda haber contribuido a esto?

A: No sé, siempre fui un poco tímido, pero últimamente parece que todos tienen sus propios grupos y yo estoy solo.

E: ¿Te has sentido cómodo intentando unirme a algún grupo o participar en actividades en la escuela?

A: Lo he intentado, pero parece que no encajo. A veces intento hablar, pero las personas simplemente me ignoran o me miran como si estuviera loco.

E: Eso suena realmente difícil. ¿Has hablado con alguien sobre esto, ya sea en la escuela o en casa?

A: No, no quiero ser una carga para nadie. Además, ¿qué van a hacer? No pueden hacer que la gente quiera estar conmigo.

E: Entiendo que puedas sentirte así, pero a veces hablar con alguien de confianza permite expresar y buscar algunas alternativas. ¿Hay algo específico que creas que podrías hacer para sentirte más cómodo socialmente?

A: No lo sé. A veces pienso que debería ser más extrovertido, pero simplemente no puedo.

E: Es comprensible. Ser auténtico es importante. ¿Hay algo que te gustaría mejorar o cambiar respecto a la forma en que te relacionas con los demás?

A: Creo que me gustaría aprender a sentirme más seguro de mí mismo y a no preocuparme tanto por lo que los demás piensen.

E: Eso suena como un objetivo importante y alcanzable. Trabajar en tu confianza puede ayudarte a sentirte más seguro en situaciones sociales. ¿Te gustaría explorar algunas estrategias juntos para lograr eso?

A: Sí, supongo que estaría bien.

E: Excelente. Estoy aquí para ayudarte en este proceso y encontrar formas de hacer que te sientas más conectado y cómodo socialmente.

Ejemplos de preguntas según cada formato:

**Tabla 1**

*Formatos de preguntas según su tipología*

Formato estructurado	Formato semiestructurado	Formato abierto
¿Tuvo algún inconveniente durante los meses del embarazo?	¿Qué tipo de inconvenientes experimentó durante el embarazo?	Hábleme de los inconvenientes que experimentó durante el embarazo y qué los provocaron.
¿Consume alcohol?	¿Ha ingerido alcohol? ¿Qué cosas deja de hacer cuando consume alcohol?	¿Cuándo y con quién fue su primera experiencia de consumo de alcohol?

De acuerdo con la temporalidad del proceso, se puede hablar de entrevista de inicio, es la que inaugura la interacción entrevistado-entrevistador. En esta se indaga sobre los datos de filiación y se determinan los objetivos del proceso; en un siguiente momento, se plantea la entrevista de

información complementaria, que posibilita la recolección de información sobre familiares, amigos y profesionales por los que el entrevistado haya sido tratado. También existe la entrevista sobre la historia biográfica, que permite la recogida de los hitos del desarrollo significativos, evidencia la evolución del paciente durante el ciclo vital. Finalmente, la entrevista de devolución, que permite la retroalimentación al paciente con la información obtenida sobre el diagnóstico, proceso de intervención ejecutado y estrategias terapéuticas aplicadas, avances y alta clínica, el objetivo es cerrar el proceso.

### *Las funciones de la entrevista de acuerdo Fàbregues Feijóo*

La entrevista tiene diferentes fines. Primero, incentiva al cambio o la salida de la zona de confort (motivadora); luego permite que, a través de la entrevista, el entrevistado exponga sus necesidades y problemas; finalmente la terapéutica que busca modificar el pensamiento, actitudes y conductas disfuncionales en el sujeto (Fàbregues Feijóo, 2016). No cabe duda de la riqueza de la información, se debe observar a detalle todos los mensajes emitidos de forma verbal como paraverbal los que pueden manifestarse en niveles: a) motor: contacto ocular, mímica, movimientos especulares; b) a paralingüístico: respiración, rapidez del habla, melodía y ritmo; c) de relaciones espaciales entre interlocutores, distancia o proximidad y a nivel verbal: el contenido del mensaje del paciente.

### ***Aspectos básicos de la entrevista***

#### *Motivo de consulta*

Para Morrison (2015), el motivo es un problema primordial en el sujeto y debe ser evaluado. Generalmente los entrevistados lo expresan, a lo que se debería estar atento e incluso anotar de forma textual. Por ejemplo: “No puedo alcanzar mis metas”, “Tengo dificultad para encontrar trabajo”, “Oigo voces”, “No puede aprender a leer y escribir”. Por otro lado, puede suceder lo contrario, el motivo es la falta de conciencia de que

exista algún problema. Por ejemplo: “No tengo ningún problema”, “Mis padres, me pidieron que venga”, “Nos enviaron de la escuela, no sabemos por qué”. Estos motivos de consulta indican una resistencia seria, que requieren un manejo especial y advierte acerca del nivel de cooperación que el paciente podrá tener durante el proceso.

En ocasiones, los comentarios del entrevistado no enuncian la auténtica razón para ir por asistencia. Por ejemplo: “He sentido mucho dolor”, pero oculta su el dolor emocional. En ocasiones las quejas iniciales ocultan la razón real y menos obvia, para ello se puede esclarecer inquiriendo: “¿Hay alguna otra cosa que le esté molestando?”, esta pregunta permitirá abordar el problema real. Sin importar la queja inicial es importante, en este momento, anotar textualmente qué se dice y cómo se dice. Entonces, resulta imprescindible emplear las palabras y preguntas adecuadas para obtener la información pertinente para identificar el verdadero motivo de consulta, ser específico para comunicar qué se desea saber.

### *Establecimiento del rapport*

Consiste en sintonizar con el otro de forma psicológica y emocional, generar un espacio de horizontalidad, en donde las partes se sientan entendidas y comprendidas. Al ser un elemento determinante dentro de un proceso, conviene establecerlo al inicio de la primera sesión, porque delinea la relación psicólogo-paciente. El objetivo es generar un ambiente acogedor y agradable de forma que exista espontaneidad y dinamismo en la entrevista. Un adecuado rapport permitirá reducir la ansiedad y preocupación, es un proceso que se desarrollará de manera gradual a través de la cooperación de las partes, en este sentido la actitud del psicólogo es esencial por lo que debe expresar comprensión e interés en el paciente (Polo Vargas y Bravo Pacheco, 2023).

Morris (2015) sugiere cuidar la expresión facial, evitar signos de negatividad que se puedan interpretar como desaprobación, al igual que hacer muchas muecas y mirar fijamente porque estas expresiones pueden

interpretarse como frialdad. Añade que sonreír e inclinar la cabeza de manera natural dará interés y comprensión. El uso de palabras que el paciente puede comprender es un elemento central, por lo tanto, escuchar su lenguaje y usarlo, genera cercanía en el paciente, esto siempre y cuando el entrevistador se sienta cómodo. Para Conxa Perpiñá (2012) la actitud es un requisito para una relación positiva, el psicólogo debe mostrar una actitud de respeto, flexibilidad, empatía y sensibilidad.

### *Argumento del encuentro*

El área debe permitir calma y seguridad a los pacientes al momento de expresar sus dificultades. Entre las características físicas están la adecuada iluminación, sin ruidos externos, ni interrupciones. Diversos autores expresan que la distancia debe ser aproximadamente de un metro a tres metros y medio, lo que se denomina la zona social y pública, para el control de los desórdenes psicológicos. Para entrevistas a niños, se requiere un mobiliario adecuado a la edad, para desarrollar las actividades y la libre movilidad de estos.

### *Registro de la información*

El registro se puede realizar de diferente forma, si bien el objetivo es que sea accesible para la interpretación de la información y evitar perder información importante y relevante. Lo esencial es mejorar la destreza para escuchar al mismo tiempo que registrar la información emitida por el entrevistado. Las notas escritas es el registro en papel, consiste en tomar apuntes a lo largo de la entrevista, utilizando el propio código. Es importante destacar que las notas no son el fin de la entrevista, sino el medio para obtener información por lo tanto no debe perturbar la interacción y tomar nota de lo relevante.

**Tabla 2**

*Formato de registro de una sesión terapéutica con un niño por dificultades para dormir*

Registro de notas
<p><b>Fecha de la sesión:</b> 4/05/2023  <b>Niño:</b> XXX  <b>Edad:</b> 8 años  <b>Motivo de la consulta:</b> Problemas de sueño</p> <p><i>Resumen sesión:</i></p> <p>La sesión se efectuó con [nombre del niño], un niño de 8 años que presenta dificultades durante la noche. Durante la entrevista, XXX expresó sentirse inquieto antes de irse a dormir y tener problemas para quedarse dormido. Los padres también informaron que han observado cambios en los patrones de sueño de XXX en las últimas semanas.</p> <p><i>Aspectos destacados de la entrevista:</i></p> <p>Preocupaciones del niño: XXX mencionó sentirse inquieto y tener dificultades para conciliar el sueño. Describió una sensación de nerviosismo antes de acostarse.            Patrones de sueño: Los padres informaron que XXX ha experimentado cambios en sus patrones de sueño recientemente. Señalaron que se despierta durante la noche y, en ocasiones, tiene pesadillas.            Rutina antes de dormir: se exploraron las rutinas antes de acostarse, y XXX reveló que a menudo ve programas de televisión o juega en dispositivos electrónicos antes de ir a acostarse.            Cambios en la vida del niño: No se identificaron cambios significativos en la vida de XXX que pudieran haber desencadenado los problemas de sueño.            Ambiente de sueño: Se discutió el entorno de la habitación de XXX y se observó que la habitación es cómoda y libre de factores que podrían perturbar el sueño.</p> <p><i>Plan de tratamiento propuesto:</i></p> <p>Establecer una rutina antes de dormir: Se recomendó a los padres lectura de un libro o escuchar música suave, antes de acostarse.            Limitar el uso de dispositivos electrónicos: se sugirió reducir el tiempo dedicado a ver televisión o jugar en dispositivos electrónicos antes de dormir, debido a que esto puede afectar la calidad del sueño.            Promover la relajación: se recomienda la respiración profunda o meditación breve, para ayudar a XXX a calmarse antes de acostarse.</p> <p><i>Observaciones finales:</i></p> <p>Se continuará explorando y abordando cualquier factor adicional que pueda estar contribuyendo a los problemas de sueño de XXX. Se enfocará en colaboración con los padres para brindar apoyo y orientación durante este proceso.</p>

La grabación audiovisual permite registrar el comportamiento, actitud y conductas no verbales del entrevistado como entrevistador. En algunos casos, los entrevistados pueden sentirse invadidos o intimidados por la cámara por lo que resulta imprescindible, que el entrevistado conozca con antelación que va a ser grabado y estar de acuerdo con ello (consentimiento informado).

### *Continuación del encuentro*

La duración depende del tipo de entrevista (inicial, de evaluación o de cierre) debido a que cada una tiene condiciones y proporcionan información de diversa complejidad. Otro aspecto que puede influir en la duración son la edad, motivo de la consulta, pero generalmente dura 45 minutos y una hora (Polo Vargas y Bravo Pacheco, 2023).

### *Confidencialidad*

Los códigos éticos de la psicología establecen la confidencialidad de la información, es decir la obligatoriedad en la custodia de la información y que solamente bajo la autorización del paciente o su representante legal puede ser entregada a terceros. Existen situaciones en las que el psicólogo debe prescindir de la confidencialidad de la información y comunicar, entre las que se encuentran que el paciente esté expuesto a una intimidación difícil o pueda ejecutar quebrantamiento y, así mismo, cuando reservar la información pueda producir un daño a la persona o a terceros (Perpiñá Tordera, 2012).

### *Relaciones duales*

Es cuando el entrevistador instituye una correspondencia competitiva con el cliente y paralelamente mantiene otro vínculo con la misma persona. Pueden ser de tipo: administrativo, social, sexual, afectivo, académico, etc. Las relaciones simultáneas disminuyen la objetividad y pierden de vista el fin inicial de la relación e instalan al cliente en una perspectiva de ineludible consentimiento.

En la mayoría de los códigos éticos y directrices profesionales en el campo de la psicología, se desaconsejan las relaciones duales debido a los riesgos involucrados. Sin embargo, en algunos casos, las relaciones duales pueden manejarse de manera ética y profesional si se gestionan cuidadosa y transparentemente y si no interfieren con la relación terapéutica principal ni comprometen la integridad del tratamiento. La claridad, la honestidad y la reflexión ética son fundamentales en la gestión de relaciones duales en el ámbito terapéutico. En el caso del código de ética del Psicólogo Ecuatoriano expresa sobre las relaciones duales:

- Evitar conflictos de interés: los psicólogos están generalmente aconsejados a evitar relaciones duales que puedan resultar en conflictos de interés, comprometer la integridad del tratamiento o la relación profesional, o perjudicar al cliente.
- Protección del bienestar del cliente: la prioridad es siempre el bienestar del cliente. Cualquier relación dual que ponga en riesgo este bienestar o la objetividad del profesional debe ser evitada.
- Transparencia y consentimiento informado: en casos donde las relaciones duales no pueden ser evitadas (por ejemplo, en comunidades pequeñas donde los roles sociales se cruzan con frecuencia), el psicólogo debe ser transparente con el cliente y obtener su consentimiento informado.
- Supervisión y consulta: en situaciones donde surgen relaciones duales, se recomienda buscar supervisión o consulta con colegas para garantizar que se mantengan estándares éticos.
- Si surge una relación dual inesperada, es crucial abordarla de manera abierta y transparente, estableciendo límites claros y considerando las posibles implicaciones éticas.

### ***Tipos de entrevistas***

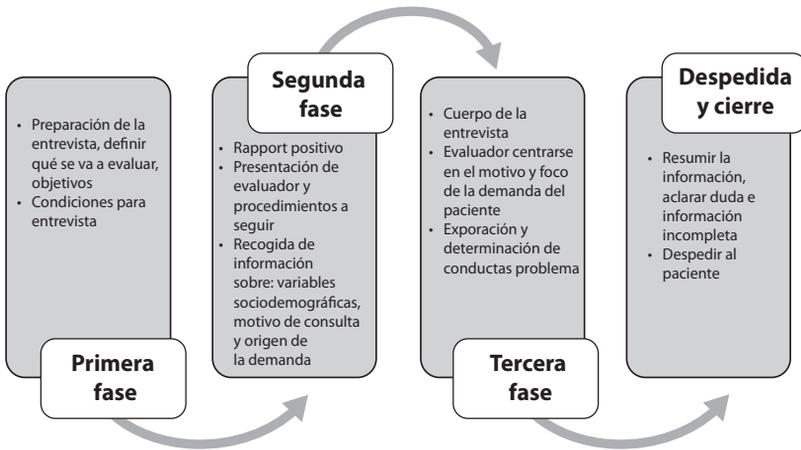
#### *Entrevista en comprobación de hipótesis*

Fernández Ballesteros (2013) afirma que debe contemplar información relacionada con las hipótesis planteadas. Se recomienda en estos

tipos de entrevista formatos semiestructurados y estructurados. Se intenta contrastar la hipótesis de ocurrencia de determinados comportamientos, que permitan detectar la existencia de algún trastorno o problema. Se sugiere utilizar formatos específicos para la población a trabajar. En este tipo de entrevistas se debe enfocar hacia la recolección de información específica sobre: presencia, cantidad, permanencia, la periodicidad, ímpetu e incluso aspectos cualitativos de actuaciones, argumentos, incitaciones o conjuntos de estímulo.

### Figura 1

#### Proceso de la entrevista



*Nota.* Tomado de Fernández Ballesteros (2013), Morrison (2015) y Perpiñá Tordera (2012).

La entrevista es un sumario interactivo, dispuesto en el que interactúan ambas partes. En la entrevista se requiere respeto mutuo, escucha activa, preguntas claras y neutras y no hacer preguntas dirigidas que favorezcan o alienten una respuesta. La disposición debe ser de interés y proximidad, los familiares y el paciente deben percibir la actitud como colaborativa y apertura a la ayuda.

Algunas percepciones incorrectas pueden interferir y deformar la valoración de las personas y por lo tanto tener incidencia en la entrevista de acuerdo con Perpiñá Tordera (2012). Por ejemplo, el confirmatorio, en el que el entrevistador presta atención solamente a detalles que le lleven a verificar la hipótesis planteada; o bien, de primacía, es la tendencia a desatender o desechar o poner en entredicho otra información que sería importante para el proceso, por la percepción inicial que se tuvo del sujeto.

### *Técnicas de la observación*

Según Kirchner *et al.* (2007), la reflexión es esencial en el procedimiento científico y es una conducta universal que debe considerarse para los procesos de evaluación. Es definida como percepción deliberada de conductas, comportamientos ejecutados por uno o varios sujetos, en diferentes situaciones y contextos lo que conlleva un análisis de información individual. Para la ejecución de este proceso se asignará un observador, quien debe registrar, sistematizar y analizar la información obtenida. El rol de observador puede ejecutarse desde dos perspectivas: intervenir con los sujetos y en el contexto (participante) o tomar distancia y solamente registrar la información (no participante) a través de etiquetas dispuestos para el efecto.

### *Tipos de observación*

Según Moya Galé (2020) hay dos tipos de observación:

- a. Observación interna o participante, el observador es parte del grupo, la información es obtenida mediante la interacción directa y en el entorno real. El observador registra, interpreta a partir de su participación; para ello debe ganarse la confianza de las personas, de forma que su presencia no interfiera en su conducta normal.
- b. Reflexión externa o no participante: se procede con la ejecución mediante observadores que no son parte del grupo o han generado interacciones con el mismo.

### *Tipos de registro*

Se pueden establecer distintos tipos de registros:

- a. **Narrativos:** son formatos flexibles, sin estructura predeterminada en los que se registran características, acciones que los sujetos que se destacan de la observación.
- b. **De muestras:** se registra una conducta de forma detallada y continua durante determinado tiempo.
- c. **Exploración de sucesos críticos:** se anotan mandos notables relacionadas con el objetivo de observación.
- d. **Memorándums de campo:** narración absoluta de todo lo que el observador ve, escucha, aprecia y especula mientras lleva a cabo.

**Tabla 3**

*Registro Narrativo de Observación Participante en una Escuela*

Registro Narrativo de Observación
<p>Fecha: 18-05-2023            Hora: 8:30 – 9:30 (Inicio y fin de la observación)            Lugar: UE, Aula de cuarto de EGB            Observador: [Nombre del Observador]  <b>Propósito de la Observación:</b> entender las dinámicas de interacción en el aula entre estudiantes y entre estudiantes y profesor, con especial atención en el comportamiento social y de aprendizaje.</p> <p><i>Descripción del entorno</i></p> <p>El aula es amplia y luminosa, con ventanas que dan al patio de la escuela. Las paredes están decoradas con trabajos de arte de los estudiantes y pósteres educativos. Hay filas de pupitres orientados hacia una pizarra al frente, donde el profesor dirige la clase.</p> <p><i>Actividad observada y comportamientos notables</i></p> <p>La sesión comienza con una revisión de la tarea. Los estudiantes parecen atentos, aunque algunos, en la parte trasera del salón, conversan entre ellos. El profesor maneja esto con un recordatorio gentil de atención. Durante un ejercicio de matemáticas, noto que el Estudiante 1 parece tener dificultades y mira frecuentemente las respuestas de su compañero de al lado. Otro, Estudiante 2, levanta la mano con entusiasmo para responder preguntas. Posteriormente, se asigna un trabajo en grupo. Observé cómo los estudiantes forman equipos. Estudiante 3 parece reacio a unirse a cualquier grupo hasta que el profesor interviene y lo asigna a uno. En los grupos, hay una mezcla de interacciones: algunos estudiantes parecen dominar la conversación, mientras que otros participan menos.</p>

*Interacción estudiante-profesor*

El profesor muestra un enfoque equilibrado, alternando entre facilitar la discusión y proporcionar instrucción directa. Se mueve por el salón, ofreciendo ayuda y respondiendo preguntas. Su tono es generalmente alentador, aunque firme cuando es necesario.

*Interacción entre estudiantes*

Hay una variedad en las interacciones. Algunos estudiantes parecen cómodos trabajando en grupos, mientras que otros son más reservados. Noté algunos momentos de fricción leve cuando las opiniones divergen, pero generalmente se resuelven sin intervención del profesor.

*Reflexiones y conclusiones*

La clase refleja una dinámica de aprendizaje activa con variados estilos de participación estudiantil. El profesor parece consciente de los requerimientos individuales y adapta sus intervenciones de manera apropiada. Sin embargo, sería beneficioso explorar técnicas para fomentar un mayor involucramiento de los estudiantes más reservados. El comportamiento social general es positivo, aunque hay espacio para mejorar en el trabajo en grupo y en la resolución de conflictos entre compañeros.

*Recomendaciones*

- Estrategias para el aprendizaje inclusivo: fomentar el involucramiento de todos los estudiantes, especialmente de aquellos que tienden a ser menos participativos.
- Habilidades de trabajo en equipo: incorporar actividades que desarrollen habilidades sociales y de colaboración.
- Monitoreo continuo: observar y asistir a estudiantes que muestran signos de dificultades académicas o sociales.

*Escalas de apreciación*

Son listados de ítems sobre lo que queremos registrar y en los cuales, además, registramos su intensidad o frecuencia. De este modo, nos permiten hacer tanto una observación cualitativa como cuantitativa de los rasgos de comportamiento que queremos analizar. En la construcción de estas escalas, la dificultad radica en elegir las categorías de análisis para que sean claras y unívocas, es decir, mutuamente excluyentes. Encontramos diferentes tipos de escalas de apreciación, como las escalas numéricas, las escalas gráficas o las verbales.

**Tabla 4**

*Escala de Apreciación del Nivel de Interacción en el Aula entre estudiantes y estudiantes y profesor*

Escala de Apreciación
<p><b>Fecha de Observación:</b> _____</p> <p><b>Observador:</b> _____</p> <p><i>Interacción estudiante-estudiante</i></p> <p>COLABORACIÓN EN GRUPO</p> <p>1: Poca o ninguna colaboración entre estudiantes.            2: Colaboración ocasional, pero predominan las interacciones individuales.            3: Colaboración moderada; algunos grupos trabajan bien juntos.            4: Colaboración consistente y activa en la mayoría de los grupos.            5: Alta colaboración; todos los grupos participan activamente y comparten ideas.</p> <p>COMUNICACIÓN VERBAL</p> <p>1: Comunicación limitada entre estudiantes.            2: Conversación ocasional, pero no es central para la actividad.            3: Comunicación moderada; los estudiantes intercambian ideas de manera regular.            4: Comunicación abierta y constructiva en la mayoría de los grupos.            5: Comunicación fluida y efectiva entre todos los estudiantes.</p> <p>INCLUSIÓN SOCIAL</p> <p>1: Poca inclusión social; algunos estudiantes se sienten excluidos.            2: Inclusión limitada; algunos estudiantes parecen marginados.            3: Niveles moderados de inclusión social.            4: Inclusión activa; todos los estudiantes participan y se sienten parte del grupo.            5: Alta inclusión social; los estudiantes se apoyan mutuamente.</p> <p><i>Interacción estudiante-profesor</i></p> <p>APOYO INDIVIDUAL</p> <p>1: Mínimo o ningún apoyo proporcionado a los estudiantes individualmente.            2: Apoyo ocasional, pero no personalizado.            3: Apoyo moderado; el profesor aborda las necesidades individuales.            4: Apoyo activo y personalizado en la mayoría de los casos.            5: Apoyo excepcional; el profesor está altamente comprometido con cada estudiante.</p> <p>COMUNICACIÓN CLARA</p> <p>1: Comunicación poco clara y difícil de seguir.            2: Comunicación a veces clara, pero con ocasiones de confusión.</p>

- 3: Comunicación moderadamente clara en la mayoría de las instrucciones.
- 4: Comunicación clara y comprensible en la mayoría de las interacciones.
- 5: Comunicación excepcionalmente clara y efectiva en todas las instrucciones.

#### FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN

- 1: Poca o ninguna iniciativa para fomentar la participación.
- 2: Iniciativa ocasional, pero no de manera consistente.
- 3: Intentos moderados de incentivar la participación.
- 4: Estrategias efectivas para fomentar la participación.
- 5: Estrategias excepcionales; todos participan activamente.

## Referencias bibliográficas

- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Espinoza Ortiz, A. (2015). *Introducción al psicodiagnóstico*. Universidad de Cuenca.
- Fàbregues Feijóo, S., Meneses Naranjo, J., y Rodríguez Gómez, D. (2016). *Técnicas de Investigación Social y Educativa*. Editorial UOC.
- Fernández Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2a. edición). Pirámide.
- Jofre, S. (2019). *Evaluación en psicología clínica de adultos* (J. Deus Yela y J. Deví Bastida, Eds.; Primera edición en formato digital). Editorial UOC.
- Kirchner, T., Torres, M. y Forns i Santacana, M. (2007). *Evaluación psicológica: Modelos y técnicas*. Paidós.
- Morrison, J. R. (2015). *La entrevista psicológica* (S. Viveros Fuentes, Ed.; J. Cisneros Herrera, Trad.; Primera edición en español). Editorial El Manual Moderno.
- Moya-Galé, G. (Ed.). (2020). *Evaluación y diagnóstico en logopedia. Vol. I, Población adulta* (Primera edición en formato digital). Editorial UOC.
- Perpiñá Tordera, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámide.
- Polo Vargas, J. D. y Bravo Pacheco, V. (eds.). (2023). *La entrevista psicológica: Perspectivas teóricas y prácticas*. Editorial Uninorte.

## **Psicodiagnóstico infanto-juvenil**

---

María Lorena Cañizares Jarrín  
Universidad Politécnica Salesiana  
lcanizares@ups.edu.ec  
<https://orcid.org/0009-0002-6021-2649>

### **Etapas y derivaciones**

El proceso psicodiagnóstico de un infante requiere precisión y mucha perspicacia, recordemos que la información no solo la obtendremos del PI (paciente identificado) que en este caso es el niño o adolescente, sino de los informantes. Las sesiones de encuentro estarán matizadas de incertidumbre pues cómo poder saber que la información proporcionada por el pequeño es la adecuada y carente de subjetividades. El niño o adolescente puede manipular la información por variables externas como el temor a ser evaluado, el temor a estar solo con una persona extraña (psicólogo), la expectativa frente al proceso al que se enfrenta, la novedad de ser el centro de atención de una persona que está para él, los juguetes que observa a que se pone a su disposición, el espacio novedoso, etc. El psicólogo debe considerar una gama de factores que al momento de tratar de conocer las estrategias para llegar a la información que se pretende.

Ahora bien, podríamos definir al proceso psicodiagnóstico como una relación bipersonal que tiene como objetivo conocer a fondo el problema del paciente, la descripción de los aspectos que lo han llevado a desarrollar las conductas problemáticas y analizar las razones que lo

traen a consulta, contextualizando desde lo profundo las variables que sostienen el conflicto (ámbito personal, familiar, social, académico, etc.). Es prioritario considerar que en las etapas infantil y adolescente el psicólogo no puede desestimar los cambios que son inherentes a éstas; es decir, el profesional debe ser un experto observador de las etapas del desarrollo psicológico en el que se encuentra su paciente pues, como ya es sabido, muchas veces puede resultar fácil confundir un problema agravado por las circunstancias del contexto y otras se podrá deducir un simple transitar por el evolucionar de un proceso psicológico propio de la edad. A partir de lo anterior se puede esperar que:

- A los 2 años aparecen los berrinches o pataletas (el psicólogo deberá trabajar no solo hacia la ayuda a los padres en la comprensión de que estas reacciones son parte de la edad, sino que también, deberá analizar el contexto porque puede ser el mayor contribuyente a que la desregulación emocional se encuentre reforzada).
- A los 4 años se puede esperar una etapa de confrontación argumentada, es decir que el niño tenga respuesta para todo y se base en sus propias razones y argumentos. En este punto el psicólogo deberá orientar a los representantes a cómo manejar esta importante fase de madurez cognitiva y psicológica anteponiendo su autoridad, pero sin desvalorizar el criterio del niño.
- Durante el periodo de la tercera infancia, entre los 6 y 12 años esperaremos episodios de apego hacia los pares de su mismo sexo rechazando la presencia de los del sexo contrario. Esta condición, cerca de los 9 años, en las niñas y los 11 años en los niños comienza a cambiar y da paso a una fase de complicidad entre los grupos.
- A los 14 años será normal la presencia de la resistencia, el pretender fomentar una individualización frente a la compañía sobre todo familiar, entonces el psicólogo será el llamado a explicar estrategias de acercamiento sin invasión del espacio.

Puede mencionarse un sinnúmero de cambios, variaciones, anécdotas, protestas que son parte del desarrollo o pueden ser el resultado de

un contexto inestable que no proporciona seguridad o recursos adecuados para el desenvolvimiento del paciente, quien precisa recurrir al proceso psicodiagnóstico para determinar lo que sucede y más importante aún, el camino a seguir para la recuperación.

Entonces podríamos considerar el proceso que nos convoca en este libro, el estudio del temperamento y el carácter (personalidad) bajo la observación del experto clínico, quien deberá introducir toda su experticia y herramientas para una completa recolección de la información que no solo toque el problema que trae al niño o adolescente a la consulta, sino también aquello que es parte de su vida y se ha vuelto sus redes de apoyo como la familia, amigos, escuela, aficiones, sueños, metas, etc. Recordemos, además, que el psicólogo evaluará los rasgos del temperamento que se está configurando, para esto utilizará herramientas gestadas con este propósito.

Como se verá en los próximos párrafos, el proceso psicodiagnóstico no será entonces un solo sentarse a conversar sobre la vida del niño o adolescente pues esto es indispensable dentro de la fase de toma de antecedentes a través de los materiales especializados como la historia clínica, sino también será un proceso de confrontación de lo explicado con la realidad que expresa el niño o adolescente a través de la evaluación. A través de los test, juego o narrativa se logrará no solo conocer lo manifiesto, sino además lo latente y su nivel de gravedad y repercusión en el nivel de funcionamiento en la vida diaria.

Antes de pasar a la explicación de las fases que se debe cumplir en el proceso psicodiagnóstico del niño y del adolescente, es necesario recordar que el psicólogo no debe limitarse a la emisión de resultados basados en el proceso estricto que debe cumplir, su formación profesional en el espacio de la salud le faculta a emitir un criterio imparcial desde su impresión diagnóstica lo que humaniza mucho más el proceso. También se ha pensado este apartado para que el lector pueda, a través de las explicaciones y ejemplos, entender aquellas especificidades del proceso cuando se trata de niños o de adolescentes.

## **Pasos y consideraciones que debemos tener en el proceso psicodiagnóstico del niño y adolescente**

### ***Contacto inicial (pedido de la cita)***

El contacto inicial con los informantes de niños y adolescentes es una etapa fundamental del proceso psicodiagnóstico. En este momento, el profesional tiene la procedencia de crear una correspondencia de confianza con los informantes, obtener información relevante sobre el caso y generar un clima de colaboración que facilite el desarrollo del proceso.

#### *Objetivos del contacto inicial*

Los objetivos del contacto inicial son los siguientes:

- Presentar y explicar el proceso psicodiagnóstico. El profesional debe presentar al informante su nombre, función y explicarle en qué consiste el proceso psicodiagnóstico.
- Obtener información relevante sobre el caso. El profesional debe obtener información sobre la historia del niño o adolescente, la queja y las preocupaciones de los informantes.
- Generar un clima de confianza y colaboración. El experto debe instaurar una analogía de familiaridad con los informantes para que se sientan cómodos compartiendo información y colaborando en el proceso.

#### *Estrategias para el contacto inicial*

El profesional debe adoptar una actitud empática y respetuosa hacia los informantes. Debe escucharlos con atención, hacerles preguntas abiertas y clarificadoras, así como y adaptarse a su ritmo y necesidades. El contacto inicial es una etapa esencial del proceso psicodiagnóstico. Un buen contacto inicial facilita la obtención de información relevante, la procreación de un clima de confianza y asistencia y el éxito del proceso psicodiagnóstico. Cuando se trata de niños o adolescentes, este proceso suelen cumplirlo los padres o algún representante adulto, a menudo, me-

diante una llamada telefónica, un mensaje, un contacto (por intermedio de una secretaria) con el consultorio del psicólogo. En este primer encuentro se debe obtener información relevante, así, por ejemplo:

- a. A través de una llamada o mensaje directa con el psicólogo, es decir cuando el demandante de consulta se contacta directamente por cualquier vía con el profesional, debe solicitarse:
  - Se indique, a breves rasgos, la razón por la que piden consulta.
  - Nombre del paciente.
  - Edad del paciente.
  - ¿Con quién acudirá a consulta?
  - Cuando se trabaja con niños o adolescentes es preferible que a la primera consulta solo asistan los padres, esto debe ser explicado para evitar que lleguen a la primera cita con el paciente y éste deba quedarse en el pasillo de espera.
  - Otros datos relevantes son el horario de la cita, dirección del consultorio, probablemente costo de honorarios, entre otros.
- b. Cuando el contacto inicial para solicitar una cita es a través de la secretaria o un tercero.
  - Breve conocimiento por la que se requiere la cita.
  - Nombre del paciente.
  - Edad del paciente.
  - Día de la primera cita en la que se indicará que a este encuentro deben asistir los padres o representantes.

El contacto inicial es crucial. Este puede ser el enganche entre el paciente o sus familiares y su posible terapeuta o lo contrario el desentendimiento. Debemos cuidar mucho este proceso, aquí aplica la famosa frase, aunque muchas veces sin tener un rostro visible “la primera impresión es la que cuenta”.

Algunas recomendaciones con respecto a este primer paso:

- Sea amable al recibir la llamada o mensaje.
- Exprésese con propiedad, seguridad y mucho profesionalismo.

- No pretenda dar apreciaciones diagnósticas a través de la llamada o mensaje.
- Sea asertivo y, aunque le revelen un problema serio dé esperanza ante la situación y aclare que en consulta conversarán a detalle para saber todo lo que se puede hacer.
- Sea honesto con la información que el consultante solicita, no ande con rodeos en torno a temas como horarios, honorarios, es mejor decir la información tal como usted la maneja para evitar sorpresas en el proceso.

Hay otro momento que se considera en este caso contacto inicial: el primer encuentro con el paciente identificado, es decir con el niño o adolescente propiamente. En este momento el terapeuta debe cuidar mucho la proximidad que se genera con el paciente pues a pesar de que se haya ganado la confianza de los representantes, debe recordar que con quien se trabajará es con una persona que puede sentir intranquilidad por estar con un desconocido, mostrar resistencia a quedarse solo en el consultorio, resistencia al proceso mismo (esto sobre todo en el adolescente), entre otras reacciones. También se debe estar atento a la reacción del contexto familiar ante el abordaje con el menor; éste puede mostrar calma o lo contrario dado que se trabajará a puerta cerrada y la información que se extraiga sin duda los puede comprometer.

### **Establecimiento del rapport (primera entrevista)**

Quizá este es el paso más importante que un psicólogo da al momento de iniciar el proceso psicodiagnóstico que lo llevará al proceso psicoterapéutico. Establecer un buen *rapport* es casi una garantía de que la relación terapéutica avanzará sin contratiempos y también de que se nos proporcionará información certera de todo lo que acontece. Ahora bien, entendemos *rapport* como esa relación terapéutica que mantiene un equilibrio entre el rol del paciente y del profesional, se da un entendimiento mutuo del problema que será abordado en consulta y en el que primará la confianza de un relato auténtico y sin ocultamiento de parte

del paciente y una recepción asertiva y sin juzgamiento de parte del psicólogo. Facilita la relación terapéutica y propicia una empatía afectiva, sin romper los límites de la transferencia y contratransferencia, así como el enganche sano a la terapia para que ésta siga su curso normal.

Ahora bien, es importante recordar que cuando se trabaja con niños o adolescentes este rapport será doble, pues al inicio lo más probable es que se lo deba generar con los padres o representantes y luego con el PI (paciente identificado). El terapeuta deberá ser lo suficientemente hábil como para manejar ciertas situaciones que conflictúan el proceso como, por ejemplo:

#### *Padres*

- Mi hijo trabajará con el psicólogo, pero ¿de qué van a conversar? ¿Me contarán lo que mi hijo conversó con el psicólogo?
- ¿Mientras yo no esté en el consultorio con mi hijo qué van a hacer?
- ¿El psicólogo le contará a mi hijo lo que nosotros le contamos a él?

#### *Paciente niño o adolescente*

- ¿El psicólogo les contará a mis padres todo lo que yo le cuento?
- No quiero quedarme solo con el psicólogo, tengo miedo.
- ¿Qué haremos en las sesiones con el psicólogo?
- ¿Debo hacer todo lo que el psicólogo me pide?
- Que van a decir mis amigos cuando sepan que voy al psicólogo (adolescente).
- Yo no necesito psicólogo (adolescente).

Éstas, son algunas de las interrogantes que pueden surgir de los dos lados y que ponen al profesional en un punto medio que sin duda debe manejarlo para que ninguna de las dos partes se sienta traicionada.

La sintonía es un excelente aliado del rapport. Denominamos sintonía a aquel proceso que hace que el psicólogo se adapte fácilmente a la o las personas con las que está. Este recurso puede ser un aliado del tera-

peuta ya que le permite manejar un lenguaje corporal, para verbal y verbal ajustado a la realidad de cada persona con la que trabaja. Por ejemplo, en el caso de trabajar con los padres, el terapeuta puede utilizar un lenguaje más elaborado, técnico, ejemplos acordes a su estatus y explicaciones más complejas sobre todo lo que incluirá el proceso psicodiagnóstico de su hijo. Por otra parte, la sintonía con el niño o adolescente deberá ser diferente; sin llegar a utilizar modismos o lenguajes básicos, el terapeuta puede aplicar recursos de comunicación simples y livianos para aligerar el diálogo con el PI. También puede poner ejemplos lúdicos, usar nombres de personas conocidas por el niño o adolescente que los identifique, etc.

El rapport es importante por las siguientes razones:

- Facilita la comunicación y la colaboración del niño o adolescente. Un niño o adolescente que se siente cómodo y seguro con el profesional será más propenso a compartir información, a participar en las actividades propuestas y a seguir las instrucciones.
- Comprime la angustia y el estrés. El rapport asiste a dominar la ansiedad y el estrés que el niño o adolescente puede experimentar en una situación de evaluación psicológica, recordemos que el psicólogo es una persona desconocida para el PI.
- Mejora la validez de los resultados. Un rapport positivo aumenta la eficacia de las derivaciones de los ensayos psicológicos, ya que el niño o adolescente está más motivado para realizarlas de forma correcta.

Ahora bien, ¿cuáles son las señales que puedo considerar para saber que estoy logrando establecer un adecuado rapport con un paciente niño o adolescente? Menciono algunas ideas que nos orientan a la tranquilidad de saber se está realizando un adecuado trabajo en este primer momento:

### *Niños*

- Le gusta quedarse solo en la sesión con el terapeuta.
- Habla con soltura y espontaneidad de los temas propuestos.
- Trabaja sin necesidad de condicionamientos.

- Siente el espacio (consultorio) como suyo y se desplaza con confianza en él.
- Los padres o representantes refieren que le gusta ir donde el psicólogo o indican que habla de él de manera positiva en casa.
- Se acerca al psicólogo con confianza.
- En ocasiones puede hacer regalos para su terapeuta (dibujos, cartas, etc.).
- Cumple con las tareas y actividades propuestas, etc.

### *Adolescentes*

- Manifiesta su agrado por estar en la sesión.
- Habla con soltura y espontaneidad de los temas propuestos.
- Trabaja sin necesidad de condicionamientos.
- Cumple con las tareas y actividades propuestas.
- De manera autónoma decide contar situaciones al terapeuta sin que se le haya preguntado.
- Pregunta sobre la continuidad de la terapia.
- Habla con otras personas de su proceso.
- Se expresa corporalmente con soltura, se lo ve relajado.

### ***Encuadre terapéutico (contrato)***

El encuadre terapéutico es el grupo de normas, reglas, condiciones, acuerdos, límites (como el psicólogo prefiera llamarlo) del proceso psicodiagnóstico que se debe indicar a los representantes y al PI desde el inicio para evitar dificultades en el proceso. El encuadre terapéutico nos permite fundar un clima de seguridad y confianza con el establecimiento de límites claros que definan el proceso, para evitar confusiones o malentendidos. El encuadre, además, nos permite proteger al niño o adolescente de cualquier daño o abuso.

### *Elementos del encuadre terapéutico*

Los elementos del encuadre terapéutico para niños y adolescentes contemplan los mismos pasos que el encuadre para adultos; sin embargo, se debe poner énfasis en ciertos aspectos y son los siguientes:

- **Objetivos del proceso:** el profesional debe explicar al niño o adolescente y a sus familiares los objetivos del proceso psicodiagnóstico.
- **Confidencialidad:** el profesional debe explicar que la información obtenida durante el proceso será confidencial, salvo en casos excepcionales. Es importante aclarar este punto sobre todo cuando se trabaja con adolescentes pues una presunción de develación de información puede hacer que el paciente se restrinja en la entrega de información.
- **Duración del proceso:** el profesional debe informar al niño o adolescente y a sus familiares de la duración aproximada del proceso.
- **Coste del proceso:** el profesional debe informar al niño o adolescente y a sus familiares del coste del proceso.
- **Rol del profesional:** el profesional debe explicar su rol como evaluador y los pasos posteriores al diagnóstico. Esta explicación la hará acoplando la información al destinatario, es decir, a los padres se les comentará los detalles y al niño o adolescente lo que requiere saber.
- **Rol del niño o adolescente:** el profesional debe explicar al niño o adolescente su rol como evaluado.
- **Recepción de información:** se debe contar que es muy probable que el terapeuta deba tomar apuntes de todo lo que crea necesario, esto no solo dará tranquilidad al paciente de saber que el experto le toma atención sino además no le estresará el ver que su especialista hace otra cosa mientras él cuenta su historia.
- **Acuerdos sobre asistencia, ausencia, retrasos, uso de dispositivos, etc.**

### *¿Qué se debe decir en el encuadre terapéutico?*

En el encuadre terapéutico con niños y adolescentes, el profesional debe explicar los siguientes aspectos:

- Los objetivos del proceso psicodiagnóstico: debe explicar al niño o adolescente y a sus familiares los objetivos del proceso, para que entiendan por qué se está realizando la evaluación. Si es necesario se le debe contar al PI que jugarán, dibujarán, conversarán y otras actividades, esto disminuye la incertidumbre.
- El marco de referencia del proceso: para que el niño o adolescente y sus familiares entiendan cómo se interpretarán los resultados.
- La duración del proceso: informar al niño o adolescente y a sus familiares de la duración aproximada del proceso (explicar el tiempo que puede tomar la evaluación y el proceso como tal), para que puedan organizarse. También se contará cuánto durará las sesiones de trabajo.
- Los costes del proceso: informar a los padres o familiares del coste del proceso, para que puedan decidir si pueden afrontarlo.
- Los roles del profesional y del niño o adolescente. el niño o adolescente debe entender que su rol es cooperar con el profesional para obtener la información necesaria.
- Los límites del proceso: establecer los límites del proceso, para evitar confusiones o malentendidos.
- La confidencialidad: explicar que la información obtenida durante el proceso será confidencial, salvo en casos excepcionales.

Es importante que el profesional explique el encuadre terapéutico de forma clara y concisa, utilizando un lenguaje sencillo que pueda entender el niño o adolescente. El encuadre debe ser flexible, para poder adaptarse a las insuficiencias individuales del niño o adolescente. No se debe subestimar este importante proceso que, como se ha mencionado, constituye el marco de referencia de acción tanto para el paciente como para el terapeuta. No se debe caer en el juego de la inmediatez y la prontitud de resultados que puede resultar de la misma presión de los padres que necesitan saber qué pasa con su hijo. De ser así, el terapeuta habrá caído en la premura del *modelo médico* que se refiere a la tendencia a aplicar conceptos y métodos de manera excesivamente rápida o simpli-

ficada tratando solo de atacar al síntoma y aliviar el malestar manifiesto y que está causando el problema al sistema.

### ***Entrevista inicial (historia clínica)***

Una vez que los actores del proceso se conocen, viene la parte más formal del proceso psicodiagnóstico, la recolección de datos. Dependerá del motivo que ha llevado a los consultantes a buscar ayuda para determinar la necesidad o no de llenar una historia clínica pues puede ser solamente una sesión de consulta.

### ***Historia clínica***

Es un instrumento que compila información notable sobre el estado actual y pretérito de un paciente. Se anotan los temas tratados durante las diferentes consultas, los avances y los altibajos, etc. Es un documento imprescindible para la práctica competitiva de la psicología. Es un instrumento de comunicación entre los profesionales y permite la recopilación, organización y registro de la información relevante sobre el paciente.

La historia clínica psicológica debe poseer al menos lo siguiente:

- Datos de identificación del paciente: se indaga sobre datos que identifiquen al paciente y proporcione una idea clara de su situación actual).
- Motivo de consulta (razón por la que solicitan auxilio psicológico: receptorá la necesidad del paciente quien explica los síntomas que lo aquejan y que están perjudicando las diferentes áreas (afectiva, cognitiva, conductual, fisiológica entre otras); pero además el terapeuta deberá identificar y diferenciar tanto entre el motivo y la demanda terapéutica conocida como aquella necesidad subyacente que puede ser inconsciente pero que necesita ser resuelta y que muchas veces encuentra su escape a través del motivo de consulta manifiesto. El terapeuta deberá identificar el objetivo real

de la consulta que probablemente va más allá del tratamiento del síntoma inicial.

- Antecedentes personales y familiares: se detalla el desarrollo del paciente desde la concepción hasta la edad actual, datos trascendentes como enfermedades o particularidades importantes de cada edad.
- Exploración psicológica: desde el ojo clínico del experto se debe anotar cómo se ve al paciente durante el proceso. En el área clínica el terapeuta está capacitado para identificar signos y síntomas que pueden sugerir negligencia, maltrato, abuso, abandono, que requerirán de una derivación a interconsulta o asistencia prioritaria. Esta información no solo se registra, sino que se da el seguimiento que corresponde.
- Diagnóstico: se anota lo obtenido en la evaluación verificada más las apreciaciones que el terapeuta pueda tener de acuerdo con lo observado y conversado. Se aclara que el diagnóstico no es un resultado para *etiquetar* o *encasillar* al paciente en un cuadro patologizante; sirve para trazar la ruta del tratamiento y planificar la intervención idónea para cada caso.

Ahora bien, no todos los diagnósticos serán fáciles de entender y asimilar, muchas veces nos enfrentaremos a procesos de resistencia y negación de una realidad que ha sido el resultado de todo el proceso anteriormente mencionado. Cuando los resultados arrojan un pronóstico desfavorable —que evidentemente debe ser comunicado—, el terapeuta debe dominar un estilo asertivo y apropiado de interlocución y desarrollar habilidades empáticas fuertes para sintonizar con la reacción del paciente. Del mismo modo manejar herramientas de contención que permitan aliviar la crisis del receptor para luego pasar a una explicación clara, concreta pero realista de la situación, sobre todo porque muchas veces la devolución de resultados implicará la derivación del paciente a otros especialistas en el área de la neurología, estimulación, psiquiatría, etc.

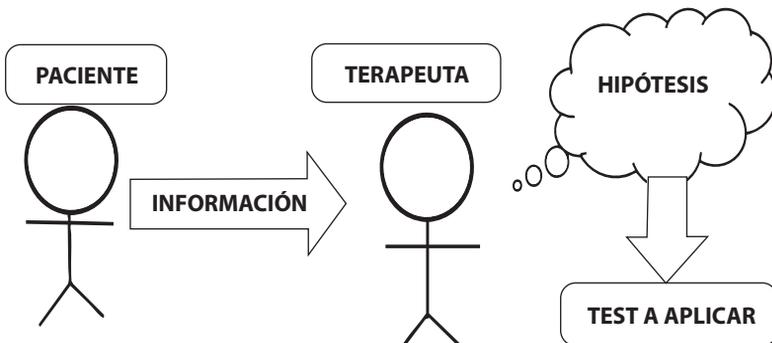
Al final, todo esto desembocará en la realización de un plan de intervención que implica redactar la propuesta de trabajo utilizando técnicas adecuadas y ajustadas a la realidad de cada caso. La historia clínica psicológica debe ser completa, precisa y actualizada. Es importante que el profesional esté capacitado para elaborarla y que siga las normas establecidas. En el capítulo 4 de este libro, se revisará a mayor profundidad cada uno de sus indicadores.

### ***Planteamiento de hipótesis***

Una vez recogida la pesquisa a través de la entrevista, historia clínica, observación entre otras fuentes; el psicólogo deberá anclar los datos para presumir la posible situación diagnóstica de su paciente; esto solo lo logra planteándose hipótesis o supuestos de la condición. Este es un trabajo netamente del psicólogo, aquí no interviene el paciente o su familia por ese motivo los datos recolectados deben ser los correctos y suficientes porque además de un adecuado planteamiento de hipótesis se desprenderá la evaluación, es decir se escogerá los reactivos que se aplicarán para corroborar o descartar las hipótesis.

#### **Figura 1**

*Figura explicativa sobre cómo se formula la hipótesis*



### *Evaluación*

El psicólogo ha establecido sus hipótesis, tiene el panorama claro de por dónde puede ir la condición del paciente por lo tanto ha llegado el momento de escoger los instrumentos psicométricos adecuados para con base a los resultados corroborar o descartar las hipótesis antes planteadas. Ahora bien, es necesario considerar los siguientes factores para escoger los test que se aplicarán a niños y adolescentes:

- El objetivo de la evaluación: ¿qué se procura valorar? Se trata de conocer información general del desarrollo, es decir en el motivo de consulta los representantes expresan su necesidad de abarcar varias áreas para conocer lo que acontece y eso muchas veces puede ser sugerido por el mismo profesional dado el desconocimiento de los padres, o expresan la necesidad de un diagnóstico específico.
- Las características del niño o adolescente: edad, nivel de desarrollo, habilidades cognitivas, realidad socioeconómica, predisposición al trabajo, etc.
- Las preferencias del niño o adolescente: algunas pruebas pueden ser más atractivas o interesantes para los niños que otras. Si bien esto no está sujeto a determinar la evaluación, es necesario que el profesional lo considere.
- La disponibilidad de las pruebas: es importante afirmar que los test seleccionados existan disponibles y validados para la región.

Además, es importante considerar que este proceso toma tiempo, hay test que no pueden ser aplicados en una sola sesión (todo esto está explicado en el encuadre terapéutico), muchos otros requieren material específico el mismo que debe estar listo y bajo las normas de calidad determinadas por la herramienta. Sin duda, la elección de los test a aplicar a niños y adolescentes es una labor compleja que solicita de la experiencia y el conocimiento del psicólogo.

### ***Elaboración de resultados, entrega de informe***

Ya casi ha concluido el proceso psicodiagnóstico. La elaboración del informe es un paso que implica tiempo debido a que el psicólogo debe detenerse a analizar todos los resultados obtenidos en el proceso. Recordemos que éstos no salen únicamente de las pruebas aplicadas, son el producto de lo encontrado en las pruebas psicométricas, más la información recolectada en las entrevistas con los representantes, más las apreciaciones objetivas y subjetivas que el psicólogo ha podido elaborar en el camino.

Emitir un diagnóstico no es tarea fácil, en muchos casos éste puede marcar la historia no solo del paciente identificado sino de su familia y repercute en las decisiones que se van a tomar. Un diagnóstico conlleva identificar la presencia de un trastorno o condición psicológica que está causando problemas en el funcionamiento del niño o adolescente. Es recomendable incluso que cuando el psicólogo encuentra una condición que puede ser susceptible de cambios, no se maneje el término *diagnóstico* a secas, sino se maneje como diagnóstico *presuntivo*, *presunción diagnóstica*, o incluso simplemente *conclusiones del estudio*; de esta manera, las aseveraciones que se hacen en ese momento están sujetas a cambio lo que sin duda baja los niveles de ansiedad de quienes reciben los resultados. Entregar el informe con los resultados no solo implica el decir a los representantes lo que está pasando con el niño o adolescente, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- El informe debe estar elaborado en un documento formal y debidamente firmado por el experto.
- El informe debe ser entregado a los representantes, se recomienda tener una copia que al final se hace firmar a los padres y eso queda bajo custodia del psicólogo como una constancia de la recepción de información.
- Puede ser que, en el caso de adolescentes, éstos pidan también estar presentes en la entrega de resultados, esto debe ser autorizado.

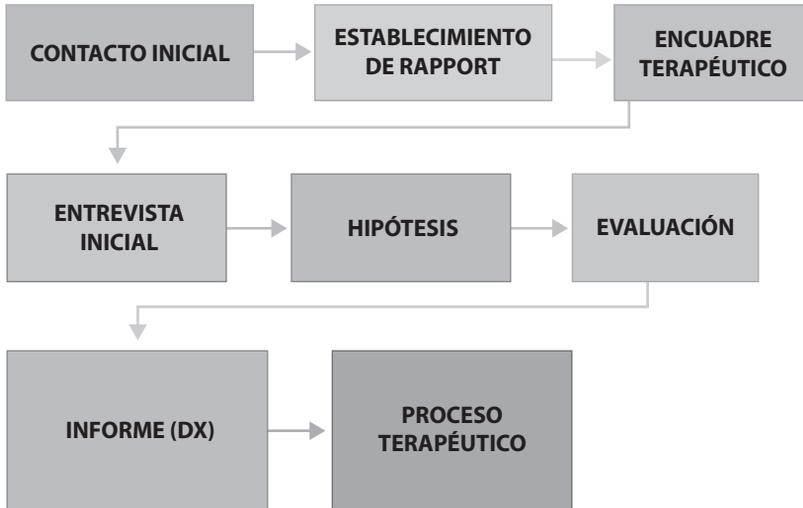
- La sesión de entrega de informe no debe convertirse en un encuentro en que se develan asuntos tratados de manera confidencial, el psicólogo debe saber redactar adecuadamente la información para que diga lo que se requiere sin invadir el proceso de confidencialidad.
- El formato del informe no solo contiene el diagnóstico, incluye temas como los datos de individualización, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, pruebas aplicadas, diagnóstico, recomendaciones y, claro, la firma del profesional responsable.
- El terapeuta debe saber que esta sesión de entrega de informe puede ser compleja, tanto como sean los resultados encontrados.
- En la entrega de informe no solo se dará a conocer los aspectos negativos o conflictivos del caso, se recomienda iniciar con los aspectos favorables del paciente.
- El terapeuta debe aclarar que los resultados entregados no son para clasificar o etiquetar al paciente bajo una determinada denominación.
- La información que se proporcione debe ser clara, con un lenguaje técnico pero sencillo para que el receptor pueda entender y se debe hacer todas las aclaraciones que se requiera para evitar que al salir el paciente o sus representantes busquen ampliar explicaciones en fuentes poco fidedignas como páginas de internet, etc.

Como se indicó, en el capítulo 4 se hace un abordaje completo sobre el informe psicológico, tipos y ejemplos contextualizados a diversos casos. La historia clínica o informe psicológico clínico, es susceptible de adaptarse a las necesidades del psicólogo. De esta manera, hemos realizado un recorrido por los pasos que el psicólogo debe seguir para llegar a cumplir el proceso psicodiagnóstico, esto es importante porque de aquí se desprende el *proceso psicoterapéutico*, es decir el tratamiento propiamente dicho.

## Resumen de este apartado

**Figura 2**

*Ruta del proceso psicodiagnóstico con niños y adolescentes*



### ***Definición, comprensión, funcionamiento y relación entre el psicodiagnóstico clínico infanto-juvenil y el tratamiento***

#### *Proceso de diagnóstico*

Son muchas las definiciones que se han planteado sobre psicodiagnóstico para niños y adolescentes, en este apartado presenta algunas de ellas. El objetivo es identificar y comprender las características psicológicas de una persona, con el fin de crear un diagnóstico seguido de un plan de intervención (Fernández Ballesteros, 2010, p.28). Es un asunto complejo que demanda la aplicación de métodos e instrumentos psicológicos estandarizados, así como de la experiencia y el conocimiento del psicólogo. Es un instrumento significativo para los expertos de la salud

mental, porque les admite comprender mejor a las personas y brindarles una atención adecuada.

Julia Cortés y Mariavictoria Benavente (2007) lo definen como un escenario bipersonal, de estabilidad limitada, que conduce a lograr una representación y agudeza de la personalidad total de la vida evaluada. María Vives Gomila (2007) indica que el procedimiento esgrimido en la aplicación de un psicodiagnóstico es el método científico.

Entonces, una vez conocida la propuesta de varios autores sobre lo que es un proceso psicodiagnóstico, queda claro que el profesional de la psicología debe contar con las bases y conocimientos sólidos en el área de la ciencia que corresponde, es un proceso estructurado, esquemático con pasos ordenados y definidos que facilitan el quehacer del experto, pero lo más importante, proporciona los datos necesarios y válidos para determinar de manera adecuada la situación real del paciente. Además, en el caso de los infantes y jóvenes permite un acercamiento a las perspectivas de varios actores de la realidad; el propio paciente, desde su sentir y con sus argumentos, la familia desde su óptica afectiva y emocional (porque también se moviliza y se ajusta a los acontecimientos y en la mayoría de los casos intervienen), también actores externos como escuela, familia extendida, amigos (que desde su visión juzgan la situación).

El psicodiagnóstico es un proceso que utiliza el método clínico, se debe considerar el por qué, cuándo y para qué el paciente lo requiere; iniciemos el recorrido de estos cuestionamientos. El niño y el adolescente son seres bio psico sociales aún dependientes, para las legislaciones mientras no se cumpla la mayoría de edad no está capacitado para ejercer ciertos derechos que solo los adquiere cuando, constitucionalmente, es considerado un ciudadano con voz y voto. Esto se menciona porque, en muchos casos, cuando van a consulta psicológica son *llevados* por sus padres o representantes y, lo que es más común aún, no por voluntad propia, sino porque los adultos lo consideran necesario o son exigencias condicionadas, como por ejemplo una solicitud de la escuela, una orden

judicial, una alternativa de reconstrucción relacional para que el sistema familiar funcione, etc.

González-Arroyo *et al.* (2019) indican que los niños o adolescentes asisten a consulta psicológica porque presentan problemas emocionales o conductuales al experimentar una amplia gama de experiencias que producen ansiedad, depresión, ira o alteraciones en su comportamiento. Éstos pueden interferir con su capacidad para aprender, desarrollarse y formar relaciones saludables, otra razón puede ser la presencia de dificultades de aprendizaje o rendimiento académico que muchas veces los pone en quebranto frente a sus camaradas y eso hace notoria la dificultad, estas deficiencias pueden corresponder a elementos como la falta de atención y otros trastornos específicos del aprendizaje. Los problemas familiares o sociales como el divorcio, el abuso o el abandono emocional o físico, la intimidación o el acoso que sin duda aparece una huella negativa en el progreso de los niños y adolescentes. No podemos dejar de lado las áreas médicas y la salud mental, en algunos casos, los conflictos emocionales o conductuales de los niños y adolescentes pueden ser causados por condiciones médicas o de salud mental subyacentes. Sea cual fuera la razón del por qué, el psicólogo debe estar preparado para captar la información, procesarla y tratarla.

Respecto de la interrogante cuándo va a consulta se puede decir que esto varía de acuerdo con la cultura. Existen poblaciones que dentro de su dinámica de vida han establecido la prioridad del cuidado en salud mental. En nuestro caso, aún no existe esa gestión primordial de salud mental, menos que sea exigida o sentida desde una necesidad específica; en consecuencia, la asistencia al proceso psicodiagnóstico suele ocurrir no por prevención, sino para intervención directamente (no se generaliza, pero es la mayoría) y se lo busca cuando el nivel y la función del síntoma ha cobrado fuerza y quizá hasta ha llegado a alterar el funcionamiento del individuo y su contexto.

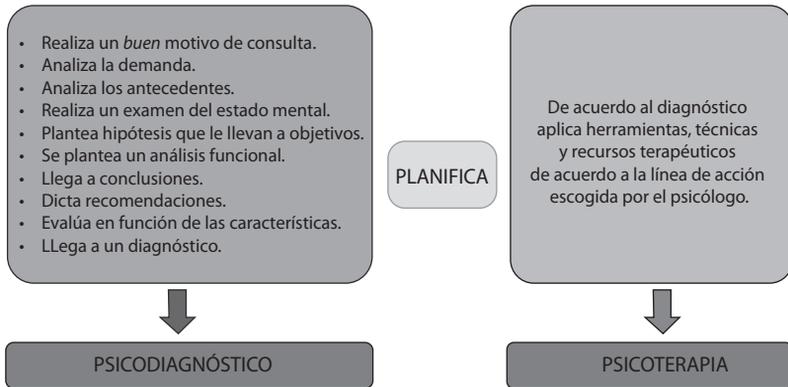
La función del síntoma se refiere a ese proceso inconsciente del individuo que busca dar utilidad a lo que le está pasando, razón por la que

no logra superar las dificultades que desde el consciente le molesta, altera su vida, su funcionamiento. No obstante, desde la otra instancia denominada inconsciente busca algo, por ejemplo, puede tener una *función de protección* para defenderse de situaciones dolorosas o *llamar la atención*. Mientras el síntoma está presente el individuo no pierde la atención de quienes lo rodean, mediante este *comunica algo*, frustración, tristeza, etc.

Finalmente, responder el para qué se asiste a consulta puede resultar lógico, para encontrar la solución al malestar sentido, para orientarse en los procesos de vida, para mejorar su nivel de funcionamiento o para sanar emocionalmente. Pero, no debemos desestimar la realidad de muchos pacientes quienes podrían responder que asisten a consulta para dar gusto a una tercera persona. Esto dará cuenta clara de la resistencia ante el proceso.

#### *Relación entre el proceso psicodiagnóstico y el tratamiento*

Establecer un adecuado proceso psicodiagnóstico es indispensable del que dependerá el tratamiento que el terapeuta planifique para el paciente. El psicodiagnóstico y la psicoterapia son dos técnicas diferentes. El primero incluye la evaluación psicológica y su objetivo es conocer la situación, las posibles causas, el funcionamiento del síntoma manifiesto y establecer un diagnóstico que llevará a identificar un adecuado plan de intervención. La psicoterapia, en cambio, es el proceso mismo de tratamiento psicológico que se planificará dependiendo de lo encontrado en lo anterior y su objetivo es socorrer a las personas en sus aprietos, pero desde un enfoque técnico, con estrategias cuidadosamente seleccionadas para cada caso y con técnicas específicas para la necesidad del paciente. La relación entre el psicodiagnóstico y la psicoterapia se consigue abreviar en los sucesivos puntos:

**Figura 3***Relación entre el psicodiagnóstico y la psicoterapia*

## Variables contextuales del grupo etario

Ya se ha dicho que como seres bio-psico-sociales estamos en constante cambio y desarrollo. El proceso psicodiagnóstico con niños y adolescentes debe considerar los procesos evolutivos que se dan en estas etapas de la vida pues muchos de los procesos no habrán alcanzado su total madurez de conformación, lo que seguro repercutirá en el comportamiento del paciente. Tanto padres como educadores o personal de la salud mental que trabaja con este grupo etario deben conocer las características que se pueden esperar en estos ciclos de vida para no confundir lo que es realmente un problema de lo que puede ser una parte del camino evolutivo.

Lourdes Ezpeleta (2001), indica que en la entrevista psicológica con este grupo etario se activarán el recuerdo, la concepción de sí mismo, la conciencia social, la vigilancia, la franqueza, la expresión y el juicio de las emociones. Propuesta que nos permite ver que el profesional debe conocer cómo evoluciona cada una de estas áreas dependiendo de la edad del paciente para que desde una comprensión holística se pueda planificar una adecuada intervención.

### *Etapas del periodo vital del infante y adolescente*

Hacer un abordaje completo del progreso del ciclo vital del niño y adolescente merecería un libro completo, no solo por la amplitud en variedad de características, sino porque las especificidades de ciertos elementos presentes obedecen a particularidades del contexto. En este apartado se considerará algunas características relevantes, dejando claro que es necesario ampliar la información con diversas fuentes especializadas en procesos de desarrollo:

**Tabla 1**

*Características relevantes del desarrollo en edad preescolar, escolar y adolescencia*

EDAD	ÁREA DE DESARROLLO	CARACTERÍSTICAS
PREESCOLAR 3 A 6 AÑOS	Físico	<p>Importante crecimiento corporal, cambios notorios en el tamaño, el cerebro y su sistema nervioso maduran, aumenta su sistema inmunológico, los procesos alimenticios son variados, dependen mucho de los acontecimientos que se dan en la vida del niño; es una etapa de prueba de alimentos y definición de gustos. Es importante en este momento fomentar hábitos adecuados que, aunque presenten variaciones cuando son trabajados de manera adecuada, se vuelven permanentes.</p> <p>Las horas de sueño disminuyen. Los bebés tienen a imperiosa necesidad de descanso que, a medida que crecen se reduce. Alrededor de los 6 años, estos procesos se regulan.</p>
	Intelectual	<p>Según Papalia y Matorell (2017), sobre las ideas de Piaget, atraviesan la etapa preoperacional porque piensan en símbolos, personas, objetos que no se hallan presentes. La palabra es el tema principal de la etapa.</p> <p>De acuerdo con Cortes y Benavente (2007), la función simbólica está presente en los niños de tres maneras: a través de la reproducción diferida, la recreación simbólica y la palabra. Dentro de esta etapa también existen ciertas características que dificultan el desenvolvimiento como la aparición del egocentrismo, la irreversibilidad; no comprenden que un estado puede cambiar a otro. La centración, es decir no comprenden que una situación puede tener varias perspectivas, entre otras.</p>

	<p><b>Lenguaje</b></p>	<p>El niño ya distingue el yo, su lenguaje está muy desarrollado y permite una conversación en doble vía, la comunicación es muy fluida. Utilizan pronombres, preposiciones, artículos y reglas gramaticales más elaboradas, también en esta etapa el lenguaje privado es muy común (hablar con él mismo) lo que está relacionado con el pensamiento mágico.</p>
	<p><b>Emociones y personalidad</b></p>	<p>En este rango etario se puede notar ya los rasgos de personalidad que se irá definiendo y cimentando. Es un momento del ciclo vital en el que los niños atraviesan una crisis ya que entra en juego la iniciativa de la toma de decisiones frente a la culpa de las consecuencias, es decir, por un lado, quieren hacer su voluntad y tomar en sus manos las acciones haciéndose responsables, pero cuando algo no les sale como esperaban temen a la reprimenda de los padres. Es una etapa importante de identificación con el otro, los padres son figuras principales que constituyen una fuente de imitación.</p> <p>La fantasía en su máxima expresión está presente, por eso es común que los niños tengan temores y confusión entre lo que es real y no lo es. En esta etapa se debe considerar, además, el estilo de apego que ha formado con sus progenitores y la calidad de los vínculos que ha establecido, considerando que son la base para las futuras relaciones.</p> <p>Recordemos también que se están cimentando las bases de la personalidad y se están desarrollando las primeras habilidades y estrategias de afrontamiento ante las adversidades por lo que es crucial la validación y la escucha activa de las emociones que el niño expresa, pero para lograr una mayor eficiencia lo primero que debe pasar es que debe aprender a identificarlas, reconocerlas a través del poder nombrarlas para, al final, poder manejarlas (claro está dentro de sus capacidades).</p>
	<p><b>Social</b></p>	<p>La estirpe es el primordial principio de imitación y socialización. Muchos de los hábitos que aquí se manejan quedarán instaurados en la vida del niño, sin embargo, cerca de los 6 años al ingresar a la escuela o antes si ha sido incluido en un centro de desarrollo, esta etapa entra en conflicto entre lo que se permite y lo que no pues no es novedad que las familias pueden tener costumbres que en el espectro social no se permitan (ejemplo, en casa se puede comer viendo TV, en la escuela eso no es permitido).</p> <p>Es necesario anotar que en los primeros años de esta primera infancia una de las características primordiales es la aparición de la agresividad como respuesta, condición que a medida que crece o desaparece sino su presentación deviene más aceptable (pasamos del golpe o la mordida a la protesta verbal o al silencio como castigo).</p>

EDAD ESCOLAR 6 A 12 AÑOS	Físico	El crecimiento es continuo, pero no evidencia marcados cambios en la estructura corporal más que el tamaño. Los hábitos, usualmente, están bien definidos y son estables (sueño, alimentación, conducta, ejercicio, etc.), muestran afición por deportes o prácticas que pueden comenzar a ser disciplinas en sus vidas. El juego es importante y es interactivo.
	Intelectual	La ubicación en el tiempo es importante, existen la etapa de operaciones concretas según Piaget. Están en el aquí y ahora, pero, a medida que crecen, reconocen muy bien la dinámica del pasado, presente y futuro. Entienden lo que es una promesa, entienden lo que es pedir perdón, se vuelven reflexivos en la toma de decisiones.
	Lenguaje	La comunicación es fluida e interactuante. Las conversaciones son de ida y vuelta, argumentan, contra argumentan, cuestionan, sintetizan y a medida que van creciendo van haciendo deducciones lógicas y buscando respuestas complejas.
	Emociones y personalidad	Al llegar a esta etapa ya están sentadas las bases de la personalidad. El niño es capaz de expresar claramente lo que siente y necesita. Requiere tener un sistema de apoyo amplio que lo acompañe y le proporcione seguridad, este sistema se amplía e introduce a terceros (por ejemplo, amigos).
	Social	Se da la inclusión a la educación formal y a procesos más complejos por lo que la instrucción de amistades se formaliza y se comienza a estabilizar. Usualmente hay una división de afinidad, los niños con varones y las niñas con mujeres, a partir de los 9-10 años esto cambia y comienza la interacción.
	Moral	Etapa que se despliega bajo el dominio de los tipos de interacción que el niño ha generado con su familia, pares, contexto en general y la cantidad y calidad de independencia que ha adquirido. Aprende a distinguir lo bueno de lo malo, se vincula a las normas sociales, acepta la condición de respeto por las pertenencias del otro. Comienza a comprender lo que le afecta a los demás y se sensibiliza con ello. Claro está para que el desarrollo moral tenga bases sólidas, el ejemplo debe venir de quienes lo rodean.
ADOLESCENCIA 12 A 18 AÑOS	Físico	El crecimiento es acelerado, se da el desarrollo de las representaciones sexuales secundarios (mujeres: senos, menstruación, vello púbico y axilar; varones: barba, vello púbico y axilar, testículos, pene). Cambios en el tono de voz (mujeres más agudas, varones más graves). La epidermis produce más sebo y propensa al acné.

	<b>Intelectual</b>	<p>Desarrollan el pensamiento abstracto, crítico y reflexivo, además desarrollan la inteligencia emocional.</p> <p>Comprende la complejidad del mundo que le rodea, sin embargo, no siempre lo acepta y en ocasiones el rechazo es expreso.</p>
	<b>Lenguaje</b>	<p>La gramática, pronunciación, vocabulario, fluidez y sintaxis crece. Su comunicación es abierta y en ocasiones muy explícita.</p> <p>Se configura bajo los esquemas de moda e imita frases y expresiones que lo ubiquen en el contexto.</p>
	<b>Emociones y personalidad</b>	<p>Las permutas en el estado de ánimo son constantes, pueden pasar de la ira a la calma, de la confianza a la desconfianza, de la tristeza a la felicidad en cuestión de minutos, con o sin motivos para hacerlo. La expresión de las emociones es más intensa que la de los adultos; buscan su propia identidad lo que los puede llevar a experimentar sentimientos de confusión y desorientación.</p> <p>Al ser una etapa de cambios; el adolescente está en proceso de adquirir habilidades de autorregulación emocional, lo común es evidenciar irritabilidad, dominio del impulso frente a la razón, dificultades en las relaciones sociales sobre todo con las figuras de autoridad.</p> <p>La adolescencia suele ser una etapa de distanciamiento con los padres para establecer su propia identidad.</p>
	<b>Identidad sexual</b>	<p>La adolescencia es una época decisiva en la que tiende la identidad sexual, es una etapa de descubrimiento y afianzamiento de quienes somos en relación con el área sexual. La exploración es parte de este momento de la vida y afianza el discernimiento que una persona posee de sí misma con relación con el sexo, la atracción sexual, la identificación con el género y las relaciones afectivas.</p> <p>En esta etapa la orientación sexual tiende a definirse y se expresa a través de las manifestaciones interactuantes sobre todo con el grupo de pares.</p>
	<b>Social</b>	<p>La búsqueda de pertenencia es un cambio principal, pasan de no importarles no ser tomados en cuenta (niñez) a buscar ser valorados y considerados, les gusta participar activamente en la sociedad a través de actividades extracurriculares.</p> <p>Les gusta pasar mucho tiempo con sus amistades dejando en un segundo plano a la familia.</p> <p>Etapa en la que pueden tener su primer enamoramiento y experimentar las relaciones formales.</p>

Luego de mencionar algunas características principales, no se puede dejar de lado lo psicopatológico, es decir cuando estas conductas, que son típicas del grupo etario, salen de control o su presentación presenta matices que llaman la atención es probable que estemos entrando en el campo de lo anormal. Determinar una conducta patológica en la niñez no es lo mismo que en la adolescencia o adultez, justamente por las variaciones que hay en la conducta debido a la evolución psicológica del paciente y a todos los intercambios físicos y hormonales a los que se enfrenta. Se hace hincapié que el niño y adolescente al ser subsistema dependiente en la familia va a depender mucho de la estabilidad mental de este sistema.

*Factores predisponentes, precipitantes, protectores y mantenedores para la aparición de dificultades en niños y adolescentes*

Los factores transgreden rectamente en la disposición de vida de las personas, por lo tanto, debemos comenzar por plantear algunas definiciones importantes:

*FORTALEZA INTELECTUAL INFANTO-JUVENIL*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el crecimiento de las habilidades sociales y emocionales del niño que le posibilitan vivenciar, controlar sus emociones, crear vínculos cercanos, seguros y adquirir conocimientos.

*CALIDAD DE VIDA*

Aborda la salud física de la persona, el estado fisiológico, la autonomía, sus interacciones sociales y la conexión que mantiene con su entorno (OMS, 2002).

*FACTORES PSICOLÓGICOS*

Elementos que constituyen la vida de la persona y que favorecen o perjudican su calidad de vida. Los factores psicológicos determinan el comportamiento de las personas.

**Figura 4***Factores psicológicos**FACTORES PREDISPONENTES*

Son todos aquellos factores que vuelven vulnerable a la persona para que desarrolle conflictos emocionales, psicológicos o psicopatológicos, es decir, características que tiene el paciente que lo vuelve más propenso a desarrollar una afección. Por ejemplo, problemas de aprendizaje, historia de disfuncionalidad en la familia, condiciones médicas, herencia mórbida, rasgos de personalidad (temperamento/carácter), etc.

*FACTORES PRECIPITANTES O DESENCADENANTES*

Aceleran la posibilidad de aparición de una enfermedad, por ejemplo, acontecimientos importantes que se convierten en detonantes, como por ejemplo una separación, el fallecimiento de alguien cercano, etc.

### *Factores mantenedores*

Son todas las condiciones que mantienen el equilibrio y evitan que el problema desaparezca. Usualmente esto se da porque el paciente o el sistema se acostumbran a la presencia del síntoma. Ejemplo, un niño que tiene TDAH y no ha sido evaluado porque la familia se acostumbró a las dificultades atencionales y conductuales del pequeño y conviven con ellas sin problema. Se convierten en ambientes patosintónicos que se caracterizan por la invalidación del síntoma ignorándolo y normalizándolo, esto transforma el entorno en un contexto de constante riesgo manteniendo el cuadro sindromológico, la disfuncionalidad interna, negligencia, etc.

### *Factores protectores*

Son todas las condiciones con las que, *sí* cuenta el paciente y que pueden ser una fuente de apoyo y alivio, ejemplo, la familia, los amigos, el estudio, los pasatiempos, etc.

## **Perspectivas de evaluación en psicodiagnóstico clínico infante-juvenil**

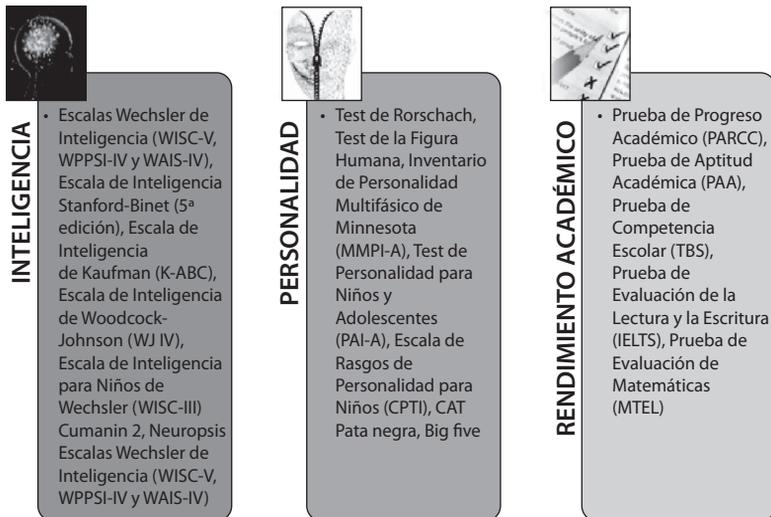
Las perspectivas de evaluación con niños y adolescentes son variadas, el psicodiagnóstico clínico infantil y juvenil hace referencia a los diferentes enfoques que se consiguen monopolizar para valorar la actuación, el progreso y la psique de los niños y adolescentes. Estas perspectivas están basadas en los diferentes modelos de desarrollo que se amparan en las teorías de autores que, a lo largo del tiempo, se han dedicado a abordar el adelanto del ser humano y las características psicológicas que se van presentando. Los modelos de apreciación sirven para compilar indagación sobre el niño o adolescente de diversas fuentes (como los padres, maestros, el niño o adolescente mismo y los registros médicos, a través de varios recursos como la historia clínica). Algunas de las representaciones de evaluación más comunes en psicodiagnóstico clínico infantil y juvenil son:

### Aspecto psicométrico

Esta perspectiva se basa en la medición a través de pruebas que implican resultados numéricos. Mide el comportamiento y el rendimiento del paciente mediante pruebas estandarizadas. La psicometría, rama de la psicología experimental, mide y cuantifica los métodos psicológicos y las capacidades cognitivas de una persona. Las pruebas psicométricas se utilizan para evaluar las habilidades y capacidades, como el desarrollo cognitivo, el aprendizaje, el lenguaje, la conducta, la personalidad y el funcionamiento social pero las pruebas deben ser escogidas dependiendo de factores como la edad del niño o adolescente, el porqué de la consulta, el problema que presenta, las características del paciente, etc. A continuación, una lista de opciones de test psicométricos que se puede considerar para evaluar diversas áreas. Cabe recalcar que no son todos, pero el psicólogo puede basar su búsqueda de las pruebas en este esquema:

#### Figura 5

*Tests psicométricos propuestos para la evaluación en el proceso psicodiagnóstico*





### HABILIDADES SOCIALES

- Inventario de Habilidades Sociales para Niños y Adolescentes (SSIS-R), Inventario de Habilidades Sociales para Niños (SSIS), Escala de Habilidades Sociales para Niños y Adolescentes (SSRS), Escala de Habilidades Sociales para Niños (SSIS-P)



### TRASTORNOS ESPECÍFICOS

- Test de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), EDHA, Test de Autismo para Niños y Adolescentes (ADOS), Test de Ansiedad Infantil y Adolescente (STAI-C), Test de Depresión Infantil (CDI), Conducta alimentaria



### OTROS

- Screening
- Pruebas complementarias que el psicólogo considera añadir a su proceso de evaluación

### *Perspectiva evolutiva*

Esta perspectiva evalúa el desarrollo del individuo a lo largo del tiempo. Verifica el cumplimiento de los hitos de acuerdo con cada etapa. Desde esta perspectiva se da la comprensión del desarrollo y determina lo que se puede esperar en cada una de las etapas. Cuando un psicólogo evalúa desde esta área, debe considerar el desarrollo físico, evaluar el crecimiento, fuerza, madurez física, desarrollo motor y salud en general. También debe evaluar el desarrollo cognitivo considerando los pilares de éste como son la comprensión, aprendizaje, memoria, razonamiento, pensamiento y, por supuesto la resolución de problemas, habilidad que progresa con la edad del niño o adolescente. No se trata solo de dominar los procesos mentales sino de aplicarlos de manera adecuada y ajustada a las situaciones de la vida diaria.

Dos áreas para considerar dentro de esta perspectiva son la socioemocional y la moral. A pesar de que se evalúa a niños, es necesario considerar estos elementos como una parte esencial del desarrollo pues no

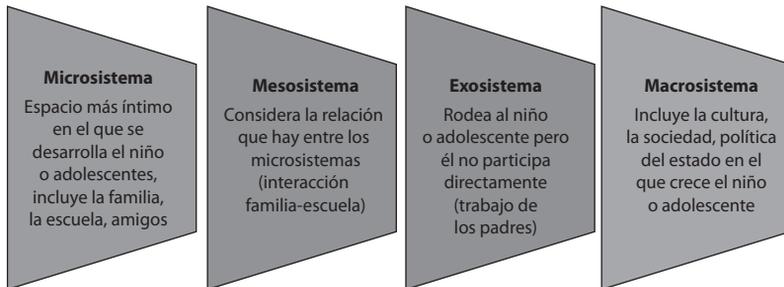
es solo las habilidades académicas, intelectuales o de aprendizaje. Procesos como la capacidad de adaptación, creencias, valores, habilidades sociales son necesarios para el desempeño en la vida diaria.

### *Perspectiva ecológica*

Esta perspectiva se utiliza para vislumbrar cómo el contexto influye en el desarrollo y el comportamiento de niños y adolescentes. Esta perspectiva puede ser útil para identificar los factores que contribuyen a un problema o trastorno (Bronfenbrenner, 1979). La perspectiva ecológica es holística y se centra en el contexto en el que el niño o adolescente vive y se desarrolla y cómo éste impacta, el entorno en el que el niño o adolescente crece puede influir en su comportamiento y desarrollo. Como se presenta en la Figura 6, en este sistema se consideran las siguientes áreas para la evaluación.

#### **Figura 6**

##### *Áreas de evaluación desde la perspectiva ecológica*



*Fuente:* Bronfenbrenner (1979).

Otra forma de utilizar la perspectiva ecológica en el psicodiagnóstico es evaluar los recursos del contexto. Por ejemplo, un niño que está viviendo en la pobreza puede tener menos recursos disponibles para apoyar su desarrollo. En este caso, la intervención se centraría en proporcionar recursos al niño y a su familia.

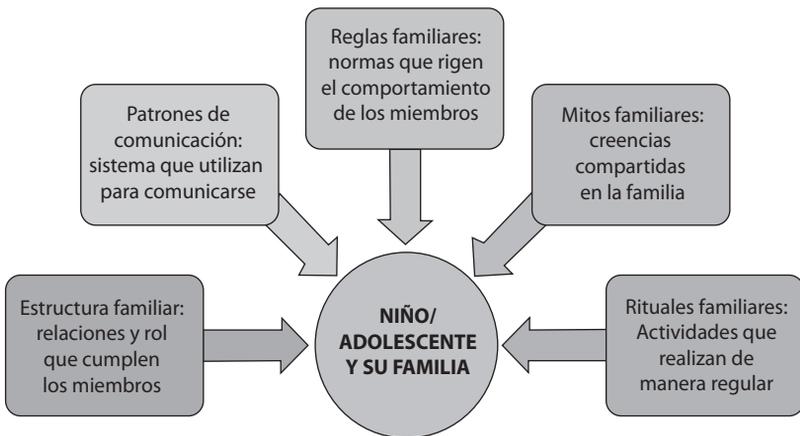
### *Perspectiva sistémica*

Salvador Minuchin, uno de los primordiales exponentes de la teoría sistémica para el abordaje de las familias y su contexto estructural, propone esta perspectiva como centro de análisis de las relaciones entre el niño o adolescente y su entorno. Los psicólogos sistémicos utilizan esta perspectiva para evaluar cómo las relaciones familiares, escolares y sociales consiguen influir en el comportamiento y desarrollo del niño o adolescente.

Esta perspectiva en psicodiagnóstico con niños y adolescentes se concentra en las relaciones entre los miembros de la familia o el sistema social del niño o adolescente. Este enfoque considera que el comportamiento de un individuo es influenciado por las interacciones con los demás y como esta interdependencia puede generar malestar o bienestar en general. En esta perspectiva se recomienda evaluar las siguientes áreas:

#### **Figura 7**

*Áreas para evaluar desde el enfoque sistémico*



Otra forma de utilizar la perspectiva sistémica en el psicodiagnóstico es evaluar los recursos de la familia. Por ejemplo, una familia que experimenta estrés puede tener menos recursos disponibles para apoyar el desarrollo

del niño. En este caso, la intervención se centraría en proporcionar recursos a la familia. La elección de la perspectiva de evaluación más adecuada para un niño o adolescente estriba de factores, como la edad del infante, la naturaleza de los problemas que presenta y los objetivos de la evaluación, el motivo de consulta manifiesto o latente. En general, cualquiera sea la perspectiva que el psicólogo escoja debe ser bien pensada para que sea adecuadamente planificada, entonces el psicólogo podrá tener la garantía de que el proceso psicodiagnóstico cumplirá con las expectativas esperadas.

Dentro del tratamiento para niños o adolescentes, se espera la máxima eficacia, sin embargo, esto no será posible si no se ha realizado todo el proceso psicodiagnóstico considerando los elementos mencionados en este documento, la colaboración de los informantes, la disposición del paciente (niño o adolescente), la confianza que un buen proceso de rapport aporta. Se consideran también la constancia, dedicación, esmero que se resume en el profesionalismo del psicólogo, podrán llevarnos al éxito con esta población poco sencilla de abordar. En general, el psicodiagnóstico clínico infantil y juvenil es complejo y requiere la composición de información de diversas fuentes. La meta de este proceso es suministrar una evaluación completa y precisa del niño o adolescente, que sirva de base para la creación de un plan de intervención adecuado.

### **Hora de juego diagnóstica, recurso de evaluación en el proceso psicodiagnóstico**

La hora de juego diagnóstica, técnica de evaluación psicológica, se maneja para evaluar el desarrollo y el comportamiento de los niños y adolescentes. Cuando se trabaja con este grupo etario se debe considerar que el principal recurso psicoterapéutico que es la palabra puede no ser suficiente. En el proceso se debe evitar las denominadas 'horas pesadas', espacios de tiempo en el que ni el paciente (niño o adolescente) sienten que están avanzando en la sesión pues o se carece de recursos planificados y no se sabe de qué hablar o lo preparado por el psicólogo no es del agrado del paciente.

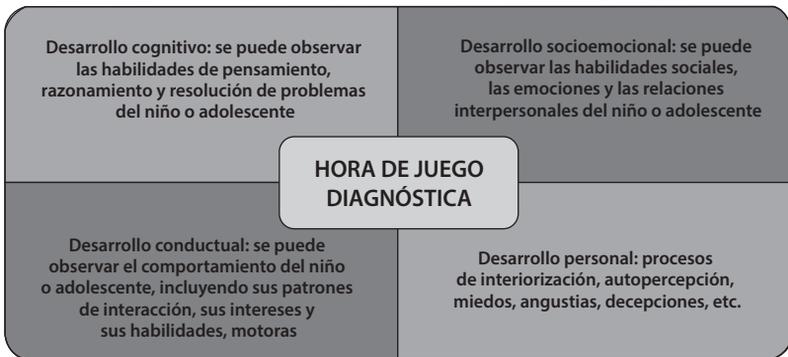
La hora de juego diagnóstica, recurso desarrollado en 1940 por Virginia Axline, psicoterapeuta estadounidense que propuso la terapia de juego o ludoterapia, técnica que partió de las doctrinas de Rogers y su psicoterapia centrada en el 'cliente'. Podía ser una forma natural de expresión para los niños y que podía proporcionar información valiosa sobre su desarrollo. Se trata de una sesión de juego libre en la que el niño o adolescente puede explorar su entorno y expresarse de forma natural, mientras tanto el psicólogo observa al paciente mientras juega y registra en sus apuntes, comportamientos, interacciones, verbalizaciones, ubicaciones, movimientos, etc. Con esta información el psicólogo arma el rompecabezas para la comprensión del desarrollo del niño o adolescente y poder identificar posibles problemas o trastornos.

Este apartado propone la secuencia que implica implementar este recurso. Lo primero es conocer qué permite evaluar la hora de juego diagnóstica; segundo, identificar sus etapas o fases; tercero, preparar la sesión de trabajo y contar con los recursos y materia prima necesarios.

*¿Qué permite evaluar la hora de juego diagnóstica?*

### **Figura 8**

*Aspectos que permite evaluar la hora de juego diagnóstica*



*¿Cuáles son las etapas de la hora de juego diagnóstica?*

El psicólogo debe conocer muy bien las fases para preparar este espacio terapéutico de evaluación y de proporción de información entonces guiarse con las siguientes recomendaciones puede ser útil para garantizar el adecuado avance del proceso:

1. Trate de contar con la mayor información posible sobre el niño y los contextos en los que se desenvuelve. Si bien es de suponer que para este momento el psicólogo se ha reunido con los padres o representantes del niño o adolescente y ha llenado la historia clínica, el profesional, de creerlo necesario, puede ampliar ciertos datos recabados con este instrumento aplicando otras entrevistas, todo ayudará al psicólogo a comprender mejor al niño o adolescente y a identificar las áreas que se deben evaluar.
2. El psicólogo debe tener claro los objetivos que persigue al aplicar este recurso, esto antes de comenzar la sesión. Los objetivos estarán determinados dependiendo la demanda por la que acudieron en busca de ayuda.
3. Se debe tener un plan de observación bien definido, es decir el psicólogo debe saber qué necesita observar, qué comportamientos lo tendrán alerta, qué interacciones manifiestas son las que se considerará importantes, qué verbalizaciones son las que se esperan, etc.
4. Finalmente, el psicólogo debe preparar adecuadamente la sala de juego, este debe ser un espacio seguro y acogedor donde el niño o adolescente se sienta cómodo para jugar. La sala debe estar equipada con una variedad de juguetes y materiales que sean convenientes para la edad y el progreso del niño o adolescente.

La recreación es una forma natural de expresión para los niños y adolescentes, se espera que todo niño quiera jugar. No se espera que este recurso sea un informante clave dentro de la evaluación, en consecuencia, demandará mucha comprensión y paciencia de parte del experto ya que probablemente se prepare todo, se aplique de manera adecuada, se cuente

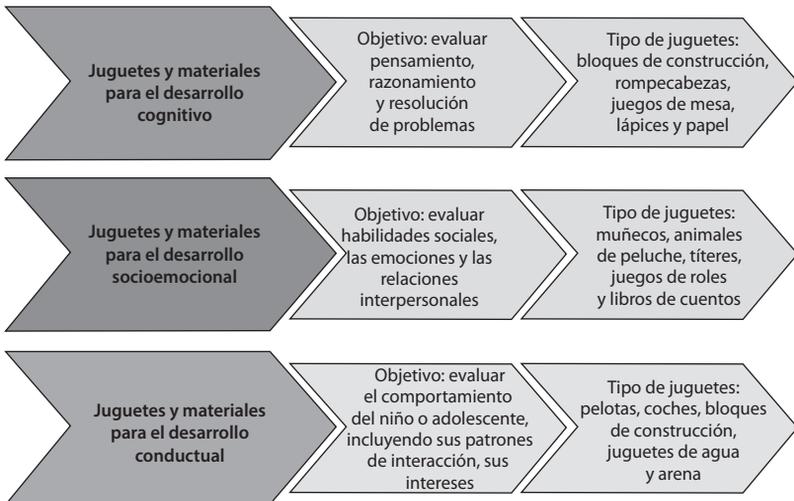
con todos los recursos, pero simplemente no proporcione la información que necesitamos.

*¿Con qué debemos contar para implementar la hora de juego diagnóstica?*

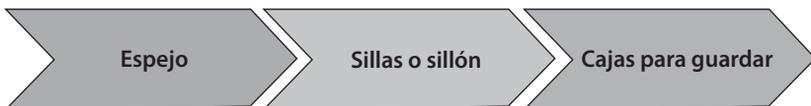
Como el trabajo a realizar es con niños y adolescentes (sabiendo que los segundos probablemente muestren resistencia al proceso), el psicólogo debe contar con materiales llamativos y crear un espacio adecuado para que los objetivos se cumplan. Se recomienda lo siguiente:

### Figura 10

*Elementos para llevar a cabo la hora de juego diagnóstica*



Además, se recomienda tener en el consultorio:



### *Beneficios de la hora de juego diagnóstica*

Los recursos con los que un psicólogo cuenta para poder trabajar con niños y adolescentes son muchos, saber escogerlos requiere una habilidad que, con la práctica y la experiencia, se perfecciona. Identificar aquellos que pueden ser más valiosos que otros, es clave, por ejemplo, la hora de juego como técnica para obtener información importante sin presionar al paciente o forzarlo a hablar.

Se puede mencionar muchos beneficios, aquí cito algunos de ellos:

- a. Permite evaluar las áreas que posiblemente presentan conflicto: conductual, socioemocional, cognitiva.
- b. Permite conocer los sistemas en los que el niño se desenvuelve, las interacciones, los acercamientos y alejamientos, las ubicaciones desde la perspectiva del paciente, los miedos y angustias, las necesidades, etc.
- c. Es una técnica no invasiva ni amenazante porque trabaja desde la libertad de que el paciente haga y exprese con el juego lo que desee.
- d. Es una técnica que muy pocas veces se enfrenta a la resistencia del paciente.
- e. Puede ser aplicada el número de veces que sea necesario entonces el psicólogo obtendrá siempre nueva información

### **Referencias bibliográficas**

- Alarcón, R., García, V. y Muñoz, A. (2018). *El proceso psicodiagnóstico de niños y adolescentes*. En S. López, J. López, y J. C. García (eds.), *Psicodiagnóstico infantil y juvenil* (pp. 23-44). Editorial Pirámide.
- Axline, V.M. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Houghton Mifflin.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Casas, M. y Buela-Casal, G. (2004). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y aplicaciones*. Síntesis.
- Cortés, J. y Benavente, M. (2007). *Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia Infantil*. RIL editores.

- Ezpeleta, L. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Editorial Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R. (2010). *Psicodiagnóstico: Bases y aplicaciones*. Madrid. Pirámide.
- González-Arroyo, M. C. y Martínez-Hernández, F. J. (2019). *Evaluación psicológica infantil y juvenil*. Pirámide.
- Hernández, G. (2020). *Psicodiagnóstico infantil y juvenil*. Editorial Síntesis.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Muñoz, A. y García, V. (2012). *Psicodiagnóstico infantil y juvenil*. Editorial Pirámide.
- Papalia, D. E. y Martorell, C. (2017). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill.
- Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2019). *Psicodiagnóstico: Evaluación psicológica*. Pirámide.
- Vives, M. (2007). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. Ediciones y publicaciones de la Universidad de Barcelona.



Capítulo 3

## Psicodiagnóstico clínico de la vida adulta y senectud

---

Pedro Andrés Muñoz Arteaga  
Universidad Politécnica Salesiana  
pmunoza@ups.edu.ec  
<https://orcid.org/0009-0006-6513-9654>

### Introducción

El psicodiagnóstico clínico, más que una herramienta que se aplica, se ha vuelto una especie de clave —una puerta de entrada— para acercarnos a la salud mental de personas adultas y de quienes están atravesando esa etapa compleja y muchas veces silenciada que es la vejez. No es solo técnica. No es solo estructura. Este proceso, que sigue cambiando, que se va redefiniendo, se ha convertido en una base firme desde donde mirar con más detalle y cuidado los recovecos de la mente humana. En esa línea, trabajos como el de D’Agostini y Rech (2019), recogidos en el artículo “Psicodiagnóstico con adultos”, son una contribución importante: no por decir algo nuevo en sí, quizá, sino porque saben mirar lo ya conocido desde un lugar distinto, más afinado, más atento.

Cuando hablamos de psicodiagnóstico, en realidad estamos hablando de una forma de escuchar —de leer— lo singular. Porque cada historia tiene su propio tono, sus propias costuras. Las relaciones familiares, las parejas, las heridas que se arrastran, los gestos cotidianos, las formas en que se nombran los síntomas o se esconden los malestares.

Todo eso, y más, forma parte de esa trama vivencial y biopsicosocial que no se puede reducir a una etiqueta diagnóstica. No es solo detectar ‘qué hay’, sino entender ‘por qué está ahí’ y ‘qué lo sostiene’. En ese sentido, el psicodiagnóstico también enseña; no solo al que empieza en la clínica, también al que ya lleva años, porque siempre hay algo que se escapa, algo nuevo que se aprende. Aporta herramientas, sí, pero también mirada, sensibilidad, criterio. Nos recuerda que hacer psicología no es solo aplicar pruebas, sino tener el tacto —y el coraje— de acompañar al otro desde lo clínico, sin dejar de lado lo humano. Esto no es menor, pues tanto el psicodiagnóstico como la evaluación psicológica están directamente ligados a las implicaciones éticas y legales que acompañan el ejercicio profesional (Fernández-Ballesteros, 2013; Muñoz y Fernández-Hermida, 2010).

Si uno se permite mirar más desde adentro —con pausa, sin tanta prisa teórica—, el psicodiagnóstico también nos empuja a hacernos preguntas que no siempre tienen respuestas inmediatas: ¿qué hay detrás de esos pensamientos que el otro trae?, ¿qué dice su emoción cuando no habla?, ¿qué significado tiene ese gesto repetido o esa forma de estar en ciertos espacios?, ¿cómo se mira a sí mismo?, ¿qué tanto pesa su historia?, ¿cómo imagina lo que viene después, si es que lo imagina? No son preguntas para adornar un marco teórico: son las que realmente orientan el encuentro clínico. Pero para que esas preguntas tengan sentido —y no se queden en intuiciones sueltas—, hace falta sostenerlas con una estructura sólida: entender bien desde dónde se evalúa, qué teoría sostiene lo que se observa, qué modelo de personalidad respalda el instrumento que se utiliza. Porque si el diagnóstico no parte de una mirada coherente con el sujeto que se tiene enfrente, entonces pierde profundidad, se vuelve mecánico y hasta puede ser injusto.

Este proceso, al final, no busca generalidades. Se mete —a veces torpemente, otras veces con mucha lucidez— en la singularidad de cada quien. Esas marcas que nos hacen únicos, eso que a veces ni siquiera se dice, pero se siente, son las claves para entender cómo alguien se comporta, por qué reacciona así, por qué repite o se detiene. Aunque suene obvio, el

psicodiagnóstico no solo sirve en lo clínico. También toca otras áreas. En salud, por ejemplo, es casi indispensable para ver con más claridad cómo funciona emocionalmente una persona y, desde ahí, pensar un tratamiento que no sea una receta, sino algo más vivo. En lo educativo, ayuda a pensar estrategias que se adapten al ritmo real de cada estudiante, sin forzarlo a encajar. En lo laboral, puede ser la brújula para entender si una persona va a poder desarrollarse bien en determinado rol, o si ese entorno va a terminar ahogándola.

No se trata de adivinar. Todo esto se construye con herramientas: entrevistas, pruebas, observaciones... cosas concretas, sí, pero también con una sensibilidad que se entrena. En ese recorrido, se arma una especie de mapa interno: cómo es la personalidad, qué emociones aparecen una y otra vez, qué pensamientos se cuelan sin que el paciente los note, cómo se acomoda —o cómo se resiste— a su propio entorno. Quizá lo más importante: reducir el psicodiagnóstico a *detectar trastornos* sería perder su riqueza. Porque, en realidad, lo más valioso es lo que permite descubrir por debajo: los recursos, las formas de adaptarse, los modos de resistir, esas pequeñas batallas silenciosas que muchas veces no se ven, pero que son las que sostienen a la persona, incluso en los días más difíciles. Esta mirada más amplia permite, además, adelantarse a posibles conflictos mentales antes de que se instalen y facilita la elaboración de intervenciones ajustadas a cada historia, a cada dinámica emocional y personal.

Es precisamente por eso que hablar de psicodiagnóstico en la adultez y en la vejez adquiere un peso particular. En esas etapas, donde se cruzan transiciones, pérdidas, resignificaciones y nuevas formas de estar en el mundo, se vuelve imprescindible un abordaje detallado, sensible, que no generalice. Comprender los procesos de envejecimiento, los cambios corporales, la movilidad social, los silencios que llegan con el tiempo, requiere una mirada distinta. El psicodiagnóstico, en ese escenario, no es solo una herramienta técnica: es una brújula que permite orientarse dentro de esas transformaciones profundas.

A lo largo de este capítulo, desmenuzaremos los distintos momentos y matices que atraviesa el psicodiagnóstico cuando se aplica en la adultez y en la senectud. No se trata solo de describir técnicas o modelos, sino de comprender con mayor hondura su valor clínico y cómo se entrelaza con los procesos de tratamiento psicológico. La adultez —con todo lo que implica— trae consigo una serie de retos, pero también oportunidades. Es una etapa en la que las personas asumen roles y responsabilidades que van mucho más allá de los que solían tener en la adolescencia. Decisiones importantes empiezan a formar parte de la vida cotidiana: elegir una carrera, sostener una relación, formar una familia, establecerse laboralmente... y con ello, inevitablemente, surgen tensiones, replanteamientos, bifurcaciones.

En este escenario, el psicodiagnóstico deviene una herramienta indispensable. No solo ayuda a observar desde fuera, sino a comprender desde dentro qué está ocurriendo psicológicamente en esta etapa de la vida. Permite, en ese sentido, acompañar de forma más precisa los procesos emocionales y personales que configuran a cada sujeto. La riqueza de esta práctica radica en su capacidad para captar los factores que inciden, directa o indirectamente, en la salud mental, el bienestar y la calidad de vida de las personas adultas. Este proceso permite adentrarse en dimensiones fundamentales: cómo está organizada la personalidad, qué estrategias se utilizan para enfrentar la adversidad, de qué manera se comunican las emociones, cómo se establecen los vínculos. Todos estos elementos resultan claves a la hora de diseñar una intervención que no sea simplemente genérica, sino hecha a la medida.

El psicodiagnóstico, además, tiene un rol decisivo en la detección de problemáticas como la ansiedad, la depresión, los trastornos de personalidad o aquellos trastornos que se vinculan al estrés; tensiones que, si no se abordan a tiempo, pueden expandirse y deteriorar diversas áreas de la vida del adulto. Pero no todo gira en torno a lo patológico. Parte del valor del psicodiagnóstico está también en reconocer las fortalezas que las personas ya tienen: su capacidad para resistir, adaptarse, para construir sentido en medio del caos.

Al evaluar elementos como la resiliencia, la autoeficacia o la inteligencia emocional, se abre la posibilidad de trabajar no solo sobre lo que falta, sino también sobre lo que ya está ahí, aunque a veces quede oculto. Cejudo *et al.* (2016), por ejemplo, mostraron cómo esas variables psicológicas influyen positivamente en la satisfacción con la vida, al menos en población universitaria. De forma similar, Meléndez *et al.* (2019) destacaron que la claridad emocional y la capacidad de autorregulación —ambas piezas de la inteligencia emocional— tienen una relación estrecha con la resiliencia, especialmente en adultos mayores.

Estos datos, nos devuelven una idea sencilla pero poderosa: conocer el funcionamiento psicológico no es solo detectar qué está mal, sino también descubrir qué puede fortalecerse. Factores como resiliencia, autoeficacia o inteligencia emocional juegan un papel importante en la manera en que las personas logran adaptarse a los cambios propios del proceso de envejecer. Son, en cierta medida, amortiguadores psíquicos que permiten atravesar esta etapa con más equilibrio emocional, con mayor capacidad de respuesta frente a los desafíos llegan con los años. Lo que muestran los hallazgos es que el psicodiagnóstico, cuando se aborda de forma integral, no debe enfocarse únicamente en detectar lo que falla, también debería iluminar aquello que aún se sostiene, que puede fortalecerse, que representa un recurso interno útil para sostener el bienestar y el crecimiento personal incluso en etapas avanzadas de la vida.

Desde esa mirada más amplia, Rodríguez Uribe *et al.* (2010) aportan una reflexión relevante al poner el foco en la importancia —y también en la eficacia— de las intervenciones psicológicas orientadas a personas mayores. La vejez, esa etapa cargada de símbolos, de quiebres, de silencios nuevos, muchas veces difíciles de nombrar. No llega sola. Trae consigo cambios que atraviesan el cuerpo, la mente y lo social —y no siempre de forma suave ni ordenada. Por eso el psicodiagnóstico, en este tramo del camino, adquiere otro peso. Se vuelve una especie de puente que permite acercarse al mundo emocional y cognitivo del adulto mayor con un poco más de cuidado, con otra mirada, quizá más atenta al detalle, más dispuesta a escuchar lo que no siempre se dice en voz alta.

Evaluar en la senectud no es un plus ni un recurso accesorio. Es una necesidad real. Si no comprendemos a fondo lo que atraviesa mental, emocional o cognitivamente a una persona mayor, todo lo demás se nos escapa —los síntomas, los vínculos, las decisiones clínicas. Trabajos como el de Allegri *et al.* (2015) han puesto el foco justo ahí: en cómo el deterioro cognitivo, las demencias o el Alzheimer aparecen, muchas veces, sin que nadie los nombre a tiempo. Pero cuando se los detecta temprano, todavía se puede hacer algo. A veces no se trata de revertir, pero sí de sostener lo que aún está intacto, proteger la autonomía, alargar el bienestar.

Porque cuando algo empieza a cambiar, el cuerpo y la mente suelen dar avisos. Y si uno está atento, los ve. Olvidos que ya no son casuales. Decisiones que antes salían fácil y ahora cuestan. Tareas simples que se vuelven un lío. Esa desorientación que llega sin razón aparente. Todo eso, si se observa bien, puede abrir la puerta a una evaluación preventiva, antes de que el deterioro avance y se instale sin retorno.

Una evaluación cuidadosa puede anticipar lo más específico: esa memoria reciente que empieza a fallar sin motivo claro, palabras que se pierden en la boca (afasia), manos que no encuentran el orden para moverse como antes (apraxia), rostros que se hacen desconocidos (agnosia), pensamientos que no se articulan igual, tareas que se quedan a medias porque las funciones ejecutivas ya no responden del mismo modo. Todo eso —cuando se integra y se escucha bien— da lugar a diagnósticos más afinados: deterioro cognitivo leve, trastornos neurocognitivos mayores, Alzheimer. El psicodiagnóstico ofrece una base sólida para diseñar estrategias preventivas, intervenciones hechas a medida y planes de acompañamiento que no solo impactan en quien envejece, sino también en sus entornos más cercanos: la familia, los cuidadores, las redes que lo rodean.

Durante esta etapa de la vida, el psicodiagnóstico también se ocupa de algo quizás más silencioso, pero igual de importante: evaluar cómo la persona se está adaptando a los cambios que trae consigo el envejecimiento. Hablamos de transiciones como la jubilación —que no siempre se vive como un descanso—, la pérdida de vínculos significativos, el progresivo

declive en la movilidad, o el tener que lidiar con enfermedades crónicas. Todos estos cambios, aunque comunes, no siempre son fáciles de asumir; y cuando se desbordan, pueden convertirse en fuente de ansiedad, tristeza profunda o incluso en el inicio de una depresión.

Un punto que no debe pasar desapercibido es el de la desocialización. Con el paso del tiempo, muchas personas mayores se ven envueltas en un proceso progresivo de aislamiento. La red social se va achicando —por pérdida, por distancia, por falta de espacios— y eso tiene consecuencias. La disminución del contacto con otros, la ausencia de actividades que den sentido al tiempo cotidiano, la sensación de no pertenecer ya a ninguna trama significativa... todo esto puede intensificar la vivencia de soledad y, como se ha visto, acelerar incluso el deterioro cognitivo. La salud emocional y la salud mental, en esta etapa, están profundamente atravesadas por cuánto vínculo queda disponible. Aquí el psicodiagnóstico vuelve a ser clave. No solo para marcar los focos de riesgo, sino para ayudar a trazar caminos que promuevan el bienestar emocional, el fortalecimiento de las relaciones sociales y la capacidad de resistir con dignidad los embates del tiempo. Evaluar cómo se siente la persona consigo misma, cuán acompañado o solo se percibe, qué tanto disfruta su vida o cuánto valora lo que le queda por vivir. Porque de su adecuada comprensión dependerá la posibilidad real de construir intervenciones que no se limiten al síntoma, sino que apunten al cuidado integral.

Estudios como el de Andrade Palos *et al.* (2022), realizado en México, ponen en evidencia lo esencial que resulta el apoyo social en esta etapa: a mayor nivel de redes sociales activas y menor percepción de soledad, mayor también es la satisfacción con la vida. Es decir, no se trata solo de sentirse bien, sino de tener con quién sentirse bien. De forma similar, Tíjeras *et al.* (2010) subrayan que el bienestar emocional en los adultos mayores está profundamente relacionado con el apoyo social recibido y con la posibilidad de satisfacer necesidades psicológicas básicas, como el reconocimiento, la conexión o el sentido. Estos hallazgos son un llamado a mirar de forma sensible el tejido social de las personas mayores. Fortalecer

las redes de apoyo, tejer vínculos donde ya no los hay, combatir la soledad, también es parte del acto terapéutico. En resumen, el psicodiagnóstico, bien empleado, puede ser la puerta de entrada a ese proceso reparador.

## **Exploración de las etapas de desarrollo e implicaciones en el proceso de diagnóstico**

La adultez suele estar marcada por un proceso de consolidación de la identidad y la asunción de responsabilidades que, en muchos casos, redefinen la vida misma. Es una etapa donde los compromisos se intensifican y, con ellos, aparecen desafíos que inciden directamente en el bienestar emocional y en la salud mental de las personas (Bados y Vázquez, 2018). Desde el enfoque del psicodiagnóstico, no alcanza con entender los síntomas sueltos, hay que ver también cómo los desafíos propios de esta etapa se encarnan en la clínica real, en los relatos cotidianos, en el cuerpo que se agota o en la palabra que se quiebra. Si no se hace ese trabajo fino, el tratamiento corre el riesgo de parecer un protocolo más, algo enlatado, que no tiene nada que ver con la historia singular de quien está al frente (Navarro y Jiménez, 2022).

Uno de los espacios donde todo eso se vuelve más visible —a veces más crudo— es en el mundo laboral. Gran parte de la vida adulta se va ahí: entre horarios, correos urgentes, jefes, reuniones que se acumulan, metas que a veces ni se entienden del todo. Si bien el trabajo puede dar sentido, pertenencia, hasta alegría, también puede ser ese lugar donde el cuerpo se cansa más rápido, donde la ansiedad se normaliza, donde el agotamiento se disfraza de productividad. Por eso, al evaluar, no puede dejar ese escenario por fuera; hay que mirar cómo se está adaptando esa persona a su entorno laboral. ¿Qué hace con el estrés diario? ¿Qué herramientas tiene para no quebrarse cuando todo aprieta? ¿Qué estrategias ha armado (o improvisado) para sostenerse? Esa parte no puede faltar en el psicodiagnóstico, porque si no se incluye, el diagnóstico queda incompleto. Peor aún: el tratamiento puede terminar hablando de otra persona.

Ahora bien, no todo gira en torno a lo profesional. La estabilidad emocional y los vínculos afectivos también juegan un papel decisivo en esta etapa. Muchas personas adultas ya han establecido relaciones de pareja estables, están criando hijos o asumiendo roles familiares. Analizar la calidad de esos vínculos —las dinámicas afectivas, los posibles conflictos, la capacidad para sostener relaciones emocionalmente sanas— es clave si se quiere comprender el malestar emocional desde una perspectiva más amplia. Trastornos como la ansiedad o la depresión, en muchos casos, encuentran raíces profundas en estas dimensiones relacionales (Bados y Vázquez, 2018; Navarro y Jiménez, 2022). A esto se suman otras transiciones de la adultez: la salida del hogar de los hijos, el cuidado de padres mayores, la reconfiguración de los lazos familiares, el reencuentro (a veces incómodo) con uno mismo cuando los roles externos se transforman. Cada una de estas transiciones tiene un peso emocional que no siempre se visibiliza, pero que puede convertirse en una fuente importante de desequilibrio si no se aborda adecuadamente (Bados y Vázquez, 2018).

Frente a esta complejidad, el uso articulado de distintas técnicas e instrumentos diagnósticos permite construir una mirada más abarcadora. No basta con identificar síntomas; se trata de leer las entrelíneas, de comprender las tensiones emocionales, de reconocer las dinámicas interpersonales que atraviesan al sujeto. Este tipo de evaluación profunda no solo facilita un diagnóstico más ajustado, sino que también permite prevenir problemáticas futuras, anticipar posibles desbordes o incluso diseñar estrategias de intervención más cuidadosas y eficaces. Bados y Vázquez (2018) llevaron a cabo un estudio en el que se compararon los resultados entre adultos que atravesaron un proceso psicodiagnóstico completo y aquellos que no lo recibieron. Los datos fueron elocuentes: quienes fueron evaluados de forma integral mostraron mejoras significativas en sus niveles de ansiedad y depresión. Lo cual confirma que diagnosticar bien no solo sirve para nombrar lo que duele, sino que también puede ser, en sí mismo, el primer paso hacia una forma distinta de habitar el malestar.

## ***Adultez: explorando el funcionamiento psicológico***

La adultez, en términos generales, abarca ese tramo de vida que va desde mediados de los veinte años hasta la jubilación. A lo largo de este extenso período, las personas se enfrentan a una diversidad de experiencias y desafíos que impactan de manera directa —y a veces silenciosa— en su equilibrio psicológico y emocional. Desde el rol profesional del psicólogo, comprender cómo se manifiestan estos cambios en la salud mental es esencial para realizar diagnósticos más precisos y humanamente sensibles.

### *Estabilidad emocional y adaptación al cambio*

Durante esta etapa, la vida se va llenando de tareas que exigen compromiso constante: formar una familia, avanzar en la carrera profesional, tomar decisiones económicas de peso, resolver conflictos domésticos, acompañar procesos familiares. En ese contexto, debe evaluarse cuán estable emocionalmente se encuentra la persona y qué tan capaz es de adaptarse a los cambios, porque muchas veces esos ajustes no son tan sencillos como se espera. Eventos como perder un empleo, asumir una nueva carga familiar o atravesar alteraciones en la estructura del hogar pueden desestabilizar profundamente el estado emocional y deben ser considerados dentro del proceso diagnóstico.

En este sentido, es importante diferenciar los tipos de crisis que puede enfrentar una persona adulta. Hay aquellas crisis vitales que podríamos considerar *normativas*, es decir, esperables dentro del curso del desarrollo: casarse, convertirse en madre o padre, mudarse, cambiar de empleo. Pero también están las crisis *paranormativas*, menos frecuentes, más inesperadas, como el divorcio, la pérdida repentina de un ser querido o una enfermedad grave. A esto se suman los eventos vitales estresantes —como una migración forzada o un colapso financiero— que, aunque no siempre sean clínicamente patológicos, pueden actuar como gatillos de síntomas emocionales y conductuales si no se abordan adecuadamente.

Por eso, el diagnóstico no puede limitarse a revisar síntomas sueltos ni a aplicar una batería de pruebas como si todo se resolviera en una hoja de respuestas. Hace falta mirar a fondo, detenerse en esos factores que, a primera vista, tal vez no parecen tan urgentes, pero que, con el tiempo, pesan, se acumulan y generan un malestar que a veces ni la persona sabe cómo nombrar. Cuando se logra ver ese trasfondo, cuando uno no se queda solo con ‘lo que aparece’, es posible pensar intervenciones más vivas, más ajustadas, que no solo busquen apagar el fuego del síntoma, sino también encender algo adentro: la capacidad de resistir, de rearmarse, de encontrar otras formas de afrontar el dolor sin quebrarse del todo.

### *Relaciones interpersonales y redes sociales*

Otro punto que debe tomarse en cuenta es la calidad de los vínculos —con la pareja, con la familia, con los amigos, con quienes uno se sostiene o se cae— influye más de lo que muchas veces se quiere admitir. Por eso, en cualquier proceso psicodiagnóstico en la adultez conviene considerar ¿con quién se apoya esta persona cuando todo se viene abajo?, ¿hay alguien que escuche?, ¿cómo se resuelven los conflictos o se disimulan?, ¿qué tanto pesa la soledad, aunque esté rodeado de gente? Aquí podría estar la clave para entender por qué alguien se siente mal incluso cuando, en teoría, ‘todo está bien’. La ausencia de vínculos sólidos o la presencia de relaciones disfuncionales puede ser, en sí misma, un factor de riesgo. Al mismo tiempo, contar con una red de apoyo estable puede funcionar como un verdadero protector emocional. La investigación llevada a cabo por Vega *et al.* (2022) en Ambato mostró que la capacidad para manejar las emociones se relaciona de forma positiva con una mejor calidad de vida en los adultos mayores, lo cual refuerza la importancia del tejido social como variable fundamental en el bienestar emocional.

En esa misma línea, la OMS ha insistido en que un envejecimiento saludable no puede pensarse sin considerar el papel de las relaciones sociales. Estos datos nos recuerdan que, en el contexto del psicodiagnóstico, no basta con centrarse en el mundo interno del sujeto; hay que mirar también las redes que lo rodean, los vínculos que lo contienen —o

lo abandonan—, las presencias que lo alivian o lo agotan. El diagnóstico psicológico es algo más que una evaluación: se convierte en una forma de leer la vida desde sus lazos.

### *Estrés laboral y satisfacción profesional*

El mundo del trabajo, por más rutinario o estructurado que parezca, es un espacio donde se gestan muchos malestares emocionales. Las tensiones acumuladas, los conflictos con superiores o compañeros, la sobrecarga de responsabilidades o simplemente la falta de sentido en lo que se hace, pueden convertirse en fuentes constantes de ansiedad, estados depresivos o incluso síntomas más complejos ligados al estrés crónico. Por eso, incorporar estos elementos al proceso psicodiagnóstico es más que pertinente: es necesario. Solo al comprender el impacto real que el entorno laboral tiene sobre la salud mental, es posible diseñar intervenciones que no se limiten al consultorio, sino que repercutan también en la vida cotidiana de la persona, especialmente en su bienestar dentro del trabajo.

### *Transiciones de vida y crisis de identidad*

La adultez está marcada por una serie de transiciones que, aunque naturales, no siempre se viven con facilidad. Casarse, convertirse en padre o madre, asumir el cuidado de padres envejecidos... son procesos que pueden remover estructuras internas, replantear prioridades o incluso generar crisis de identidad. En esos momentos, la imagen que una persona tiene de sí misma puede tambalearse: se reconfigura el sentido de quién se es y para qué se vive.

Por eso mismo, no alcanza con hacer un listado de etapas o nombrar los cambios como si fueran iguales para todos. Lo que importa es ver cómo cada persona los atraviesa a su manera, qué se mueve adentro, qué se quiebra un poco, qué cosas vuelven del pasado sin que nadie las llame, además, qué herramientas tiene —o cree tener— para sostenerse y también qué huecos emocionales quedan expuestos cuando algo cambia de golpe. Solo cuando se mira todo eso, sin apuro, con honestidad clínica

pero también con humanidad, el diagnóstico empieza a tener sentido. Desde ahí, se puede pensar una intervención que acompañe de verdad, que ayude a transitar los movimientos vitales sin que el sujeto se pierda en el camino.

En ese sentido, el psicodiagnóstico es algo más que un procedimiento técnico. Es un puente, una especie de enlace entre lo que se ve afuera y lo que se agita por dentro. Esta evaluación permitiría entender cómo se arma la mente de esa persona: qué piensa, cómo lo siente, qué emociones se repiten, qué vínculos se tensan o se sostienen, qué historias hay detrás de ese síntoma. No se trata solo de ponerle nombre a un diagnóstico; se trata de conocer quién está ahí, qué necesita y cómo tenderle la mano sin invadir.

En ese proceso también se pueden detectar cosas que a veces pasan de largo: pensamientos rígidos que ya no ayudan, formas de enfrentar los problemas que hace tiempo dejaron de funcionar, conductas que se repiten una y otra vez. Ver eso, identificar esos nudos, permite intervenir con más claridad, sin improvisar, y llegar justo al punto donde algo se traba. Entonces sí, el psicodiagnóstico deja de ser 'una etapa más del proceso' y pasa a ser lo que realmente es: una guía, una herramienta viva, que le da cuerpo al tratamiento y ayuda a que ese proceso de cambio no sea solo posible, sino también real, concreto, sostenido en el tiempo y en la historia de esa persona.

Por otro lado, evaluar las funciones cognitivas es un aspecto central del diagnóstico en la adultez. No se trata solo de lo emocional: es igual de importante comprender cómo funciona la mente en sus aspectos más operativos. Memoria, atención, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas... todos estos componentes permiten entender de qué manera la persona procesa la información, resuelve los problemas del día a día, toma decisiones o responde a situaciones complejas. Esta mirada integral ofrece una base más rica, más completa y más humana para acompañar a las personas en su proceso de salud mental.

Comprender el plano emocional en la adultez es algo más que una tarea técnica: es una necesidad clínica. Evaluar con detenimiento cómo se mueve el mundo afectivo en esta etapa permite identificar signos de alteración del estado de ánimo, ansiedad, estrés u otras manifestaciones que pueden, poco a poco, ir socavando el equilibrio psicológico del individuo. Este análisis no solo permite detectar el problema, sino también diseñar intervenciones que se ajusten a lo que la persona necesita. Además, vale la pena no perder de vista un aspecto que a veces queda relegado: las motivaciones y los objetivos personales. Es decir, aquello que impulsa a cada quien tomar decisiones, a actuar, a proyectarse en el mundo. Explorar estas dimensiones aporta una comprensión más rica del sujeto y permite que las estrategias terapéuticas no se construyan solo desde el síntoma, sino también desde los propósitos y valores que le dan sentido a su vida.

Otra pieza clave dentro del proceso diagnóstico es el análisis de las relaciones interpersonales. La salud mental no se juega solo en lo interno, sino también en el modo en que se tejen, sostienen —o a veces se rompen— los vínculos afectivos. La forma en que una persona se conecta con otros, cómo resuelve los conflictos, qué tipo de vínculos prioriza o rechaza... todo eso aporta datos valiosos no solo para afinar el diagnóstico, sino también para pensar en intervenciones que favorezcan un ajuste interpersonal más saludable y estable.

Entender cómo funciona la mente en la adultez sirve para tener un diagnóstico más certero y también para construir una relación terapéutica sólida. Cuando el psicólogo comprende en profundidad los factores emocionales, cognitivos y sociales que atraviesan a la persona, es más fácil generar una conexión auténtica, un vínculo terapéutico que potencie el compromiso del paciente y haga más fluido el camino hacia el cambio. La empatía, en este sentido, no es solo un valor ético: es una herramienta técnica.

### ***Senectud: explorando las derivaciones clínicas***

La vejez trae consigo transformaciones profundas. Lo biológico cambia, lo psicológico también, mientras que lo social, con frecuencia, se reduce o se transforma. Evaluar con seriedad este momento vital exige una mirada fina, que no solo identifique síntomas, sino que entienda las implicaciones emocionales y cognitivas que surgen en este periodo. Cada persona envejece de manera distinta y, por eso, las herramientas de evaluación también deben ajustarse con sensibilidad.

Para lograr una evaluación clínica que realmente refleje la realidad de quien está enfrente, es necesario elegir modelos y técnicas que no ignoren el contexto. El nivel educativo, la cultura de origen, el entorno social... todo eso influye en cómo se piensa, cómo se siente y cómo se responde a las pruebas diagnósticas. Sin este enfoque contextualizado, se corre el riesgo de interpretar mal los resultados, de patologizar diferencias que en realidad son solo expresiones culturales o educativas. Un concepto especialmente importante en este punto es el de la reserva cognitiva. Se trata de esa capacidad del cerebro para hacer frente a los cambios y pérdidas que trae el envejecimiento. Las personas que han desarrollado una reserva alta —a través de aprendizajes, lecturas, interacción social, estimulación mental— suelen resistir mejor los efectos del paso del tiempo. En cambio, una reserva limitada puede volver al sujeto más vulnerable ante cualquier declive, lo que incide en la evaluación clínica.

Además, el diagnóstico se complica cuando aparecen otros trastornos en paralelo, como la depresión. Muchas veces, los síntomas depresivos pueden camuflarse como deterioro cognitivo: fallas en la atención, pérdida de memoria, lentitud mental... síntomas que se pueden malinterpretar si no se hace una valoración integral que permita distinguir entre lo emocional y lo neurocognitivo. Si esa diferencia no se identifica bien, el riesgo de sobrediagnóstico —o de diagnóstico errado— es alto. También hay que tener en cuenta otro aspecto práctico, pero no menos relevante: el declive sensorial. Es normal que, con los años, la audición y la vista se deterioren. Si las herramientas diagnósticas no se adaptan a esas condi-

ciones, los resultados pueden verse alterados, no porque el sujeto tenga un problema cognitivo real, sino porque simplemente no pudo escuchar bien una consigna o leer un texto con claridad. Por eso, ajustar los instrumentos es parte del trabajo clínico responsable.

Cuando se trata de salud cognitiva en la vejez, es inevitable hablar de ciertos cambios que, en muchos casos, son parte del proceso natural de envejecer. Una menor velocidad para procesar información, algunos olvidos ocasionales —sobre todo relacionados con la memoria episódica— o pequeñas distracciones son ajustes que, aunque puedan generar cierta inquietud, no necesariamente indican la presencia de un trastorno. Sin embargo, el reto clínico está en saber diferenciar cuándo estas modificaciones son simplemente parte del paso del tiempo y cuándo empiezan a volverse señales de alerta. Para hacer esa distinción, se recurre a herramientas específicas: pruebas neuropsicológicas, cuestionarios estructurados, escalas funcionales. A través de estas evaluaciones se indagan áreas clave como la memoria, la atención, el lenguaje, las funciones ejecutivas, la capacidad de orientación. Este tipo de análisis, si se hace con rigor y sensibilidad, permite captar desde etapas tempranas el momento en que los cambios comunes dejan de ser inocuos y empiezan a configurar un patrón preocupante que podría evolucionar hacia un deterioro cognitivo leve o, en casos más avanzados, hacia una enfermedad como el Alzheimer.

Pero no todo se reduce a las pruebas. Para que el diagnóstico sea preciso —y, sobre todo, ético— hay que mirar también el contexto. El nivel educativo, la historia de vida, el entorno sociocultural, el capital simbólico que cada persona ha construido a lo largo del tiempo... todo eso influye en la manera en que los resultados se expresan. Evaluar sin tomar en cuenta estas variables es, en el fondo, evaluar a medias. Por eso, se insiste tanto en que el abordaje sea personalizado, sensible, hecho a medida. Porque cada mente envejece a su manera, y ninguna evaluación debería pasar por alto esa singularidad. Cuando se hace una evaluación completa —una que realmente integre lo cognitivo, lo emocional y lo contextual— se abre una puerta valiosa: la posibilidad de intervenir con

tiempo, antes de que el deterioro avance. Este tipo de abordaje no solo busca frenar el avance del deterioro, sino también fortalecer lo que todavía se mantiene firme, activar recursos internos, estimular habilidades que siguen siendo funcionales. Más aún, impactar positivamente en la calidad de vida no solo del adulto mayor, sino también de las personas que lo rodean y acompañan en este tramo vital.

*Evaluación integral de la calidad de vida, adaptación y resiliencia en la vejez*

Con el envejecimiento es común que la audición o la visión se vean reducidas, y esto, aunque parezca un detalle técnico, puede interferir seriamente en los procesos diagnósticos. Por eso es indispensable ajustar las herramientas de evaluación para que estas limitaciones sensoriales no contaminen los resultados ni generen interpretaciones erróneas. Recapitulando, el envejecimiento trae consigo ciertos cambios naturales — más lentitud al pensar, leves dificultades para recordar ciertos datos—, pero eso no significa, per se, que haya un trastorno. El desafío es distinguir lo que forma parte del proceso esperable de lo que ya apunta a un posible declive más serio. Aquí las pruebas neuropsicológicas y las escalas funcionales se convierten en aliadas fundamentales. Evalúan funciones clave como la memoria, la atención, el lenguaje, el razonamiento, la planificación... funciones que dan cuenta de cómo la persona se desenvuelve en su día a día.

Un diagnóstico adecuado debe considerar la historia de vida, la cultura, el entorno afectivo. En ese sentido, adoptar un enfoque adaptado al contexto del adulto mayor, a su mundo, a su manera de procesar, a su manera de resistir. Así mismo, una evaluación bien hecha no debería servir solo para señalar lo que está mal. Debería abrir camino hacia algo más, hacia intervenciones que toquen algo en quien consulta. No se trata solo de prevenir el deterioro, sino también de activar lo que sigue ahí, lo que todavía late, lo que no se ha apagado del todo. Porque envejecer, aunque a veces se lo diga con cierto pesimismo, no es solo perder cosas. También puede ser transformarse. Y por qué no... reinventarse.

Hay estudios que lo confirman —pero también hay muchas historias de vida que lo gritan sin necesidad de gráficos. El trabajo de Meléndez *et al.* (2019), por ejemplo, mostró que la inteligencia emocional —sobre todo cuando se cultiva la claridad y la regulación emocional— tiene una relación directa con la resiliencia en la vejez. Y eso no es un simple dato estadístico. Saber leer lo que uno siente, poder sostenerlo sin que te arrastre, regularlo sin reprimirlo, puede ser lo que marque la diferencia entre envejecer con desesperanza o hacerlo con cierta paz, con dignidad. Lo mismo señalan Díaz-Castillo *et al.* (2018): que la resiliencia funciona como una especie de escudo silencioso ante cosas que duelen en esta etapa —la soledad, las pérdidas, las enfermedades, el cuerpo que ya no responde igual. En el fondo, aprender a envejecer con resiliencia es también una forma de seguir habitando la vida con fuerza... aunque el tiempo pese más.

### ***Senectud: explorando el funcionamiento psicológico***

El psicodiagnóstico, en la vejez, deviene una herramienta que ya no solo busca identificar trastornos, sino también entender cómo se siente vivir en un cuerpo que cambia, en un entorno que a veces se aleja, en una identidad que ya no siempre se reconoce igual. Evaluar en esta etapa implica mirar con otra sensibilidad. Porque los cambios que aparecen no siempre son drásticos... pero tampoco son insignificantes. A veces son pequeños, sutiles, pero van dejan huella y, si no se escuchan a tiempo, pueden dar paso a malestares profundos, difíciles de nombrar (Bados y Vázquez, 2018; Navarro y Jiménez, 2022). Los cambios físicos, el desgaste cognitivo, no vienen solos. Muchas veces arrastran consigo una tristeza muda, una ansiedad que se camufla, una sensación de estar quedándose atrás. Y aunque a veces se minimiza (“es normal a tu edad”), esos cambios pueden convertirse en verdaderos detonantes del malestar emocional, incluso cuando nadie los está mirando con atención (American Psychological Association, 2015; Meyer, 2001; Kazdin, 2011; OMS, 2023).

En ese escenario, el psicodiagnóstico no es solo una clasificación clínica. Es, más bien, una vía para entender qué se está moviendo aden-

tro. Qué historias están pesando más, qué vínculos sostienen (o ya no), qué dinámicas familiares se repiten, qué emociones están silenciadas. Es ver más allá del síntoma. Escuchar lo que no se dice. Leer entre líneas. Ese tipo de escucha clínica no se improvisa: requiere mirada entrenada, sensibilidad y también tiempo. Por eso, cuando hablamos de trabajar con adultos mayores, el psicodiagnóstico se convierte en una herramienta imprescindible —no por protocolo, sino porque permite diseñar un acompañamiento real. Ayuda a detectar trastornos, claro, pero sobre todo permite entender a la persona en su singularidad. No se trata de aplicar un molde, sino de armar un plan terapéutico que esté en sintonía con lo que esa persona necesita, con lo que aún puede construir, con lo que aún desea sostener (Bados y Vázquez, 2018; Navarro y Jiménez, 2022).

### *Evaluación de la reserva cognitiva*

Hay un concepto que no se puede dejar fuera cuando se evalúa en la vejez: la reserva cognitiva. Esa especie de *colchón mental* que cada quien construye —sin saberlo muchas veces— a lo largo de su vida. No es solo un tecnicismo. Es algo real, concreto, que puede marcar la diferencia entre resistir los embates del envejecimiento o ceder rápidamente ante ellos. Evaluar esa reserva cognitiva no es un formalismo. Es una necesidad clínica. Porque ahí se juega la capacidad del cerebro para adaptarse, para compensar, para sostener lo que aún funciona, aunque otras cosas empiecen a fallar. Es, en cierto modo, un indicador de cuánta protección lleva una persona en su mochila mental frente a un posible deterioro neurocognitivo. Cuando uno logra medir eso bien, se pueden proponer estrategias de estimulación más ajustadas, con sentido real —no solo ejercicios por cumplir, sino intervenciones que dialoguen con la historia y la capacidad de cada sujeto. Diversos estudios han resaltado el valor de este concepto. Por ejemplo, la *Revista Española de Geriatria y Gerontología* subraya que la reserva cognitiva se manifiesta justamente en la capacidad del cerebro para enfrentar tanto el envejecimiento natural como los procesos patológicos. Existe una relación inversa: cuanto mayor es la reserva, menor suele ser el impacto del deterioro cognitivo y funcional.

Del mismo modo, una publicación en la *Revista Médica de Chile* evidenció que una alta reserva cognitiva puede actuar como un factor de protección frente a enfermedades como el Alzheimer, retardando durante varios años la aparición de síntomas clínicos incluso cuando ya existe daño cerebral. Entre los elementos que contribuyen a fortalecer esa reserva, destacan el nivel educativo alcanzado, el tipo de ocupación desarrollada a lo largo de la vida, la estimulación mental sostenida y el capital sociocultural del individuo. Estos hallazgos no hacen más que reforzar la necesidad de incluir la evaluación de la reserva cognitiva como parte esencial del psicodiagnóstico en la senectud. No solo para detectar riesgos, sino también para orientar intervenciones que estimulen lo que aún puede fortalecerse y promover, en definitiva, un envejecimiento mental más saludable, más activo y más digno.

#### *Análisis de la adaptación socioemocional*

Uno de los aspectos centrales al trabajar con personas mayores es comprender cómo transitan los cambios sociales y emocionales que trae consigo esta etapa. Evaluar su adaptación a nuevas circunstancias, su manera de relacionarse con los demás y su lectura emocional del presente permite acceder a una comprensión más real del estado psicológico general. La vejez, de alguna manera, trae consigo un ritmo diferente. Es ese momento donde muchas cosas empiezan a ordenarse de otra forma o a desordenarse. Se hace inevitable —aunque no siempre sea fácil— mirar hacia atrás, repensar lo que se quiso, lo que se logró, lo que quedó pendiente. Las metas se redefinen, los vínculos cambian de forma o de intensidad, y el propio camino recorrido cobra un nuevo sentido. Por eso, saber cómo cada persona gestiona todo eso —qué hace con esa revisión interna, qué le duele, qué le da calma— es clave para ofrecer un acompañamiento emocional que realmente esté a la altura. No un acompañamiento genérico, sino uno que sepa leer lo que está pasando por dentro, aunque no se diga en voz alta.

Esta mirada más atenta —más sensible también— permite identificar aspectos centrales como la resiliencia, la capacidad de aceptar ciertas

verdades incómodas (como la finitud), o ese nivel de satisfacción con la vida que, a veces, aparece en gestos pequeños, en silencios largos, en recuerdos que se repiten. Y no es poca cosa, porque estas dimensiones no son simples indicadores de bienestar; funcionan más bien como brújulas clínicas que orientan el sentido de una intervención. Si uno las ve, si las entiende, puede pensar estrategias que no solo alivien síntomas, sino que acompañen el proceso emocional con dignidad y respeto por la historia del sujeto.

Así como se ha puesto en primer plano la importancia de evaluar la reserva cognitiva, también se ha vuelto evidente que el análisis de la adaptación socioemocional es otro pilar que no puede faltar en el psicodiagnóstico en la senectud. No se trata de elegir uno u otro enfoque, sino de integrarlos. Porque juntos —cognición y emoción, memoria y sentido— permiten no solo detectar a tiempo dificultades que quizás empiezan a insinuarse, sino también diseñar estrategias preventivas que realmente tengan impacto. Intervenciones que acompañen el tránsito de esta etapa sin infantilizar al adulto mayor, sin reducirlo al síntoma, sin sacarle su historia. Además, algo que a veces se deja de lado en los informes, pero que en la consulta aparece fuerte: el sentido de la vida y la espiritualidad. Porque no todo pasa por el malestar. Muchas personas, en esta etapa, no solo quieren sentirse menos tristes o menos ansiosas. Quieren entender qué valor tuvo —o tiene— lo vivido. Qué queda por hacer. Qué lugar ocupa ahora el amor, la fe, el tiempo. Preguntan, tal vez no con palabras técnicas, pero sí con la mirada, por el significado de su propia existencia. Entender cómo cada persona encuentra propósito en sus actividades cotidianas y cómo construye significado frente al paso del tiempo es clave para abordar no solo el malestar emocional, sino también el sufrimiento existencial que a menudo se instala en silencio.

A la vez, resulta imprescindible examinar el equilibrio entre autonomía y dependencia. Con los años, muchas personas mayores se ven obligadas a lidiar con la pérdida progresiva de su independencia. Evaluar cómo enfrentan esta situación, cómo manejan sus funciones cotidianas

y qué sienten al respecto, permite al profesional diseñar estrategias de apoyo que ayuden a preservar, en lo posible, la autonomía funcional, emocional y relacional. Cuando se toma en cuenta la resiliencia, las capacidades adaptativas y los recursos internos que aún permanecen activos, el psicodiagnóstico se convierte en algo más que una evaluación técnica: se transforma en un proceso clínico profundamente humano. Un espacio donde no solo se detectan síntomas, sino donde se abren caminos para cuidar, fortalecer y acompañar a las personas mayores con respeto y sensibilidad.

Al final del día, comprender el funcionamiento psicológico en la vejez no solo permite realizar un diagnóstico más preciso, sino también edificar una relación terapéutica sólida, cálida y empática. Esa relación —ese vínculo que se construye en la escucha y el respeto— la que marca la diferencia en el acompañamiento emocional de esta etapa tan compleja y tan profundamente significativa de la vida.

### ***Análisis de cómo el psicodiagnóstico de la vida adulta y senectud influye en la comprensión del funcionamiento psicológico***

Más que un fin en sí mismo, el psicodiagnóstico debe entenderse como una herramienta clínica valiosa que permite leer, con mayor profundidad, el funcionamiento psicológico de las personas en distintas etapas de su vida. Tanto en la adultez como en la senectud, el diagnóstico se convierte en una vía para acceder a lo que muchas veces no se dice con palabras, pero se manifiesta en síntomas, en emociones contenidas o en comportamientos desajustados. A partir de esa lectura, se pueden delinear intervenciones terapéuticas más coherentes, más humanas y sobre todo, más útiles para quien las necesita.

Los hallazgos que emergen durante este proceso nos ofrecen un mapa: permiten ubicar la magnitud del malestar, identificar qué tipo de conflicto está presente —emocional, cognitivo, conductual— y entender

cómo se articula con la historia vital de cada sujeto. En este sentido, el psicodiagnóstico no debería pensarse como una etiqueta ni como un casillero en un manual. No se trata solo de clasificar a alguien bajo un diagnóstico, sino de abrir un punto de partida. Una dirección. Un lugar desde donde el profesional puede preguntarse: ¿cómo intervengo?, ¿por dónde empiezo?, ¿qué herramientas tengo para acompañar a esta persona sin reducirla a su síntoma?

### *En la adultez: principales hallazgos y estrategias de intervención*

En la vida adulta, los diagnósticos suelen poner sobre la mesa ciertos malestares que se repiten, aunque no siempre se digan en voz alta. El estrés que se acumula en lo laboral, las tensiones que se arrastran en los vínculos más cercanos, los conflictos que se repiten en la familia como un eco... o esas crisis más profundas, que muchas veces tienen que ver con el sentido de vida, con no saber muy bien quién se es o hacia dónde se va. Todo eso —aunque esté normalizado o incluso silenciado— impacta, y mucho, en el equilibrio emocional. Cuando el diagnóstico logra visibilizar ese trasfondo, entonces sí: se puede pensar en intervenciones que hagan algo más que *calmar el síntoma*. Se puede trabajar con mayor precisión, sin caer en recetas genéricas.

### *TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC):*

Cuando hay un malestar que gira en torno al estrés laboral o al agotamiento emocional, muchas veces hay detrás un estilo de pensamiento rígido, catastrófico o simplemente agotador. La TCC permite desarmar esas estructuras mentales, reconfigurar las creencias que más daño hacen y construir formas de afrontar el día a día con menos tensión interna. No siempre es rápido, pero sí suele ser transformador.

### *TERAPIA CENTRADA EN LA IDENTIDAD*

A veces lo que se cae no es una relación o un trabajo, sino la imagen interna de uno mismo. Esa sensación de vacío, de no saber quién se es o qué sentido tiene todo lo que se hace... ahí es donde este enfoque puede

aportar. Ayuda a poner en palabras lo que estaba disperso, a rescatar valores, metas, fragmentos de historia personal que sirvan de anclaje cuando todo se vuelve difuso.

#### *TERAPIA DE PAREJA O FAMILIAR*

Cuando lo que duele está en los vínculos —en lo que se dice, en lo que no se dice, en lo que se repite hasta el desgaste— es necesario abrir otros espacios. Estas terapias no solo se enfocan en resolver conflictos, sino también en reconstruir formas más sanas de convivir. Y si se integran técnicas cognitivo-conductuales, se pueden reestructurar ciertos pensamientos circulares que alimentan la tensión cotidiana.

Ninguna técnica funciona por sí sola ni debería aplicarse en automático. Todo parte de una evaluación clínica cuidadosa, que permita ver cuál de estos caminos —si no otro completamente distinto— tiene más sentido para esa persona, en ese momento, con esa historia. Porque lo que sirve para uno, puede ser irrelevante para otro. El psicodiagnóstico aquí cobra su verdadero valor: no solo por lo que muestra, sino por lo que posibilita. No solo por lo que nombra, sino por lo que permite transformar. En la adultez, este proceso ayuda a comprender qué hay detrás del malestar, pero también —y esto es igual de importante— sirve para identificar los recursos que aún están ahí, aunque a veces pasen desapercibidos. Recursos emocionales, cognitivos, relacionales... herramientas que se pueden fortalecer, resignificar y poner en juego para que la vida vuelva a sentirse, al menos un poco, más habitable.

#### *En la senectud: hallazgos del psicodiagnóstico y estrategias de intervención*

Durante la vejez, el psicodiagnóstico revela en los gestos, en los silencios, en la forma en que alguien cuenta su día o habla de su pasado, dificultades que no solo afectan el estado emocional, sino que, poco a poco, hacen mella en la calidad de vida. Adaptarse a la jubilación —ese corte abrupto con lo que durante años fue rutina y sentido—, afrontar

la pérdida de seres queridos, lidiar con la soledad que a veces se instala sin aviso, o enfrentar el avance de trastornos neurocognitivos... todo eso aparece, de una u otra manera, en los informes clínicos. Pero cuidado: que sea frecuente no significa que sea inevitable. Estos malestares —tan presentes en esta etapa— no deberían asumirse como ‘parte normal del envejecimiento’. Son señales. Llamadas de atención que merecen ser escuchadas, acogidas, trabajadas con cuidado. Ahí el psicodiagnóstico tiene un valor inmenso: nos da pistas, nos permite ver por dónde ir, qué necesita esa persona en particular. No una receta, sino una intervención que esté hecha a su medida.

#### *TERAPIA DE DUELO*

Envejecer también es ir despidiéndose. A veces de personas, a veces de roles, a veces de lo que uno ya no puede hacer como antes. La terapia de duelo no busca eliminar la tristeza —porque el dolor tiene su lugar—, sino ayudar a que esa tristeza no se vuelva un peso inmóvil. Se trata de acompañar el proceso, de resignificar lo que duele, de dar lugar al recuerdo sin que se transforme en parálisis.

#### *PROGRAMAS DE APOYO SOCIAL*

La soledad, cuando se vuelve rutina, desgasta, apaga cosas por dentro. Por eso, crear o fortalecer redes de apoyo reales —no solo formales— es parte del trabajo clínico también. Espacios comunitarios, talleres, actividades significativas... a veces basta con volver a sentirse parte de algo, compartir una conversación, tener a quién esperar o con quién caminar. Parece simple, pero hace una diferencia enorme en cómo se transita esta etapa.

#### *INTERVENCIONES COGNITIVAS ESPECÍFICAS*

A través de ejercicios estructurados, talleres o programas de estimulación mental, se puede trabajar en el fortalecimiento de aquellas funciones cognitivas que aún se mantienen activas, retrasando, en la medida de lo posible, el avance de los deterioros neurocognitivos.

*TÉCNICAS DE REMINISCENCIA*

Recordar, contar, revivir momentos importantes del pasado no es solo nostalgia: es identidad. Estas estrategias ayudan a los adultos mayores a construir sentido desde su historia, a reencontrarse con sus logros, a resignificar experiencias dolorosas y, en muchos casos, a aliviar estados de ansiedad o tristeza (Fernández-Ballesteros, 2023; Navarro y Jiménez, 2022; American Psychological Association, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2023).

*En la adultez: autoestima e identidad*

En la etapa adulta, uno de los focos centrales del psicodiagnóstico tiene que ver con la autoestima y la identidad. Estos elementos —el valor personal, la coherencia interna, el propósito vital— no son solo conceptos abstractos; son partes vivas de cómo una persona se ve a sí misma, se enfrenta a lo que le toca y se proyecta hacia adelante... incluso cuando ese 'adelante' ya no se siente tan extenso. Por eso, explorar esas preocupaciones —lo que uno vale, lo que aún quiere, lo que ya no desea— es fundamental. Es ahí donde el psicodiagnóstico puede abrir una puerta diferente: no la del síntoma evidente, sino la del mundo interno que lo sostiene.

Este proceso ofrece un espacio para entrar en esas preguntas más íntimas, más existenciales incluso. A partir de ahí, no solo se detectan problemas, sino que también se construyen caminos de abordaje. A través de ejercicios sencillos pero significativos, diálogos guiados, momentos de introspección, se puede empezar a trabajar en reforzar la imagen que la persona tiene de sí misma. Recuperar logros, resignificar derrotas, cuestionar esa voz crítica que a veces repite con fuerza lo que ya no tiene sentido repetir.

Este enfoque busca más que alivio: busca aceptación. Aceptar lo vivido —lo bueno y lo difícil— no como resignación, sino como parte del relato que da forma a una identidad más íntegra. Desde ahí, es posible reconectar con valores más genuinos, tomar decisiones más coherentes, reformular objetivos... incluso aunque sean pequeños. Entonces, esta etapa vital deja de vivirse como un cierre, y empieza a verse también

como una posibilidad de clarificar, de ordenar por dentro, de vivir con más autenticidad.

### *Estrategias de intervención terapéutica*

El psicodiagnóstico no solo permite detectar la presencia y la intensidad de trastornos relevantes, sino que ofrece una base sólida para planificar intervenciones ajustadas a las necesidades reales de cada persona. Algunas estrategias recomendadas incluyen:

#### *TERAPIAS COGNITIVAS*

Orientadas a ralentizar el deterioro de las funciones mentales, estimulando procesos como la atención, el lenguaje o la memoria.

#### *TERAPIA OCUPACIONAL*

Diseñada para preservar la funcionalidad en las actividades cotidianas y fomentar el mantenimiento de la autonomía personal.

#### *PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA*

Buscan mantener activa la mente mediante ejercicios estructurados, ayudando a frenar el avance de los procesos neurodegenerativos.

#### *INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO*

Incluyen terapias adaptadas a las características particulares de la senectud, estrategias para reforzar los lazos sociales, y técnicas de relajación que ayuden a reducir la ansiedad y el estrés.

## **Consideraciones contextuales y personalización de la evaluación**

Ningún diagnóstico puede hacerse bien sin mirar el contexto. El nivel educativo, el entorno social, la cultura de origen, la historia vital...

todo influye en la manera en que una persona responde a las evaluaciones. Además, el paso del tiempo trae consigo los cambios sensoriales ya mencionados que deben ser considerados y ajustados al momento de aplicar herramientas diagnósticas. Solo desde este enfoque integral, personalizado y empático es posible detectar riesgos reales, evitar errores de interpretación y planificar intervenciones que no solo atiendan al síntoma, sino que refuercen los recursos internos y comunitarios del adulto mayor. Porque al final, se trata de eso: de cuidar la vida en su última etapa con respeto, con sensibilidad y con humanidad.

#### *Variables contextuales del grupo etario*

Cuando se trabaja en psicodiagnóstico no basta con centrarse únicamente en los síntomas o en la estructura de la personalidad. Es imprescindible incorporar al análisis una serie de variables contextuales que enriquecen la comprensión del malestar y orientan el tratamiento desde una mirada más real y sensible. Estas variables permiten aterrizar el diagnóstico en la vida concreta de las personas, en sus historias, sus entornos y sus modos de habitar el mundo.

#### *Variables socioculturales*

Cada persona lleva consigo un tejido simbólico que la atraviesa: su cultura, su historia, sus creencias, sus valores. En algunos contextos, mostrar las emociones libremente es algo bien visto, incluso necesario; en otros, puede ser percibido como debilidad, como algo vergonzoso. Esta diferencia incide directamente en la forma en que la persona vive su malestar, en su disposición a buscar ayuda y, también, en cómo responde a las intervenciones. Por eso, comprender el trasfondo cultural del paciente no es opcional. Es fundamental para que el diagnóstico sea respetuoso y las estrategias terapéuticas sean realmente eficaces.

En la adultez y en la vejez, estas variables cobran aún más peso: las creencias religiosas, las normas sociales, las tradiciones comunitarias o la manera en que se interpreta el envejecimiento pueden influir —a veces sin

que el paciente lo diga— en su percepción del bienestar y en su relación con el proceso terapéutico. Adaptar la intervención al marco sociocultural de cada individuo no solo mejora la efectividad del tratamiento, sino que también evita imponer modelos terapéuticos que no dialogan con la realidad interna del consultante.

### *Factores ambientales*

El entorno, aunque a menudo se lo minimiza, puede tener un peso enorme en la salud mental. La calidad del espacio en el que se vive, las condiciones económicas, el clima familiar, el acceso a servicios básicos, todo eso moldea, directa o indirectamente, la estabilidad emocional de una persona. Un ambiente laboral hostil puede desgastar, generar ansiedad, incluso conducir al agotamiento emocional. Las dificultades financieras suelen ser fuente de angustia persistente, inseguridad, tensión en la toma de decisiones. Las dinámicas familiares conflictivas pueden debilitar el sentido de contención y aumentar la vulnerabilidad a trastornos del estado de ánimo. En la vejez, el contexto ambiental se vuelve aún más determinante: vivir en espacios inseguros, tener poco acceso a atención médica, sentirse aislado o desconectado del entorno social puede impactar profundamente en el equilibrio emocional.

Incluir estos factores en el proceso diagnóstico permite entender con más claridad las raíces del malestar y diseñar intervenciones que no solo apunten al síntoma, sino que actúen también sobre las condiciones que lo alimentan. Porque un tratamiento que ignore el contexto, inevitablemente, se queda corto.

### *Variables biopsicosociales*

Mirar al ser humano de forma integral no se trata solo de juntar piezas aisladas del cuerpo y la mente. Es asumir, con profundidad, que lo que ocurre en el organismo, en las emociones y en el entorno social tiene un efecto concreto sobre la manera en que una persona vive, siente y enfrenta lo cotidiano. Las llamadas variables biopsicosociales no son una

categoría técnica sin implicaciones prácticas. Son el marco real desde el cual se puede comprender lo que de verdad está ocurriendo con alguien.

Desde lo biológico, hay elementos que inciden directamente en el estado emocional. La salud física, las predisposiciones genéticas, los cambios hormonales. A veces operan en silencio, sin dar señales claras al principio, pero alteran la experiencia emocional y modifican la percepción del entorno. Desde lo psicológico, intervienen la personalidad, las funciones cognitivas, los estilos aprendidos para afrontar la adversidad, la capacidad de resiliencia, la forma en que se entienden y procesan las emociones, las estrategias que se han construido para sobrevivir y adaptarse. Cada persona llega con una historia distinta, con aprendizajes únicos y con recursos que no siempre están a la vista. Desde lo social, se activa otro nivel de lectura. La red de vínculos, los apoyos reales o percibidos, las relaciones familiares, la participación en espacios comunitarios, las experiencias de inclusión o de exclusión, todo eso marca el estado emocional tanto como cualquier síntoma. A veces incluso más.

Estas dimensiones no se suman como partes independientes. Se cruzan, se tensan, se refuerzan o se debilitan entre sí. Por eso un psicodiagnóstico que pretenda ser riguroso no puede limitarse al síntoma aislado. Debe tener una mirada más amplia. Solo así es posible construir un plan terapéutico que no sea ajeno a la vida real de la persona. Un plan que responda a sus condiciones concretas, a lo que tiene, a lo que le falta, a lo que puede sostener y a lo que ya no puede cargar.

### **Discusión sobre diferentes enfoques y herramientas de evaluación utilizadas en el psicodiagnóstico de adultos y personas mayores**

Cuando se trabaja en psicodiagnóstico con adultos o con personas mayores, no alcanza con tener sensibilidad clínica. Hace falta también metodología. En otras palabras, no basta con percibir lo que algo *parece*. Se necesitan herramientas que permitan observar con más precisión qué está

ocurriendo a nivel emocional, cognitivo y conductual. Solo así se puede pasar del síntoma visible a la comprensión profunda del funcionamiento psicológico. Solo con esa comprensión se pueden diseñar intervenciones que tengan sentido para quien consulta.

### ***Entrevistas clínicas estructuradas***

Una de las herramientas más valiosas en este proceso son las *entrevistas clínicas estructuradas*. Son instrumentos que, lejos de ser formularios mecánicos, permiten indagar de forma sistemática en distintos aspectos del mundo interno del paciente. Estas entrevistas suelen ser aplicadas por profesionales con formación específica en evaluación psicológica y ofrecen un marco de exploración confiable desde los primeros encuentros. Podemos distinguir dos grandes grupos dentro de estas entrevistas.

#### *ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS PARA TRASTORNOS MENTALES ESPECÍFICOS*

Este tipo de entrevistas está diseñado para identificar cuadros clínicos concretos, como depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por estrés postraumático. Se basan en protocolos estandarizados que siguen los criterios diagnósticos establecidos en manuales como el DSM-5-TR o el CIE-11. La principal ventaja es que, al tener una estructura clara y preguntas definidas, se reduce el margen de interpretación subjetiva y se obtiene un diagnóstico más objetivo y preciso.

#### *ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS PARA PROBLEMAS GENERALES DE SALUD MENTAL*

Estas entrevistas tienen un enfoque más amplio. Permiten explorar múltiples dimensiones del malestar psicológico. Abarcan desde trastornos del estado de ánimo hasta problemas de personalidad o síntomas psicóticos. Gracias a su diseño, es posible detectar comorbilidades, identificar patrones de conducta repetitivos, reconocer factores que desencadenan el malestar o elementos que lo mantienen. No solo ofrecen una fotografía

del estado emocional actual, sino que permiten comprender el trasfondo dinámico del padecimiento.

### *Importancia clínica de las entrevistas estructuradas en el diagnóstico adulto*

Utilizar entrevistas clínicas bien diseñadas tiene ventajas reales, más allá del rigor técnico. Por un lado, aportan una estructura clara que ayuda al profesional a no perder de vista lo importante. Sirven para organizar el diálogo clínico sin dejar afuera detalles que podrían ser claves. Por otro, permiten contrastar lo que la persona dice y siente con los criterios diagnósticos establecidos, lo cual reduce el margen de error y minimiza interpretaciones confusas que, en algunos casos, pueden llevar a tratamientos mal orientados.

Además, estas entrevistas abren una puerta hacia lo subjetivo, hacia ese espacio más íntimo donde la persona empieza a contar su historia desde su propio lugar. No se trata solo de responder a una lista de preguntas. Se trata de cómo el paciente nombra su malestar, cómo lo interpreta, qué lugar ocupa ese malestar en su vida diaria. Por eso, la entrevista también es vínculo, escucha, conversación que construye sentido. No es solo técnica. Es encuentro. Con esa información, el profesional puede empezar a delinear un plan terapéutico más realista. No uno genérico ni estandarizado, sino uno que tenga sentido para esa persona en particular. Que parta de lo que necesita, no solo de lo que encaja en una categoría clínica. Un plan con prioridades claras, objetivos alcanzables y estrategias que realmente acompañen el proceso de cambio o de alivio.

### *Profundización en el uso de entrevistas estructuradas en el psicodiagnóstico*

Cuando se aplican con cuidado, las entrevistas clínicas estructuradas se convierten en una pieza central del proceso diagnóstico. No son solo una guía de preguntas. Son una base firme desde la cual se puede construir un diagnóstico más preciso, más sólido y, sobre todo, más res-

petuoso con la singularidad de cada persona. Esa base permite diseñar intervenciones que no estén desconectadas de la vida real del paciente, sino que respondan a su contexto, su historia y sus posibilidades. Estas entrevistas tienen, además, una serie de ventajas clínicas que las hacen especialmente útiles en el trabajo cotidiano.

#### *MAYOR CONFIABILIDAD QUE LAS ENTREVISTAS NO ESTRUCTURADAS*

Como siguen una secuencia preestablecida, permiten recoger información de forma ordenada, sin omitir aspectos importantes y con menos interferencias del juicio subjetivo del profesional. Lo que se obtiene es más sistemático, más claro y, en muchos casos, más completo

#### *EFICIENCIA OPERATIVA*

Están pensadas para ser aplicadas en tiempos razonables, sin perder profundidad. Esto cobra especial relevancia en entornos donde los recursos son limitados y el tiempo con cada paciente es escaso, como suele ocurrir en los servicios públicos o comunitarios.

#### *MAYOR OBJETIVIDAD*

Al seguir un protocolo, se reduce la posibilidad de que el diagnóstico dependa en exceso de las interpretaciones personales del profesional. Eso permite que el proceso sea más consistente, incluso si lo realizan distintos evaluadores en momentos distintos o en contextos diversos.

Otra ventaja importante es su flexibilidad para adaptarse a distintos entornos. Estas entrevistas pueden utilizarse en centros especializados, consultas ambulatorias, servicios comunitarios o incluso en espacios de atención primaria. Sirven tanto para quienes ya acuden en busca de ayuda como para aquellos que llegan por otros motivos, pero que manifiestan signos que merecen ser observados con mayor profundidad.

En el caso de los adultos mayores, su valor se hace aún más evidente. Con estas herramientas se pueden abordar temas que muchas veces no se dicen directamente: los bajones anímicos, los miedos difusos, los cambios

de humor, el aislamiento, las primeras señales de deterioro cognitivo. Gracias a su estructura, estas entrevistas ayudan al profesional a seguir el hilo sin perder el ritmo del relato subjetivo. Permiten captar datos relevantes sin cortar el flujo emocional del paciente, lo cual es clave para un diagnóstico más humano y más ajustado a la realidad. Se distinguen generalmente dos grandes aplicaciones:

*ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS PARA PROBLEMAS GENERALES  
DE SALUD MENTAL*

Diseñadas para detectar una amplia gama de dificultades emocionales, cognitivas o de comportamiento, como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos de personalidad o síntomas psicóticos.

*ENTREVISTAS CENTRADAS EN TRASTORNOS ESPECÍFICOS*

Orientadas a evaluar condiciones puntuales como depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, entre otras, siguiendo criterios precisos del DSM-5-TR o la CIE-11.

Ambas modalidades permiten no solo identificar con claridad el malestar presente, sino también comprender los factores que lo desencadenan, los patrones de funcionamiento que lo sostienen y las posibles comorbilidades que complejizan el cuadro clínico. Además, permiten establecer prioridades terapéuticas, definir objetivos realistas y construir un plan de tratamiento adaptado a las necesidades específicas del paciente.

*Aplicación en distintos contextos clínicos y comunitarios*

La posibilidad de implementar estas entrevistas en diversos espacios clínicos —desde hospitales hasta servicios de atención comunitaria— aumenta su valor práctico. En centros de salud mental, permiten evaluar de manera más profunda a los pacientes que ya están en proceso terapéutico, detectar cambios, valorar la eficacia de las intervenciones y ajustar el abordaje cuando sea necesario.

En contextos comunitarios, su utilidad radica en la detección precoz: pueden aplicarse como herramienta de tamizaje para identificar casos que, sin una evaluación especializada, podrían pasar desapercibidos. Esta función preventiva resulta clave, especialmente en adultos mayores que no suelen acudir por sí mismos a servicios de salud mental, pero que presentan síntomas que requieren acompañamiento clínico.

La combinación entre objetividad, eficiencia y una amplia aplicabilidad convierte a las entrevistas estructuradas en una herramienta clave dentro del psicodiagnóstico, tanto en la adultez como en la senectud. Cuando se las utiliza bien —no solo desde lo técnico, sino también desde lo humano— pueden marcar una diferencia real. Mejoran la calidad del diagnóstico y permiten diseñar intervenciones más cercanas, más adaptadas, más respetuosas. Eso, al final del día, se nota: en la prevención, en la atención oportuna y, sobre todo, en la calidad de vida de las personas.

### *Consideraciones específicas en la aplicación de entrevistas clínicas estructuradas en adultos mayores*

En muchos casos, los adultos mayores llegan a consulta por razones médicas, sin mencionar de entrada malestares emocionales o señales de deterioro cognitivo. Por eso, el uso de entrevistas estructuradas también cobra sentido en espacios como la medicina general. Son una forma concreta de detectar a tiempo lo que muchas veces queda escondido entre síntomas físicos o que se interpreta como parte ‘natural’ del envejecimiento. Ahora bien, aplicar estas entrevistas en adultos mayores requiere ciertos cuidados específicos, no porque sean frágiles, sino porque cada detalle puede influir en la experiencia y en la calidad del proceso evaluativo.

### *CAPACIDAD COGNITIVA*

No se puede pasar por alto. Es necesario evaluar con atención cómo está funcionando la memoria, la atención, el lenguaje. Si se detectan dificultades, hay que ajustar el ritmo, cambiar el formato, reducir la carga.

Tal vez dividir la entrevista en varios momentos, usar un lenguaje más claro, hacer pausas. Son pequeños gestos que hacen una gran diferencia.

#### *CONDICIÓN FÍSICA Y ESTADO DE SALUD*

El cuerpo también influye. Si la persona tiene dolor, fatiga o algún malestar físico, eso se traslada inevitablemente a la entrevista. A veces hay que permitir descansos, modificar la postura, espaciar las sesiones. No es una concesión, es parte de hacer bien nuestro trabajo.

Preferencias del paciente en cuanto a modalidad: Hay quienes prefieren el cara a cara, otros se sienten más cómodos a través de una pantalla o incluso por teléfono. Escuchar esas preferencias y adaptarse no es perder rigor. Al contrario. Es favorecer la participación y obtener información más genuina y valiosa.

#### ***Evaluación clínica integral: precisión técnica y sensibilidad humana***

El diagnóstico, en psicología clínica, no puede ser una mera cuestión de procedimiento. Es mucho más que eso. Es una herramienta vital que nos ayuda a entender qué le pasa a esa persona, qué le está afectando, cómo piensa, cómo siente, cómo reacciona. Todo eso requiere técnica, pero también requiere presencia, ética, empatía. Por eso, usar instrumentos especializados no es un accesorio. Es una necesidad real. Nos permiten ir más allá de la superficie, ver lo que no siempre se dice en una conversación espontánea. Su valor no está solo en la cifra o en el protocolo, sino en cómo se integran con una escucha atenta, con una mirada flexible, con una sensibilidad que sepa leer lo que hay entre líneas. Ese equilibrio —entre lo técnico y lo humano, entre el método y el vínculo— es lo que hace que un diagnóstico sea útil, respetuoso y verdaderamente clínico.

#### *Instrumentos complementarios: cuestionarios y escalas específicas*

Además de las entrevistas clínicas, hay otras herramientas que enriquecen el proceso evaluativo. Los cuestionarios y las escalas específicas

permiten observar de manera más precisa ciertas áreas críticas, aportando datos cuantitativos que ayudan a organizar y afinar el análisis clínico. Son útiles para detectar síntomas de ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, alteraciones del sueño, cambios en la calidad de vida. Permiten medir la frecuencia, la intensidad, la interferencia de esos síntomas en la vida diaria. Y eso aporta un valor concreto al diagnóstico. Estos instrumentos no reemplazan el vínculo clínico, pero lo fortalecen. Permiten contrastar la narrativa subjetiva con otros indicadores más objetivos. Esa triangulación —entre lo que el paciente dice, lo que se observa y lo que se mide— da solidez al proceso diagnóstico y permite planificar mejor las intervenciones.

*Estado cognitivo: comprender el funcionamiento mental en la adultez y la senectud*

Cuidar la mente, en esta etapa de la vida, es tan urgente como cuidar el cuerpo. Es una necesidad real. Las pruebas que permiten evaluar el funcionamiento cognitivo son herramientas clave en este sentido. No se trata de etiquetar a nadie, sino de entender cómo funcionan su pensamiento, su memoria, su atención. De ver si algo está cambiando, y si esos cambios son parte del proceso natural o si indican algo más profundo.

*MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)*

El MMSE es una prueba corta y fácil de aplicar que da una idea general sobre cómo está funcionando el pensamiento de una persona. Evalúa aspectos básicos pero importantes, como si la persona se orienta bien en el tiempo y en el espacio, cómo está su memoria inmediata y la memoria a corto plazo, qué tan bien se concentra, si puede hacer cálculos simples, entender instrucciones, usar el lenguaje o seguir indicaciones sencillas.

Esta herramienta se usa mucho en clínica porque permite detectar, de forma relativamente rápida, si hay algún cambio o deterioro cognitivo que valga la pena observar con más atención. No da respuestas absolutas, pero sí ayuda a hacer una primera lectura: si el desempeño está dentro

de lo esperable o si hay señales de alerta. Además, como se puede aplicar varias veces, permite seguir la evolución del paciente en el tiempo, lo cual es útil para ver si está mejorando, empeorando o manteniéndose estable. Su valor no está solo en su capacidad para detectar deterioro cognitivo leve o demencia, sino en su facilidad de uso, en su capacidad para ofrecer resultados que pueden compararse con ciertos estándares clínicos y, sobre todo, en su utilidad para empezar a tomar decisiones sobre qué hacer a continuación.

#### *MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA)*

El MoCA va un poco más allá. Es una prueba más sensible, que sirve para captar esos cambios chiquitos que a veces se escapan en otras evaluaciones. Revisa áreas como la memoria, la atención sostenida, las funciones ejecutivas, la fluidez verbal, la orientación y también cómo la persona se ubica en el espacio o cómo se expresa. Se la usa mucho cuando hay sospechas de deterioro temprano o cuando se quiere monitorear con más detalle cómo va el funcionamiento mental en personas mayores. El MoCA ayuda no solo a hacer un diagnóstico más ajustado, sino también a pensar qué estrategias o ejercicios pueden ayudar a conservar lo que aún está bien, o incluso a estimular lo que empieza a debilitarse. En ese sentido, es una herramienta que no solo mide, sino que orienta.

#### *CALIFORNIA VERBAL LEARNING TEST (CVLT)*

Esta prueba se centra más específicamente en cómo las personas aprenden y recuerdan palabras. Es útil para ver cómo funciona la memoria verbal y cómo se organiza internamente la información que vamos escuchando. Durante la prueba, se repite una lista de palabras varias veces, luego se observa cómo el paciente las va memorizando, cuánto retiene, cuánto olvida, qué tan rápido las recuerda o si se confunde con otras palabras que no estaban en la lista.

Más allá del número de palabras recordadas, el CVLT permite mirar los procesos que están detrás: si hay problemas para almacenar la

información, si hay dificultades para recuperarla después o si el olvido aparece más rápido de lo esperado. Esta información resulta clave cuando se intenta diferenciar entre una falla común de memoria y los primeros indicios de un deterioro cognitivo más serio, como el Alzheimer. También sirve para hacer un seguimiento y ajustar las intervenciones terapéuticas de forma más precisa.

### *TRAIL MAKING TEST (TMT)*

El TMT es una prueba sencilla pero poderosa, usada para evaluar la atención visual y las funciones ejecutivas, que son esas habilidades que usamos todo el tiempo para planificar, organizarnos o cambiar el foco cuando la situación lo requiere. Tiene dos partes: en la primera (TMT-A), se le pide a la persona que reúna números en orden, lo cual permite ver cómo se mueve su atención, qué tan rápido procesa la información o cómo coordina la vista con la mano. En la segunda parte (TMT-B), la tarea se complica un poco más, porque hay que alternar entre números y letras, lo cual pone a prueba la capacidad para adaptarse, cambiar de criterio o planificar la acción.

Este tipo de tareas nos da pistas sobre el funcionamiento mental que no siempre aparece en otras pruebas más generales. Si hay lentitud, errores o bloqueos, probablemente estemos frente a alguna dificultad ejecutiva que vale la pena trabajar. A partir de esos hallazgos, se pueden pensar estrategias para sostener esas funciones o incluso para entrenarlas, buscando mantener la autonomía y el desempeño cotidiano lo mejor posible.

### *WISCONSIN CARD SORTING TEST (WCST)*

El WCST es una de esas pruebas que dicen mucho sin parecer tan complejas al inicio. Sirve para observar cómo una persona piensa, se adapta, cambia de estrategia cuando lo que venía haciendo ya no funciona. La tarea es sencilla en apariencia: ordenar unas tarjetas. Pero el criterio para hacerlo va cambiando sin aviso, así que el paciente tiene que captar esas señales, adaptarse y reordenar su forma de pensar.

Ahí es donde se ve qué tan flexible es su pensamiento, si puede tolerar la frustración cuando se equivoca, si logra inhibir respuestas automáticas y probar algo diferente. En la práctica clínica, el WCST ayuda a detectar dificultades en las funciones ejecutivas y no solo en casos de deterioro cognitivo, también en trastornos psiquiátricos donde el pensamiento se rigidiza o se pierde la capacidad para reorganizarse ante lo inesperado.

### *STROOP TEST*

Esta prueba también es engañosa: parece simple, pero exige bastante del cerebro. Al paciente se le muestran palabras que nombran colores, pero están escritas en otro color distinto. La tarea es decir el color de la tinta, no leer la palabra. Parece fácil, pero no lo es. Porque el cerebro tiende a leer automáticamente, y acá tiene que inhibir ese impulso y concentrarse en otra cosa.

El *stroop* ayuda a ver qué tan buena es la atención selectiva, qué tan fácil o difícil resulta frenar una respuesta automática. Se usa mucho cuando se sospechan problemas de atención, trastornos del ánimo, deterioro cognitivo leve o incluso en casos de TDAH. Da información valiosa sobre cómo se gestiona la interferencia, cómo se cambia de foco, cómo se regula el impulso.

### ***Evaluación cognitiva: herramientas clínicas para explorar el funcionamiento mental***

Comprender cómo piensa, recuerda o procesa la información una persona adulta o mayor es clave si queremos hacer un diagnóstico que tenga sentido. Por eso existen herramientas estandarizadas que permiten mirar de cerca cómo está funcionando la mente, sin depender solo de lo que se dice en la conversación. Estas pruebas no reemplazan al diálogo clínico, pero sí lo complementan. Nos dan datos concretos que ayudan a confirmar sospechas, a detectar a tiempo si algo empieza a fallar, o incluso a mostrar fortalezas que a veces no se notan en una charla habitual.

*REY-OSTERRIETH COMPLEX FIGURE TEST (ROCF)*

Esta prueba tiene algo muy interesante: permite ver cómo la persona organiza lo que percibe, cómo planea y, también, cómo recuerda lo que ha visto. Primero se le pide que copie una figura bastante compleja. Eso ya muestra cómo percibe y cómo organiza el dibujo. Luego, se le pide que la dibuje de memoria, primero al instante y después pasado un rato. Ahí vemos qué se retuvo, qué se perdió, qué tanto se consolidó en la memoria visual.

Sirve para observar si hay fallas en la planificación, en la percepción del espacio, en la capacidad de almacenar imágenes. Es muy útil cuando se quiere detectar deterioros cognitivos sutiles o cuando se necesita diseñar estrategias para mantener lo que aún está bien conservado.

*CAMDEX-R (CAMBRIDGE EXAMINATION FOR MENTAL DISORDERS OF THE ELDERLY-REVISED)*

La CAMDEX-R es una batería más amplia. Es como hacer una radiografía más completa del funcionamiento mental en adultos mayores. Evalúa memoria, lenguaje, razonamiento, resolución de problemas, también toma en cuenta cómo estos cambios afectan la vida cotidiana. No se queda solo con lo cognitivo, también recoge información sobre estado emocional, síntomas depresivos o ansiosos y otras conductas que pueden estar influyendo en el bienestar. Esto la convierte en una herramienta útil no solo para diferenciar entre distintos tipos de deterioro, sino también para pensar qué tipo de acompañamiento clínico puede ayudar más. Se adapta bien cuando se busca una evaluación integral, no fragmentada.

*TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER (TEST DE BENDER)*

El Bender es uno de esos instrumentos clásicos que, a pesar del tiempo, aún dice mucho. Sirve para ver cómo una persona organiza lo que ve y cómo lo traduce al papel. Se le entregan unas figuras geométricas para copiar, pero lo que importa no es solo si se parecen o no al modelo original, sino cómo se copian. ¿Faltan detalles?, ¿las colocó desordenadas?,

¿cambió las proporciones?, ¿hubo distorsiones o inversiones? Todo eso nos habla del modo en que procesa la información visual, cómo planifica, cómo coordina la mano con lo que percibe.

Pero también muestra algo más sutil: a veces, el modo en que alguien dibuja refleja su estado emocional. Personas muy ansiosas, por ejemplo, pueden plasmar ese desorden interno en el papel. En algunos casos, también se pueden ver señales tempranas de deterioro cognitivo. Por eso, aunque parece simple, bien interpretado puede aportar muchísimo, sobre todo, si se combina con otras pruebas. En adultos y en personas mayores, sigue siendo una herramienta útil, práctica y con mucho que decir si se la mira con ojo clínico.

### ***Evaluación de la personalidad: una puerta para entender más allá de los síntomas***

Conocer los rasgos de personalidad de alguien, sobre todo en la adultez y en la vejez, va más allá de etiquetar conductas. Nos permite entender qué hay detrás de lo que una persona muestra, por qué reacciona cómo reacciona, cómo enfrenta lo que le pasa o qué recursos tiene para salir adelante. A menudo, los síntomas no son más que la punta del iceberg, debajo hay formas de ser, de sentir, de pensar, que vienen desde hace mucho. Por eso, contar con instrumentos que permitan mirar en profundidad es fundamental. En ese sentido, hay dos herramientas que se usan mucho y que han demostrado su valor clínico: el NEO-PI-R y el PAI.

#### *NEO-PI-R (INVENTARIO NEO REVISADO DE PERSONALIDAD)*

Este test trabaja con los cinco grandes factores de la personalidad: apertura a nuevas experiencias, conciencia, extraversión, amabilidad y neuroticismo. No se trata solo de medir cuánta amabilidad o apertura tiene alguien, sino de entender cómo esos rasgos se combinan y qué impacto tienen en su día a día. ¿Es alguien que se adapta fácilmente a los cambios?, ¿que se organiza bien?, ¿que vive todo con mucha intensidad emocional?, ¿que tiende a retraerse frente al estrés? Esa información ayuda mucho a

ajustar el tipo de intervención. No todo funciona igual con todos. Saber cómo es una persona permite adaptar las herramientas terapéuticas a su forma de ser, no al revés.

### *PAI (PERSONALITY ASSESSMENT INVENTORY)*

El PAI es más amplio. Va más allá de lo que se ve a simple vista. Permite construir un perfil completo, fino, más profundo. Evalúa desde trastornos emocionales como la ansiedad o la depresión, hasta indicadores de rasgos de personalidad más problemáticos como el paranoide, el anti-social o el límite. Además, explora cómo se relaciona la persona con los demás, qué tan desarrolladas están sus habilidades sociales, si hay empatía, si puede establecer vínculos afectivos sanos. También aporta información sobre cómo maneja el estrés, qué estrategias de afrontamiento tiene y qué recursos emocionales podrían potenciarse durante el tratamiento.

Lo interesante del PAI es que no solo apunta a detectar lo que está mal. También muestra lo que está bien. Las fortalezas. Lo que se puede trabajar, lo que se puede reforzar. Otro punto fuerte es su utilidad en distintos contextos. Sirve para el trabajo clínico, pero también en el ámbito forense, laboral o educativo. Ofrece algo clave: datos claros, medibles, que ayudan a tomar decisiones más informadas. Además, es muy útil para hacer diagnósticos diferenciales, detectar riesgos importantes como la ideación suicida o el consumo de sustancias, y para hacer seguimiento a lo largo del proceso terapéutico.

### *IMPORTANCIA DEL PAI EN LA ADULTEZ Y LA SENECTUD*

En estas etapas de la vida, el PAI se vuelve especialmente útil. No solo porque ayuda a detectar problemáticas específicas, sino porque permite entender cómo cada persona está enfrentando los cambios que trae el paso del tiempo: el retiro laboral, los duelos, los ajustes en los roles sociales, la aparición de enfermedades crónicas. Todo eso que no siempre se dice en palabras, pero que deja huella en la forma de sentir y estar en el mundo.

Lo valioso del PAI es que no se queda solo en lo que está fallando. También muestra qué sigue funcionando, qué recursos internos siguen vivos, qué aspectos del individuo pueden ser fortalecidos y usados como anclaje terapéutico. Por eso es más que un simple instrumento diagnóstico: es una guía para el acompañamiento emocional y para pensar estrategias que realmente sirvan, que no se queden en lo superficial, que ayuden a sostener una vida más digna y más habitable.

### ***Evaluación de la personalidad: claves para mirar más allá del síntoma***

Cuando se hace un psicodiagnóstico serio en la adultez o en la vejez, no alcanza con saber si hay depresión o ansiedad. Hace falta entender cómo es esa persona en su fondo, en su estructura emocional, en su forma de enfrentar las cosas. Por eso, tener herramientas que ayuden a explorar la personalidad es indispensable. No para encasillar, sino para comprender con más profundidad qué le pasa a ese sujeto y cómo puede ser acompañado.

Evaluar la personalidad no debería quedarse solo en sumar puntuaciones o ubicar a alguien en un perfil estadístico. Cuando estas herramientas se integran de verdad en un proceso clínico serio y sensible, permiten ir más allá: ayudan a entender la historia emocional del sujeto, sus formas de estar en el mundo, sus modos de reaccionar, sus silencios, sus resistencias, su manera de construir sentido.

En la adultez y la vejez, esto cobra aún más importancia. No se trata solo de etiquetar un trastorno o confirmar un diagnóstico, sino de acompañar procesos complejos: pérdidas, cambios, rupturas, duelos, reconstrucciones internas. Lo que estas herramientas aportan es un mapa clínico que orienta, que guía la intervención, pero sin encasillar, sin perder de vista que detrás de cada perfil hay una vida que necesita ser escuchada y respetada.

*PERSONALITY ASSESSMENT INVENTORY (PAI)*

El PAI ha ganado un lugar como uno de los instrumentos más completos para evaluar el funcionamiento psicológico en personas adultas y mayores. No se limita a señalar diagnósticos; permite ver el conjunto, el entramado emocional y cognitivo que hay detrás de lo que se ve. Aporta datos sobre síntomas, sí, pero también sobre vínculos, estilo emocional, estrategias de afrontamiento y fortalezas personales que pueden convertirse en aliados durante el proceso terapéutico. Sirve para construir un perfil detallado de cada persona. No como un molde, sino como una brújula que ayuda al profesional a saber por dónde empezar, por dónde avanzar y qué evitar. Porque cada paciente trae su historia, su manera de enfrentar la vida, su modo particular de resistir o de derrumbarse. Eso hay que verlo con claridad, con respeto y con herramientas que realmente sirvan para mirar sin simplificar.

Gracias al PAI, el clínico no solo ve qué le duele al paciente, sino también qué sostiene todavía su estructura, qué le da fuerza, qué le permite seguir, incluso en medio de la dificultad. Este acercamiento hace la diferencia entre un tratamiento que acompaña de verdad y uno que se queda en la superficie.

*INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD  
DE MINNESOTA (MMPI-2)*

El MMPI-2 es, sin duda, uno de los instrumentos más conocidos y utilizados cuando se trata de evaluar la personalidad y el estado emocional en adultos. Tiene esa característica de ser un 'clásico clínico', pero sigue siendo vigente justamente por su profundidad y por la cantidad de aspectos que permite explorar. Más allá de detectar síntomas, el MMPI-2 ayuda a mirar la estructura de personalidad, los patrones emocionales, la forma en que una persona se vincula con los demás y hasta los mecanismos de defensa que utiliza. Es como tener un mapa amplio del funcionamiento psicológico, donde el profesional puede ver no solo lo que duele, sino también cómo ese dolor se organiza y se expresa.

Uno de sus aportes más valiosos es que incluye escalas para medir la validez y consistencia de las respuestas, algo clave para saber si los resultados son realmente fiables o si están siendo distorsionados (consciente o inconscientemente). Esto hace que sea una herramienta muy robusta, útil tanto en el ámbito clínico como en otros contextos: peritajes forenses, procesos de selección laboral, evaluación educativa, etc. Sirve para diagnosticar, sí, pero también para entender mejor a la persona que tenemos delante, y desde ahí pensar en tratamientos más aterrizados, más realistas, más coherentes con su modo de ser y de vivir.

*CUESTIONARIO FACTORIAL DE PERSONALIDAD  
DE 16 FACTORES (16 PF-5)*

El 16 PF-5, basado en el enfoque de Raymond Cattell, tiene otra lógica: no busca detectar patologías, sino entender cómo se organiza la personalidad desde sus rasgos básicos. Evalúa dimensiones como la calidez, la estabilidad emocional, la sensibilidad, la audacia, la autonomía, entre otras, que, en el trabajo clínico, puede ser muy útil. En adultos y personas mayores, este instrumento ayuda a ver cómo es su estilo relacional, su forma de procesar los cambios, de reaccionar al estrés o de adaptarse a nuevas situaciones. A veces, un tratamiento no avanza no porque la técnica esté mal aplicada, sino porque no encaja con el perfil de personalidad del paciente. Esta herramienta aporta pistas valiosas.

También permite anticipar cosas que a simple vista no se ven: por ejemplo, si una persona tiende a evitar el conflicto o si le cuesta sostener rutinas. Todo eso puede influir en la manera en que transita su proceso terapéutico o en cómo enfrenta ciertos eventos vitales. Más allá del ámbito clínico, este cuestionario también tiene mucha aplicación en orientación vocacional, procesos de selección o intervenciones educativas. Saber si alguien encaja bien en un entorno laboral o si tiene las habilidades para determinadas funciones no siempre se ve en una entrevista breve. El 16 PF-5 ayuda a afinar esa mirada, aportando datos concretos que complementan la observación profesional.

*Evaluación del bienestar emocional, calidad de vida  
y afrontamiento psicológico en la adultez y la senectud*

El bienestar emocional en la vida adulta y en la vejez es algo que merece ser tomado con la misma seriedad que cualquier otro aspecto clínico. No siempre los síntomas son ruidosos ni obvios; a veces, el malestar se esconde tras el cansancio, tras el aislamiento, tras frases como “estoy bien, pero ya no es igual”. Es necesario contar con herramientas que permitan detectar a tiempo lo que pasa por dentro, antes de que se cronifique o se vuelva más difícil de tratar.

*ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS)  
Y ESCALA DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO (GAI)*

Estas escalas, pensadas para personas mayores, son útiles porque están diseñadas para captar lo emocional sin confundirse con lo propio del envejecimiento. No mezclan síntomas físicos con estados de ánimo, eso hace que sus resultados sean más claros, más directos. Sirven para identificar cuándo la tristeza ya no es solo parte del paso del tiempo, sino algo que necesita atención clínica. Lo mismo ocurre con la ansiedad, que muchas veces en la vejez se presenta de forma más sutil, más silenciosa.

*INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO/RASGO (IDERE)*

Este instrumento ofrece una lectura más matizada de la depresión. No todo malestar es igual, ni responde a las mismas causas. El IDERE permite diferenciar entre lo que es una tristeza puntual, provocada por una situación concreta, y lo que es una disposición más estable al desánimo o a los pensamientos depresivos. La escala de estado muestra cómo está la persona hoy, en este momento. Mientras que la escala de rasgo va más al fondo: muestra cómo suele estar esa persona a lo largo del tiempo, si su modo emocional habitual tiende a teñirse de tristeza, si arrastra ese tono afectivo desde hace años.

Esta distinción no es un detalle técnico: es clave para pensar el tratamiento. Porque no es lo mismo abordar una crisis pasajera que un

patrón emocional más arraigado. Y el psicodiagnóstico, si se lo toma con la profundidad que merece, permite justamente eso: comprender bien para intervenir mejor.

#### *LISTADO DE SÍNTOMAS BREVE (LSB-50)*

El LSB-50 es de esos instrumentos que, sin ser largos ni complicados, dicen mucho. En unos pocos minutos, permite tener una fotografía bastante clara del malestar emocional de una persona. Evalúa síntomas frecuentes como ansiedad, somatización, depresión, hostilidad... todo eso que a veces se acumula y no siempre se expresa con palabras. Su formato ágil lo hace ideal cuando se necesita una primera aproximación clínica, cuando no hay mucho tiempo pero sí la urgencia de entender qué está pasando. Y lo mejor es que incluye escalas de validez que permiten tener más confianza en lo que los resultados reflejan, sin quedarse solo en lo superficial.

#### *CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)*

El STAI tiene un valor clínico especial porque permite ver dos caras de la ansiedad. Por un lado, está la ansiedad 'estado', esa que aparece de golpe, por una situación concreta, por algo que pasó o está por pasar. Por otro lado, está la ansiedad 'rasgo', más silenciosa, más constante, esa que forma parte del estilo emocional de la persona, como si fuera una capa de fondo que tiñe su forma de vivir. Esta diferenciación es muy útil, porque no todo el mundo que se siente ansioso hoy tiene un problema de fondo. Tampoco toda persona tranquila en apariencia está libre de una ansiedad crónica. El STAI permite leer eso con claridad y ajustar el tratamiento sin sobrediagnosticar ni minimizar lo que está ahí, aunque no se vea tanto.

#### *EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y DE LA ADAPTACIÓN EMOCIONAL*

Cuando hablamos de salud emocional no basta con que los síntomas bajen o desaparezcan. A veces, una persona puede estar sin síntomas evidentes, pero sentirse vacía, desconectada o sin ganas. Por eso, cada vez cobra más sentido hablar de calidad de vida: cómo vive esa persona su

día a día, qué siente con su cuerpo, con sus vínculos, con el lugar donde habita. Esa mirada más amplia permite intervenciones más reales, más cercanas a lo que el paciente necesita.

#### *CUESTIONARIO WHOQOL-BREF (OMS)*

Este cuestionario ayuda justamente a eso. Evalúa cuatro grandes áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. No busca solo etiquetar un trastorno, sino entender cómo se siente la persona con lo que le toca vivir. Y ahí está su valor: no todo pasa por el diagnóstico clínico. A veces, lo que hay que trabajar está en el vínculo con otros, en el lugar donde se vive, en la sensación de sentido o de satisfacción con la vida. Y el WHOQOL-BREF permite abrir esas preguntas y hacerlas visibles.

#### *Afrontamiento del estrés: comprensión emocional y estrategias de intervención*

Cuando las cosas se ponen difíciles —una enfermedad, una pérdida, un cambio abrupto— no todos reaccionamos igual. Algunos se bloquean, otros, se sobre exigen, otros se aíslan. Entender cómo cada persona enfrenta el estrés es clave para saber por dónde empezar a acompañarla. No se trata solo de aliviar el malestar, sino de ver qué estrategias usa esa persona para sostenerse. Evaluar el estilo de afrontamiento permite, entonces, algo más que ponerle nombre al dolor: permite comprender la lógica emocional detrás de las respuestas y diseñar intervenciones que realmente sirvan, que no sean recetas generales, sino herramientas hechas a la medida de quien consulta.

#### *CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS (CAEPO)*

El CAEPO ha sido específicamente desarrollado para evaluar las formas de afrontamiento utilizadas por personas que transitan un proceso oncológico. Su aplicación permite:

- Identificar patrones emocionales y comportamentales frente al estrés de la enfermedad.
- Comprender las estrategias predominantes de afrontamiento: si son más adaptativas o disfuncionales.
- Diseñar intervenciones psicológicas a medida, que fortalezcan los recursos personales y disminuyan el impacto emocional negativo.

El valor del CAEPO radica en que no solo mide un síntoma, sino que permite captar cómo una persona dialoga con el sufrimiento, qué herramientas psicológicas usa, cuáles necesita reforzar y cómo puede mejorar su calidad de vida durante el tratamiento y la recuperación. Evaluar ansiedad, depresión, calidad de vida y afrontamiento no solo nos permite identificar el malestar, sino también reconocer los recursos internos que aún están activos. Estas herramientas, lejos de ser meros cuestionarios, se convierten en mapas que orientan el camino terapéutico, humanizan el diagnóstico y nos permiten construir un acompañamiento más empático, sensible y útil para cada etapa de la vida.

#### *EVALUACIÓN EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN EN CONTEXTOS ESPECÍFICOS*

No todo malestar se entiende igual ni se aborda de la misma manera. Hay situaciones que, por su carga emocional o por lo que implican en la vida de quien las atraviesa, necesitan ser leídas con más cuidado, con instrumentos que realmente puedan captar lo que está pasando más allá de lo evidente. No sirve aplicar siempre las mismas pruebas como si todo fuera igual para todos. Hay momentos y vivencias que exigen otra mirada, más sensible, más cercana.

Uno de esos casos es la infertilidad. Un proceso que muchas veces se vive en silencio, con frustración, con culpa o con una mezcla difícil de poner en palabras. También lo son las situaciones donde el contexto de vida del paciente tiene un peso importante en su estado emocional: por ejemplo, cuando se evalúa a una persona en su casa o en una institución donde reside. En estos casos, no alcanza con lo que el paciente dice en el consultorio; hay que mirar un poco más allá.

### *CUESTIONARIO DE DESAJUSTE EMOCIONAL Y RECURSOS ADAPTATIVOS EN INFERTILIDAD (DERA)*

El DERA para mirar, a fondo, lo que pasa con quienes enfrentan la infertilidad. No se queda solo en medir si hay tristeza o ansiedad. Lo que hace es explorar cómo esa persona vive todo esto por dentro: qué siente frente al diagnóstico, cómo afronta el estrés, qué recursos tiene y cuáles se le están cayendo por el camino. Esta herramienta permite ver mejor qué tan golpeada está emocionalmente esa persona, pero también qué sostiene, qué todavía le sirve para no quebrarse del todo. Y eso, clínicamente, es muy valioso. Porque a veces el foco no tiene que estar solo en el dolor, sino en las fuerzas que todavía están activas, aunque parezcan pequeñas.

Con esa información, el acompañamiento psicológico puede ser distinto. Personalizado, empático, centrado en el ritmo y la realidad del paciente. El DERA ayuda a no caer en intervenciones estándar que sueñan bien en teoría, pero no tocan la experiencia real de quien consulta. Su valor está en que permite mirar con más humanidad, entender desde adentro, acompañar mejor.

*Visitas domiciliarias e institucionales: acercarse  
al paciente desde su entorno*

En el trabajo clínico con personas adultas o mayores es común que muchas dimensiones del funcionamiento psicológico solo puedan comprenderse realmente si se observa cómo vive el individuo su día a día, en su espacio y en su dinámica habitual. Las visitas domiciliarias o institucionales se convierten entonces en una estrategia diagnóstica insustituible, que permite ver más allá de lo que se relata en el consultorio. ¿Por qué realizar visitas al entorno del paciente?

#### *CONTEXTUALIZACIÓN PROFUNDA*

Observar el entorno físico, emocional y relacional del individuo ayuda a entender con mayor claridad los factores que influyen en su estado

psicológico. La vivienda, las rutinas, los objetos cotidianos o incluso el tono del hogar hablan tanto como el discurso verbal.

#### *EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL*

Las visitas permiten valorar con mayor precisión la calidad de las redes de apoyo. ¿Hay vínculos protectores o aislantes? ¿Se percibe sostén emocional o sobrecarga? Estas preguntas encuentran respuestas en la observación directa.

#### *COMPORTAMIENTO EN AMBIENTE NATURAL*

A diferencia de lo que ocurre en un entorno clínico, el comportamiento observado en el espacio cotidiano suele ser más genuino y menos condicionado. Esto enriquece el diagnóstico.

#### *VALIDACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA*

Contrastar lo observado con lo relatado en la entrevista clínica ayuda a confirmar o matizar ciertos indicadores del proceso diagnóstico.

#### *Etapas del proceso*

##### *PREPARACIÓN PREVIA*

- Revisión del historial clínico para tener claro el motivo de la visita y definir los objetivos específicos.
- Establecimiento de criterios observacionales y áreas a explorar.

##### *DURANTE LA VISITA*

Aplicación de entrevistas semi-estructuradas.

- Observación sistemática del entorno físico y social.
- Evaluación del comportamiento espontáneo y de la interacción con los miembros del hogar o institución.

### RECOPIACIÓN Y REGISTRO

- Elaboración de notas clínicas detalladas, integrando elementos conductuales, emocionales y contextuales.
- Comunicación posterior con el equipo terapéutico para el análisis conjunto.

### INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA

- La información recogida durante la visita se incorpora al resto del proceso evaluativo (pruebas psicológicas, entrevistas, observación clínica).
- Aporta una lectura más holística del paciente, permitiendo adecuar con mayor precisión el plan de intervención.

### *Mirada final: entender desde el lugar donde se vive*

Las visitas domiciliarias o institucionales no son solo un *extra* en el trabajo clínico. No son ese detalle que se suma después si queda tiempo. Son una forma real y cercana de hacer psicología. Una manera de salir del consultorio y mirar al paciente donde realmente vive, donde respira su día a día. Porque una cosa es lo que alguien dice sentado frente al escritorio y otra muy distinta es lo que se ve cuando uno pisa su casa, su rutina, su espacio. Cuando el psicólogo entra a ese entorno, no va solo a 'ver cómo vive', va también a conectar con una historia, con un ritmo, con un modo de estar en el mundo. Ahí se ve lo que a veces en las pruebas no aparece: los gestos, los silencios, las miradas cruzadas con los otros, el orden (o el desorden), los objetos que cuentan cosas que el paciente quizás no sabe poner en palabras.

Este enfoque, sobre todo cuando se cruza con herramientas específicas como el DERA, permite algo que a veces en los protocolos se pierde: una mirada integral. No solo se evalúan síntomas, se reconoce un contexto. Se entiende una historia. Se detectan posibilidades de adaptación, de reconstrucción, incluso en medio del dolor o del conflicto. Y eso cambia todo. Porque mirar al otro en su entorno es también una forma de respeto.

## **Conclusiones: el psicodiagnóstico como puente entre lo técnico y lo humano**

Después de todo este recorrido, hay algo que queda claro: el psicodiagnóstico no es un trámite, ni un paso previo al tratamiento. Es mucho más que eso. Es una forma de acercarse al otro, de leer su historia, de comprender desde adentro lo que le pasa y cómo lo vive. Evaluar no es aplicar pruebas porque sí. Es sentarse frente a una persona y tratar de entender, de verdad, lo que hay detrás de su malestar, de sus síntomas, de sus silencios. Es escuchar con atención, observar sin prejuicios, y conectar con esa experiencia humana que a veces está escondida bajo capas de mecanismos de defensa, cansancio o resignación.

A lo largo del capítulo hablamos de muchas cosas: del desarrollo emocional, de los cambios cognitivos, de las crisis vitales, los duelos, el envejecimiento, la adaptación; más allá de los conceptos, lo que subyace es la necesidad de un diagnóstico que no sea automático, que no sea frío. Que mire el contexto, que considere los factores socioculturales, los vínculos, los recursos disponibles. Que entienda que la salud mental también se construye afuera, en el entorno, en las relaciones, en el sentido que cada uno le da a su propia vida.

También dijimos que no existe una sola herramienta mágica que sirva para todos los casos. Las entrevistas clínicas, los test psicométricos, las visitas domiciliarias, los cuestionarios específicos... todo eso suma. Lo importante es saber combinarlo, adaptarlo, ponerlo al servicio de quien está del otro lado, pidiendo ayuda a su manera. El psicodiagnóstico, cuando se hace con sensibilidad y compromiso, no es solo un diagnóstico. Es un acompañamiento. Es un momento de encuentro. Es una oportunidad para abrir espacios de comprensión, para detectar recursos internos, para encender pequeñas luces en medio del ruido o del dolor. Es una forma de cuidar, de sostener, de dignificar la vida emocional de las personas adultas y mayores.

Porque eso es, en definitiva, lo que buscamos: una evaluación que no solo nombre lo que duele, sino que también señale lo que aún puede

sanar, lo que todavía tiene fuerza, lo que puede ser reconstruido. Eso solo se logra cuando el diagnóstico deja de ser solo técnica y se convierte también en vínculo, en escucha y en humanidad.

## Referencias bibliográficas

- Allegri, R., Roqué, M., Bartoloni, L. y Rubin, R. K. (2015). *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación Profesional para el Equipo Socio-sanitario*. Ministerio de Desarrollo Social.
- American Psychological Association. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Andrade Palos, P., Sánchez Hernández, M. E., Betancourt Ocampo, D. y González-González, A. (2022). Apoyo social, soledad, vulnerabilidad y satisfacción con la vida en personas mayores de México. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 40(2). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.11187>
- Bados, A. y Vázquez, C. (2018). Psicodiagnóstico en la adultez: desafíos y oportunidades. *Psicothema*, 30(1), 2-10.
- Cejudo, J., Rodrigo-Ruiz, D., López-Delgado, M. L. y Losada, L. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia: Su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*, 46(1), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.ap.2016.03.001>
- D'Agostini, F. P. y Rech, N. B. (2019). *Psicodiagnóstico con adultos*. Seminario de Iniciación Científica y Seminario Integrado de Docencia, Investigación y Extensión, e21962-e21962.
- Díaz-Castillo, R. et al. (2018). Resiliencia en adultos mayores: Estudio de revisión. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 10(2), 50-70. [https://www.researchgate.Resiliencia\\_adultos\\_mayores](https://www.researchgate.Resiliencia_adultos_mayores)
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Meléndez, J. C., Satorres, E. y Delhom, I. (2019). El poder de la inteligencia emocional sobre la resiliencia en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés*, 25(3), 122-127. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.05.002>
- Mentes Abiertas Psicología (n.d.). Adaptación de la psicoterapia al paciente: Enfoques y beneficios. <https://www.mentesabiertaspsicologia.com/blog>
- Meyer, G. J. (2001). Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 13(4), 488-502.

- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Navarro, M. A. y Jiménez, M. J. (2022). El psicodiagnóstico en la adultez: revisión de la literatura. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(1), 1-12.
- Quiroz, C. O. A. y Flores, R. G. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291-300.
- Red EMC. (2016). Aplicación del Mini-Mental State Examination (MMSE) en la evaluación del Alzheimer. Campus RED EMC. <https://redemc.net/Test-Mental-Alzheimer>
- Revista Española de Geriatria y Gerontología*. (2010). Reserva cognitiva: Evidencias, limitaciones y líneas futuras de investigación. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(5), 303-312. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(10\)70063-4](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(10)70063-4)
- Rodríguez Uribe, A. F., Valderrama Orbegozo, L. J. y Molina Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258.
- Scarimbolo, G. (2016). La soledad de los adultos mayores ¿un problema mayor? En VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Scielo.cl. (2019). Factores asociados a la reserva cognitiva y su impacto en el deterioro cognitivo. *Revista Médica de Chile*, 147(11), 1512-1521. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019001101594yscript=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019001101594yscript=sci_arttext)
- Scielo.cl. (2023). Evaluación del deterioro cognitivo mediante el Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Médica de Chile*, 151(11), 1464-1471. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872023001101464yscript=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872023001101464yscript=sci_arttext)
- Tijeras, E., González-García, L. y Postigo, S. (2020). Relación entre el apoyo social, la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y el bienestar en adultos mayores. *European Journal of Health Research*, 6(2), 133-143. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.211>
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D. y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 342-350.
- World Health Organization (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>

## **El informe psicológico clínico**

---

Vanessa Quito-Calle

Universidad Politécnica Salesiana

[jquito@ups.edu.ec](mailto:jquito@ups.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-1428-5081>

### **¿Cómo elaborar y a qué se refiere el informe psicológico?**

En la especialidad de la psicología clínica es común el desarrollo de los informes psicológicos clínicos (IPC) para reunir información personal, específicamente, de las situaciones problemáticas de un individuo, apreciaciones (evaluaciones), resultados (diagnóstico) y sugerencias (recomendaciones) sobre los pacientes. Por eso, es necesario conocer este documento junto con sus aspectos para su elaboración.

El IPC es una notificación de carácter reservado y científico, organizada por el profesional con base al juicio de valoración e intervención psicológica al paciente. Desde el nacimiento de la psicología clínica, una de sus labores fue la elaboración del IPC respetando e integrando todos los valores éticos y legales (Tallent, 1998; Wolber y Carne, 2020). Es por ello por lo que, las actualizaciones y publicaciones del Código Ético de la APA (APA, 2017) son de importancia a nivel mundial y en especial en nuestro contexto, porque estamos tratando con personas.

A la vez, se continua con la aplicación de los instrumentos de medición tanto proyectivos como psicométricos respetando los esquemas planteados en la *American Psychological Association* (APA) que facilitan

las obligaciones técnicas de la valoración (evaluación) psicológica. Consecuentemente, es necesario mantener una redacción y lenguaje adecuado, garantizar los derechos del individuo y mantener el rigor científico, por lo que, es necesario estar al día con el *Manual de Publicación de la APA* (APA, 2020). También, no se debe dejar de lado el marco legal vigente en nuestro país porque nos permite implementar acciones basadas en el *Modelo de Atención en Salud Mental* (MAIS, 2012) cuya característica es el avalar el derecho a la salud. Así mismo, es indispensable basarse en los principios que rezan en la (Constitución de la República del Ecuador, 2021) en especial en el Art. 3: deberes primordiales del Estado y en la sección séptima de salud y en el Art. 32: la acción y servicios de promoción y atención integral de la salud en el quehacer clínico del Psicólogo. Toda esta información nos hace pensar en lo destacado que debe ser un IPC a la hora de elaborarlo. Entonces, ¿qué aspectos deben ser considerados?

### *Ostentar una adecuada preparación*

La clave está en la preparación, tanto teórica como práctica, de la psicología para crear adecuados IPC. El rigor científico, ético y legal deben estar siempre en la tarea. Debe contar con una licenciatura en psicología apropiadamente registrado en la SENESCYT, capacitado en efectuar análisis (diagnósticos) y valoraciones (evaluaciones) psicológicas aplicando contenido ético y manteniendo una actualización profesional constante. Para el efecto, debe tomar consciencia de si posee o no la competencia para ejecutar esa acción y cuáles son sus limitaciones.

### *Cuidar la integridad, la autodeterminación y la confianza del paciente*

Es de carácter obligatorio el cuidar la moralidad, la libertad y la intimidad del individuo que asiste a consulta. Es indispensable establecer un protocolo que sirva de guía para el profesional de la psicología, específicamente, al momento de elaborar el IPC. Dentro del IPC se colocará lo que es necesario, es decir, que se puede o debe ser revelado en el informe, recabando información para lo que sea requerido. Al momento de pasar a escrito se debe tener cuidado en plasmar la vida privada de esa persona.

### *Derecho a recibir los resultados del informe*

El evaluado tiene el derecho a escuchar la lectura del informe antes de ser entregado definitivamente, a la vez, tiene el derecho de elegir el tratamiento. Es así como, el (la) psicólogo(a) tiene la obligación de informar de manera veras y de modo adecuado, de acuerdo con las posibilidades de comprensión de la persona. Es necesario comunicar a un representante legal si se evaluó a personas con capacidad diferentes, pérdida cognoscitiva, ausencia de razón de enfermedad, etc. Todo individuo tiene derecho al acceso a la historia clínica y/o informe psicológico, a recoger el informe de alta y los certificados acreditativos de su estado de salud. Si no desea ser informado, también está en su derecho. La persona psicóloga procederá a la *devolución de información* (Turkat, 1985; Muñoz, 2020) dialogando y debatiendo con el individuo evaluado en la entrevista. En esta parte, es importante contrastar las hipótesis, explicar el porqué de sus problemáticas y posibles tratamientos. Sin embargo, el deber del entrevistado es colaborar en su evaluación y facilitar datos de manera eficaz para obtener mejores resultados.

### *Establecer los asuntos del informe*

Al ser un documento científico, el IPC debe poseer concordancia, lógica y entendimiento. Aunque no existe una disposición legal y específica para elaborar el IPC, es necesario que se precise el nombre del evaluado, el nombre del representante que recibirá el informe, pruebas (instrumentos) utilizados, los pasos para hacer frente a la demanda del individuo, conclusiones y recomendaciones adecuadas.

### *Referir los materiales empleados y proporcionar la perspicacia de los datos*

Los test psicológicos, su construcción y adaptación al medio, su traducción, distribución o aplicación se relacionan con la evaluación psicológica (Hambleton, 2021; Bartran, 2019). Por lo tanto, al momento de aplicar un test en el proceso de evaluación, se debe de considerar

instrumentos que presenten validez y fiabilidad y que éstos sean renovados. También, es necesario apegarnos a los esquemas determinados por la *American Psychological Association* (APA) para la interpretación y divulgación de los datos de los test basándose en los resultados que proporciona el manual de calificación de las pruebas.

*La importancia del proceso de evaluación,  
las suposiciones manifestadas y demostrar los desenlaces*

Al realizar el IPC es menester saber entregar los resultados, debe ser evidente como para que sea valorado por otro y que quede constancia de lo que se encontró. Las conclusiones, deberán estar debidamente permitidas con relación a las demandas del usuario, las conjeturas trazadas deben ser respondidas con base a los relatos recogidos y en las averiguaciones y métodos para sustentar sus hallazgos.

*Velar por la forma*

La redacción del IPC es de relevancia y siempre estará apegado al *Código Deontológico del Psicólogo*, a los *Estándares de aplicación de las pruebas de la APA* y, sobre todo, en el *Manual de Publicación de la APA*. Debemos practicar la redacción científica y ordenar adecuadamente las ideas para que el cliente o quien lea el informe le pueda ser fácil la comprensión de su contenido, es decir, el IPC como documento científico debe contener una coherencia en su lenguaje y mantener la claridad de idea. No se debe emplear palabras redundantes, no es aceptable el empleo de jergas, charlatanería y superfluidad, evitar protocolos y rodeos en cuanto a la identidad de género y su étnica.

*Conservar la privacidad y el sigilo profesional*

La reserva o el secreto profesional es indispensable en la relación con el usuario. Nadie más que el cliente puede acceder a su información o si viene de un requerimiento judicial. Al inicio de la correspondencia profesional se debe de comunicar acerca de la confidencialidad, que solo se rompe cuando es necesario. También, se le comunicará del derecho

del *psicólogo* a no conceder lo escrito u oral de un informe si va a ser mal utilizada y afecte la salud del individuo (Pérez *et al.*, 2020).

### *Pedir la anuencia de enterado*

Antes de actuar en el espacio de la sanidad se requiere de la firma de las partes de un consentimiento escrito, que contiene el procedimiento y riesgos que se asumen durante las sesiones. Así mismo, si se va a redactar un informe, el cliente debe consentir y aceptar toda la información que será incluida. El usuario debe receptar la suficiente información por parte del profesional acerca del uso del informe incluido los anexos (documentos que respalden), a esto se le llama *informado*. Si es menor de edad o padece de algún problema que le impida firmar, pues se procederá con un representante legal. Finalmente, si el paciente está en un peligro y no es posible obtener su consentimiento por razones justificadas o porque no lo proporcione por alguna causa relevante, se podrá iniciar las intervenciones clínicas (incluyendo la divulgación de información). No obstante, se podrá recurrir a sus familiares o a personas cercanas a él o proceder según el caso (Pérez *et al.*, 2020).

### *Resguardar toda documentación*

Es explícita la obligación del profesional y centros sanitarios el garantizar el resguardo de los datos proporcionados y cuidar estrictamente la confidencialidad. Todo profesional es el responsable del salvaguardar toda la averiguación obtenida. Es obligación de los centros o instituciones que cuentan con psicólogos, almacenar en óptimas condiciones los expedientes clínicos, máximo *cinco años* a partir de la fecha del alta.

## **Tipos de informe psicológico**

El IPC será elaborado a partir de la necesidad o propósito del cliente y se incluirá, en caso de ser necesario, un diagnóstico, intervención o seguimiento. Puede ser solicitado por el representante de un niño, niña, adolescente, por un profesional de la salud, abogados, entre otros. El tipo

de informa va a variar a partir del lugar al que vaya dirigido, ya sea para el campo educativo, laboral, social, pericial y clínico. Existen diversos tipos de IPC y están fragmentados según la causa:

- A partir de su difusión (expediente oral o escrito).
- A partir del objetivo planteado y la intención de la valoración (de evaluación, selección u orientación o intervención).
- A partir del lugar o argumento de su estudio (de selección, clínico, educativo, pericial o de tránsito y seguridad).

### ***Tipos de informe psicológico (a partir del medio de difusión)***

#### *Expediente (informe) oral o verbal*

Mediante una entrevista de devolución se comunica al entrevistado toda la información obtenida sobre él. Para el efecto, se deben seguir tres propósitos de manera correcta:

- Asistir al sujeto evaluado con una explicación de los orígenes por los que ha sido valorado.
- Es importante conocer y comprender el problema que aqueja al sujeto, para enseñarle cómo debe proceder para manejarlo o vigilarlo (controlarlo).
- Se debe negociar (dentro del ámbito clínico) cómo va a ser su tratamiento psicológico.

#### *Expediente (informe) escrito*

Se emplea como una adición al informe oral para proporcionar la explicación y notificar aspectos necesarios con respecto a la difusión oral. Se aplican los mismos objetivos del informe oral a la hora de elaborar la parte escrita. Es importante rescatar que, si se emplea términos psicológicos, debe hacerse con palabras sencillas de fácil entendimiento que eviten malentendidos. También, los IPC escritos deben ir debidamente firmados, sellados por quien lo realizó y el número de contacto del profesional.

## ***Tipos de informe psicológico según el objetivo planteado y la intención de la evaluación***

### *Expediente (informe) de apreciación en psicología clínica*

Su fin es brindar un psicodiagnóstico de manera clara y concisa acerca de lo que padece el cliente y deberá ser entregado al individuo o a quien lo solicitó. A la vez, debe incluir recomendaciones con respecto al procedimiento psicológico que le servirá para la mejora o cambio significativo. Este tipo de expediente es especial para el diagnóstico en el espacio de la *psicología clínica*.

### *Informe de elección u orientación*

Es indispensable para la elección de la profesión o profesiones que se considere apto el sujeto. Así mismo, hay que tener en cuenta sus preferencias e intereses personales al respecto. Este tipo de expediente es aplicado en el perímetro de la *psicología educativa*; también tiene como finalidad explicar las causas por las que fue aceptado o no para desempeñarse en el puesto de trabajo al que aspira (motivo por el cual fue evaluado) y es aplicado en el ámbito de la psicología laboral u organizacional.

### *Informe de intervención*

Sirve para guiar al paciente en su proceso de cambio después de haber acudido a terapia. Este tipo de informe contará con una planificación de técnicas terapéuticas basada en modelos teóricos científicamente comprobados.

## ***Tipos de informe psicológico según el lugar o contexto de su aplicación***

### *Expediente (informe) clínico*

Este tipo de expediente es el más elaborado en psicología clínica porque le respaldan diversos estudios, artículos científicos y capítulos de

libro que nos hacen comprender su calidad. Entre lo que debe contener un informe clínico sería:

- Datos personales del (a) consultante
- Nombre del psicólogo o psicóloga
- Datos del lugar donde se ejecutó la evaluación
- Inicio y fin de la evaluación (fechas)
- Motivo de consulta: manifiesto y latente (demanda del paciente)
- Genograma (puede ser con el programa GenoPro u otros y con su respectiva interpretación)
- Historia del síntoma/conflicto (incluido las etapas del desarrollo humano y el estado mental)
- Descripción del contexto del sujeto (laboral, social, familiar y educativo)
- Hipótesis en cuanto al mantenimiento del síntoma
- Cambio deseado
- Tratamientos de previos (psicológicos y psiquiátricos)
- Técnicas empleadas (tests psicológicos aplicados)
- Presentación de resultados (el diagnóstico psicológico sintomático: indispensable para la destreza clínica en el campo de la salud basado en el DSM-V-TR y CIE 11 y el diagnóstico psicológico estructural)
- Conclusiones
- Recomendaciones: para el sujeto, para la institución para la familia

Si el usuario solicita con programa de intervención, se procede:

- Metas (objetivos) del tratamiento anticipadamente acordados con el paciente.
- Programa de intervención psicológico.
- La autorización informada, exponiendo la fecha de emisión y las firmas del psicólogo o psicóloga y del cliente como un medio de compromiso para el término del tratamiento o intervención.

**Nota.** Existe una diversidad de modelos de informes psicológicos, ninguno es más valioso que otro, simplemente se ajustarán al pedido de la información de cada institución.

### *Informe de selección*

Los psicólogos laborales u organizacionales lo utilizan más en una empresa para evaluar a los aspirantes a un trabajo que se oferta. También puede servir para los aspirantes a soldados en la milicia, o ingreso a la Policía o el cuerpo de bomberos, entre otros. Estos informes sirven de *screening* o cribado para en lo posterior pasar a otras pruebas como, por ejemplo, las pruebas médicas. Se establece como una disposición de prevención secundaria a sujetos que creen estar saludables, a fin de descubrir posibles patologías de forma prematura (Benavente, 2019).

Es importante tener en cuenta los siguientes principios:

- Cuidar y respetar la confianza del candidato evaluado.
- Respetar el marco legal al momento de evaluar aptitudes y características de los aspirantes.
- Velar por la información del informe para que quede a buen recaudo bajo la responsabilidad de una persona o institución responsable.
- No utilizar una prueba para dañar la moralidad de los aspirantes.
- Reconocer aspectos de los candidatos como sencillez, brevedad en hablar y la fluidez de ideas.

### *Expediente (informe) pericial*

Dentro de sus campos de acción, el psicólogo puede extenderse a los ámbitos del derecho, ya sea en lo penal, civil, laboral, militar y canónico-iglesia. El expediente debe elaborarse en función de la eficacia, el carácter y la cuantía de la información acopiada en él; porque, por ejemplo, debe estar claro para el entendimiento de un fiscal o un juez. El expediente pericial deberá contener los mismos puntos del informe clínico, pero agregando: datos del juzgado, hechos que fueron denunciados, las pruebas que respalden al informe (anexos) y las interrogantes

hechas por el perito a cargo. Las conclusiones serán redactadas meticolosamente porque de estas depende un veredicto o son clave dentro de un proceso penal.

#### *Expediente (informe) de tránsito y seguridad*

Son indispensables para recoger información de los conductores que anhelan poseer una licencia de conducir o que desean renovarla. Si se desea otorgar la autorización de conducción a la persona evaluada, es necesario que ésta cuente con aptitudes psicofísicas tales como la coordinación visomotora, la estimación del movimiento, la inteligencia práctica y el tiempo de reacciones múltiples. También, podemos realizar informes a aquellas personas que deseen obtener una licencia para la posesión y uso de armas de fuego, la tenencia de animales en peligro de extinción y la tenencia de yates o barcos.

#### *Expediente (informe) educativo*

Para identificar las necesidades educativas (tipo de aprieto en el desarrollo o ciertos apuros a nivel de currículo escolar o cualquier otro motivo) es necesario realizar expedientes en el contexto psicoeducativa. Al poseer este informe, se recomienda al alumno desarrollar sus capacidades o se le orienta a la toma de decisiones en cuanto a continuar sus estudios. El expediente educativo deberá contener los mismos puntos del informe clínico, pero agregando los datos personales del alumno, datos de la institución que remite el caso, nombre del representante legal y una valoración del estado mental en cuanto a las etapas del desarrollo del niño, niña y adolescente.

### **Pasos para elaborar un informe psicológico clínico**

A continuación, se explica cada uno de los puntos de un expediente clínico.

a. *Datos de filiación del evaluado(a):*

Se modificará según la (las) persona (as) entrevistada (s) o grupo (s) social (es)

Nombre del (la) psicólogo(a):			
Centro donde se evaluó		Fecha de inicio	
Nombres completos		Fecha de finalización	
Género		Edad	
Estado civil		Instrucción	
Lugar de residencia		Teléfono	
Religión		Derivado por	

b. *Motivo de consulta: manifiesto y latente (demanda del paciente)*

Suele ser útil comenzar con preguntas: ¿qué es lo que le pasa o qué le trae por aquí?, ¿desde cuándo?, ¿a qué lo atribuye?, con base a las respuestas se describirán los síntomas o problemas objetivos, a esto lo llamamos *motivo de consulta*. Por otro lado, la *demanda* es cuando aparece una necesidad subjetiva en el individuo, el deseo o fuerza motivadora para buscar ayuda en una persona capacitada. La distinción entre motivo de consulta y demanda radica en que el primero se refiere a un contiguo de signos, síntomas o problemas de carácter objetivo; mientras que el segundo responde a la manifestación de un deseo y una solicitud explícita de ayuda.

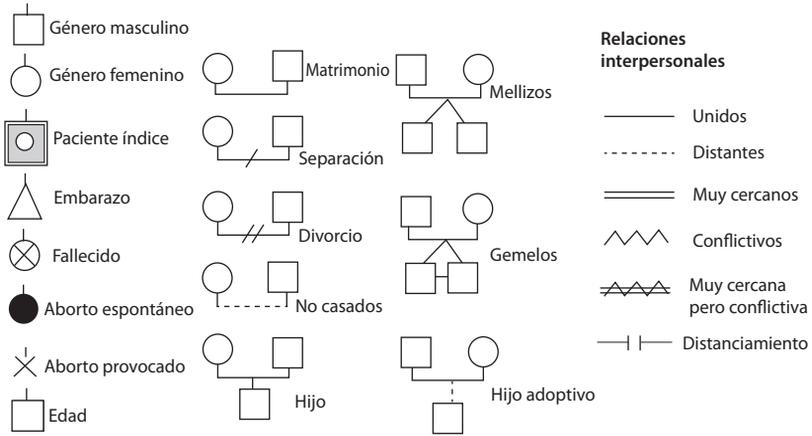
Para intervenir es inevitable que el motivo de consulta se pueda transformar en una demanda. Si profundizamos un poco más, el motivo de consulta *manifiesto* es la exegesis que el paciente hace de su incomodidad, puede comprenderlo adecuadamente, sabe que ha experimentado situaciones similares en el pasado, conoce el contexto

sociocultural en el que vive, etc. Por ejemplo, Joseo, reconoce que no puede controlar su ira, incluso llega a sentirse como un agresor hacia las personas en su entorno. La cónyuge le sugirió que asista al psicólogo porque los dos se dan cuenta de la dimensión de su inconveniente; mientras que, el *latente* es el discernimiento subjetivo del motivo de consulta, es entonces que Joseo, cuando es interrogado a mayor escala se dio cuenta que sus enojos estaban relacionados con la falta de tolerancia a ser criticado, no tolera ser cuestionado algunos aspectos de su carácter y cree tener la razón en todo. Puede ser que haya acudido porque se encuentra triste y sufre, pero al parecer su conducta agresiva no es el único motivo. Al momento de aclarar el motivo de consulta por parte del profesional se averigua que la tristeza y sufrimiento de Joseo giran en torno a la falta de aceptación de aspectos personales. La conducta agresiva, es uno de los aspectos manifiestos (consciente). La falta de tolerancia al creer que algo hizo mal le desencadena la ira, es uno de los aspectos latentes (inconsciente).

### *c. Familiograma*

Es necesario consultar aspectos relacionados con la familia del entrevistado en cuanto a cómo está constituida y cómo son sus relaciones con cada miembro. Esta información podrá ser ingresada en el programa GenoPro que brindará una gráfica del Familiograma. Después de la gráfica, es fundamental que el psicólogo haga una breve interpretación de la estructura, la relación y la dinámica entre los miembros —de por lo menos tres generaciones— y determine la fase del ciclo vital familiar en la que se halla inmersa el cliente. La creación de las figuras o símbolos representa a las personas, mientras que las líneas ilustran sus vínculos (Suárez, 2021). Las figuras y líneas se encuentran en el Gráfico 1. Las etapas del ciclo vital familiar se hallan en la Tabla 1.

**Gráfico 1**  
*Simbología básica del genograma*



Nota. Revista Médica Las Condes (2021).

**Tabla 1**  
*Etapas del ciclo vital familiar*

Etapas	Indicador	Representación
1	Noviazgo-pareja sin hijos	Abarca hasta el nacimiento del primer hijo.
2	Linaje con hijos infantes	Va desde el nacimiento hasta los treinta meses.
3	Linaje con hijos en edad preescolar	Abarca hijos desde 2 a 3 años hasta los 6 años.
4	Linaje con hijos en edad escolar	Abarca hijos entre 6 y trece años.
5	Familia con hijos adolescentes	Abarca hijos entre 13 a 21 años.
6	Familia con hijos adultos	Abarca hijos entre veinte años en adelante y desde que sale el primer hijo de la casa hasta la salida del último hijo.
7	Familia en el proceso del nido vacío	Abarca desde el nido vacío hasta la jubilación.
8	Familia con adultos mayores	Abarca desde la jubilación hasta la muerte de ambos.

Nota. Jara, 2011; Vargas, 2013. Elaboración: Vanessa Quito-Calle.

*d. Historia del síntoma/conflicto**¿QUÉ SE QUIERE DECIR CON SÍNTOMA PSÍQUICO?*

Cuando aparecen signos, manifestaciones, situaciones que son realizados contra su voluntad, tales como que algo no está funcionando como uno esperaba, algo que no se ha podido comunicar a nadie como un trauma del pasado y que éste retorna una y otra vez en forma de mal comportamiento y fuera de la norma, es a lo que llamamos síntoma. En el atributo psicológico tenemos síntomas como el insomnio, ansiedad, depresión, trastornos psicósomáticos, fobias, obsesiones, etc., que alteran la psique de la persona y que no solo la medicación psiquiatra puede ayudar sino también la psicoterapia. Por lo tanto, una de las funciones del profesional es escuchar qué quiere decir el síntoma, adentrarse en lo profundo de éste, al inconsciente (expresión subjetiva), que varía de persona a persona, es decir, cada caso es único e irrepetible. El individuo es conferenciado por los síntomas (Lakiszyk, 2020). Pero, exactamente, que problemática es necesario identificar:

- Antecedentes personales breves.
- Progreso o trayectoria vital: instrucción, formación, ocupaciones, actividades, relaciones, familia, etc.
- Circunstancias vitales, familiares y laborales, acompañado de cambios, aspiraciones, temores, retraimientos, etc.
- La personalidad (talante clave en la evaluación).
- Hábitos.
- Enfermedades físicas.
- Enfermedad actual (historia natural). Cualquier padecimiento desde su origen y su evolución hasta las últimas consecuencias, sin la intervención psicológica o psiquiátrica.
- Funciones del organismo. Interrogatorio acerca de los órganos, aparatos y sistemas.

Asimismo, es necesario consultar las etapas del desarrollo humano (prenatal, perinatal, neonatal, primera infancia, segunda infancia, tercera

infancia, pubertad y adolescencia) en caso de que el cliente sea un niño o en se encuentre en la pubertad o en la adolescencia. Los indicadores deben ser consultados al familiar o representante legal del menor. Si la (el) psicóloga (o) está elaborando el informe psicológico de una persona adulta, estas etapas del desarrollo serán consultadas solo en caso de que se manifieste la historia del síntoma en una de estas etapas, caso contrario se puede pasar directamente al estado mental.

Esferas	Indicadores
<b>1. Etapa prenatal</b> (primer, segundo y tercer trimestre de embarazo)	Grupo sanguíneo de los dos padres.
	La madre padeció: diabetes del embarazo o diabetes gestacional, anemia u otras afecciones médicas de importancia.
	La madre presentó inmunidad ante determinadas enfermedades.
	Tuvo: enfermedad de transmisión sexual (ETS) o cáncer de cuello de útero (o cervical).
	Presentó problemas de salud (tratables) que pudieron ocasionar daño al bebé.
	Características del bebé: Tamaño Sexo Edad Posición dentro del útero Defectos del nacimiento Problemas genéticos u otras afecciones
	Se realizaron exámenes de orina, analizando las proteínas, el azúcar o signos de infección en la madre.
	Se realizó o no ecografía entre las 11 y 13 semanas de gestación.
	El embarazo fue de 35 años en adelante
	Fue un embarazo adolescente (edad).
	Tuvo un bebé prematuro.
	Hubo defectos de nacimiento en el bebé (como problemas de corazón o de tipo genético).
	Embarazada más de un bebé (gemelos, mellizos).

	La madre presenta tensión arterial elevada, diabetes, lupus, enfermedades cardíacas, problemas renales, cáncer, ETS (enfermedad de transmisión sexual), asma, o un trastorno convulsivo.
	Disponen de antecedentes con trastornos genéticos (o el cónyuge con estas características).
	Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas, etc.) durante el embarazo.
<b>2. Etapa perinatal</b> (semana veintiocho de gestación al séptimo día de vida fuera del útero materno del bebé)	Cuántos controles de embarazo tuvo con el ginecólogo.
	Estado nutricional de la madre.
	Gestaciones anteriores sin incluir el embarazo actual (consultar también cuántos fueron vaginales y cuántos por cesárea).
	Primer embarazo (vaginal o cesárea).
	Número de bebés nacidos vivos.
	Número de bebés nacidos muertos.
	Número de abortos (muerto antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr).
	Número de hijos vivos al momento de la consulta.
	Embarazo planificado: deseado o en el momento oportuno.
	Embarazo no planificado: ¿Cuándo supo del embarazo? ¿Quería ese embarazo? ¿Quería más tiempo para pensarlo? ¿Ya no quería tener otros hijos? ¿Estaba usando alguna técnica para evitar el embarazo? ¿Cuál?
	Fumadora activa (la madre fuma en el primer, o segundo o tercer trimestre de embarazo).
	Fumadora pasiva (exposición de la madre embarazada al humo del tabaco porque otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo).
	Fumadora pasiva (exposición de la madre embarazada al humo del tabaco porque otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo).
	Consumo de drogas por parte de la madre, que puede ser marihuana, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, heroína, entre otras.
	Consumo de alcohol por parte de la madre.

<p>Fue víctima de violencia de género la madre.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿En algún momento ha experimentado humillación, vergüenza, o ha sido impedida de ver a sus amigos o realizar actividades que le interesan?</li> <li>2. ¿Ha sido agredida o herida físicamente por alguien?</li> <li>3. ¿Ha sido obligada a mantener relaciones sexuales contra su voluntad?</li> <li>4. ¿Ha sentido temor por la seguridad de sus hijos?</li> <li>5. ¿Ha tenido miedo de su pareja o de alguna otra persona?</li> </ol> <p>Nota. Debe de registrarse en Historia del síntoma o conflicto si es que es afirmativa cualquiera de las preguntas.</p>
¿Recibió alguna vez la vacuna contra la rubéola?
¿Ha recibido alguna vez la vacuna antitetánica?
Realizó prevención primaria de la preeclampsia (elevación de la presión arterial y síntomas de afectación hepática o renal que se presentan en las mujeres a partir de la semana 20 de gestación)
¿Cuántas sesiones de educación prenatal tuvo?
¿Ha recibido plan de parto y emergencia?
¿Ha recibido consejería de lactancia materna?
<p>Inicio del trabajo de parto:</p> <p>Espontáneo</p> <p>Inducido</p> <p>Cesárea</p>
Peso del recién nacido en Kg (fue menor de 2 500 gramos o si fue mayor o igual a 4 000 gramos)
Talla del recién nacido (cm)
<p>Acompañante durante el parto:</p> <p>Pareja</p> <p>Familiar</p> <p>Partera</p> <p>Otro</p> <p>Ninguno</p>
<p>Posición del parto:</p> <p>Arrodillada</p> <p>Cuchillas</p> <p>Acostada de lado</p> <p>De pie</p> <p>Sentada</p> <p>Litotómica (ginecológica)</p>

	<p>Múltiple (nacimiento múltiple)</p> <p>Comprobar si el bebé aprobó la prueba de Apgar: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos (irritabilidad refleja, reacción a la sonda nasal).</p> <p>Puntuación: 9 o 10 en el primer minuto (indica un pronóstico vital excelente). 4 a 6 (probabilidad de que el bebé requiera reanimación). Menos de 4 (necesita atención urgente y cuidados especiales). Fue trasladado a la Unidad Neonatal para su observación debido a gestaciones de alto riesgo.</p> <p>Recibió el examen físico normal del bebé (para asegurar que no existía signos de patologías importantes)</p> <p>Presentó malformación congénita: <i>Anoftalmía y la microftalmia:</i> la anoftalmía es un defecto congénito en el que el bebé nace sin uno o ambos ojos. La microftalmia es un defecto de nacimiento en el que uno o ambos ojos no se desarrollan por completo, lo que hace que sean más pequeños de lo normal. <i>Anotia y la microtia:</i> son malformaciones congénitas en las orejas del bebé. La anotia se refiere a la ausencia total de la oreja visible, mientras que la microtia implica que la oreja es pequeña y no se ha desarrollado correctamente. <i>Atresia esofágica:</i> es un defecto en el esófago, el tubo que conecta la boca con el estómago. <i>Craneosinostosis:</i> es una condición en la que los huesos del cráneo se fusionan de manera prematura, lo que puede deformar el cráneo a medida que el cerebro crece. <i>Defectos cardíacos:</i> afectan la circulación de la sangre, haciendo que esta fluya de manera lenta, contraria o incluso se bloquee. <i>Defectos del tubo neural:</i> más comunes son la espina bífida, que afecta la médula espinal, y la anencefalia, que afecta al cerebro. <i>Defectos por reducción de extremidades:</i> implican que el brazo o la pierna del feto no se desarrollen completamente. Gastrosquisis: es un defecto en la pared abdominal, cerca del ombligo, que provoca que los intestinos del bebé salgan del cuerpo.</p> <p>Apego inmediato: Con la madre Con el padre Otro familiar Ninguno</p>
<p><b>3. Etapa Neonatal</b> (primeros veintiocho días de vida del recién nacido)</p>	<p>El tamizaje metabólico neonatal es un proceso que permite prevenir discapacidades intelectuales y muertes tempranas en los recién nacidos, mediante la detección temprana y el tratamiento adecuado de trastornos metabólicos. Este tamizaje identifica cuatro enfermedades:</p> <p><i>Hiperplasia suprarrenal:</i> una afección en la que el organismo no produce cantidad adecuada de cortisol, lo que puede alterar los niveles habituales de presión arterial, azúcar en sangre y energía, además de provocar estrés físico y favorecer el desarrollo de una enfermedad psicosomática.</p>

	<p><i>Hipotiroidismo y galactosemia</i>: problemas relacionados con la glándula tiroidea del bebé, que no se encuentra en la posición correcta.</p> <p><i>Fenilcetonuria</i>: un raro trastorno hereditario que provoca la acumulación de un aminoácido denominado fenilalanina en el organismo, debido a una alteración en el gen encargado de la fenilalanina hidroxilasa.</p> <p><i>Tamizaje auditivo</i>: detectar en forma precoz la sordera en el recién nacido, esto permite una rápida acción para prevenir diversos tipos de sordera:</p> <p>Pasa No pasa No se hace</p>
	<p>Vacuna Hepatitis B:</p> <p>Se puso No se puso</p>
	<p>Lactancia inmediata (favorece la conexión entre la madre y su bebé, estimula el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño contra infecciones y enfermedades crónicas).</p>
	<p>El bebé se alimentó sin leche materna ¿de qué manera?</p>
	<p>¿El bebe con quien pasaba la mayor parte del tiempo a partir del nacimiento?</p>
	<p>¿Quién de los padres tenía menos vínculo con él bebe? ¿por qué?</p>
	<p>Infecciones que hayan aparecido en el bebé.</p>
	<p>¿En esta etapa, el bebé fue expuesto a violencia de género por parte de su cuidador o de otras personas? (sexual, psicológica, física, económica).</p>
	<p>Fumador activo (la madre, el padre, el cuidador fumaba en este periodo).</p>
	<p>Fumadora pasiva (exposición del bebé al humo del cigarro debido a que alguien fuma en el hogar).</p>
	<p>Uso de sustancias como marihuana, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, heroína, entre otras, por parte de la madre o el padre.</p>
	<p>Consumo de alcohol de la madre o el padre.</p>
<b>4. Primera infancia (0 a 2-3 años)</b>	
<i>4.1 Desarrollo físico y motor</i>	<p>Controló la cabeza a los 3 o 4 meses de edad.</p>
	<p>Estuvo sentado a los 4 o 5 meses de edad.</p>
	<p>Realizó sonidos vocálicos como <i>o</i>, <i>ah</i> a los 4 a 6 meses de edad.</p>
	<p>Gateó a partir de los 8 meses de edad.</p>
	<p>Pudo sostenerse de pie y caminar a partir de los 10 o 12 meses de edad.</p>

	Trepó por los escalones a partir de los 13 meses de edad.
	Caminó sin ayuda a partir de los 14 meses de edad.
	Se paró solo a partir de los 15 meses de edad.
<i>4.2 Comportamiento</i>	Los ciclos de sueño (vigilia) fueron variando y se afianzaron hasta los 3 meses de edad.
	Pasaron 3 horas entre alimentos.
	En los periodos de crecimiento rápido, se alimentó con mayor frecuencia.
	Al succionar un chupón o su propio dedo pulgar le provee bienestar entre las comidas.
	El control de esfínteres fue por con cautela o tuvo dificultad.
	Hubo entrenamiento para retirar el pañal.
<i>4.3 Desarrollo cognitivo</i>	Asimiló a orientar su visión, extender la mano, indagar y formarse sobre las cosas que le rodean.
	Escuchó, comprendió y conoció los nombres de personas y cosas como parte del desarrollo del lenguaje.
	En el segundo año estuvo consciente de sí mismo y de su entorno, comenzó a explorar nuevos objetos y personas.
	Mostró una mayor independencia.
	Mostró comportamiento desafiante.
	Reconoció imágenes o su rostro en el espejo.
	Imitó el proceder de los demás, principalmente de adultos y amigos.
	Reconoció nombres de personas y objetos familiares.
	Compuso frases y oraciones simples.
	Siguió instrucciones e indicaciones simples.
<i>4.4 Desarrollo social y emocional</i>	El (la) niño (a) expresaba sus emociones y su cuidador le indicó el nombre de su emoción.
	El (la) niño (a) comenzó a relacionarse socialmente con su cuidador y con otras personas y se le permitió.
	Desarrolló confianza en sí mismo.
	Desarrolló moderación emocional necesarios para desenvolverse de manera eficaz en el mundo.

	Educación sexual: la madre y el padre ilustraron las primeras nociones sobre los estereotipos y tipologías relacionadas a lo femenino y a lo masculino.
	¿El niño en esta etapa fue víctima de violencia de género por parte de su cuidador u otros? (sexual, psicológica, física, económica).
4.5 Desarrollo sensorial	<p><i>Tacto:</i> el bebé experimenta las primeras sensaciones de frío, calor y suavidad a través de su cuerpo. El sentido del tacto se convierte en su primer medio de comunicación. El primer descubrimiento del bebé ocurre alrededor de los 3 a 4 meses, cuando encuentra pequeños objetos que muerde y chupa, lo que le ayuda a ir familiarizándose con su entorno. Al llegar a los 6 meses, comienza a diferenciar las sensaciones de frío y calor, suave y duro, liso y rugoso. Posteriormente, entre los 6 meses y el año, empieza a tomar los objetos con la mano y a explorar sus formas y texturas, dejando de morder y chupar los objetos para conocerlos y prefiriendo tocarlos. Este proceso continúa hasta los 2 años.</p> <p><i>Olfato y gusto:</i> desde el primer día de vida, el bebé distingue olores y sabores. Así mismo, desde que nace, identifica a su mamá por el olfato y el sabor que prefiere es el de la leche materna. Asocia los sabores y olores y va discerniendo entre lo que le gusta o no. Desde el un año a los dos años distingue 4 sabores: agrio, salado, dulce y amargo.</p> <p><i>Oído:</i> como poseen el sentido más desarrollado, son sensibles a los sonidos. Discriminan entre dos sonidos muy iguales (ba-pa). Lo impresionante es que, desde que nacen, dirigen su cabeza hasta donde está el sonido, específicamente, al sonido de la voz humana (tono, ritmo, intensidad del que habla), esto a un mes de edad. La voz del locutor debe ser suave y cálida para que sea la preferida del bebé. A los 6 meses, ya están atentos al ruido y reconocen el sonido de un objeto que este cerca o lejos y les gusta mucho la melodía musical por lo que comienzan los balbuceos (sonidos propios guturales). Conforme pasa el tiempo, diferencian más sonidos, palabras y ya se organiza para elaborar sus primeros conceptos e ideas. Cuando llega al año hasta los dos años, recuerda, reproduce, se entretiene y disfruta al oír los susurros y ecos familiares. Cada día se interesan por varios sonidos más.</p> <p><i>Visión:</i> al nacer, el bebé es sensible a las sensaciones de claro y oscuro, sin embargo, sigue con la mirada algo que se mueve ante sus ojos. Gradualmente va en aumento su capacidad visual, a los primeros meses solo se orientan a los objetos que se localizan entre 15 y 30 cm. La visión deja de ser borrosa a los 3 meses y procede a distinguir una cara de otra y unos colores de otros. A los 4 meses, su mirada va hacia las cosas y personas que llamen su atención. A los 5 meses dirige su visión al objeto que desea agarrar. A los 6 meses ya reorganiza la visión entre el movimiento de su pies y manos. A los 8 meses ya se interesa mucho más en los objetos que se encuentran en su entorno. Al año hasta los dos años, acrecienta su capacidad de observación y su memoria visual.</p>
5. Segunda infancia (niños en edad escolar (3 a 6-7 años))	
5.1 Crecimiento físico	El (la) niño (a) de pequeño (a) se formó con un aspecto delgado y atlético, es decir, comenzó a perder grasa a partir de los 3 años.

	Se extendió o se alargó el tronco y las extremidades del niño y se generó los músculos en el abdomen.
	Cuando se encontraba en la edad preescolar (3 a 5 años) llegó a medir 97 cm y pesaba 15 kg.
	Creció entre 5 a 10 cm hasta llegar a los 3 años y subió de peso de 2 a 3 kg por cada año.
	Cuando llegó a los 6 años, estuvo en una altura entre los 116 cm, con un peso de 20 kg (varía de acuerdo con el nivel socioeconómico, la salud, la alimentación y factores genéticos).
5.2 Desarrollo cognitivo	El lenguaje y el juego, su uso fue en aumento.
	Generó un encanto por las palabras, ¿cuáles?
	¿Jugó entretenimientos de ilusión (fantasía)? Jugó aparentando tener un carro, cuando tomaba una caja vacía. Jugó con su familia y con sus hermanos. Elaboró amigos imaginarios.
5.3 Desarrollo social y emocional	Las relaciones entre mamá, papá y hermanos fueron cálidas, amorosas, constantes y bien aceptadas que condujeron a instaurar adecuadas relaciones con los pares.
	A partir de los 3 años se dieron paso a establecer sus primeras relaciones de amistad.
	Las amistades en edad preescolar se dieron con base al respeto de los intereses comunes, sanas, agradables y de apoyo con niños de similar tamaño y apariencia.
	En la infancia, el niño creó oportunidades en donde le fue fácil manejar la ira, aprendió a compartir, aprendió valores y manejó el comportamiento con mayor madurez.
	Fue popular entre sus compañeros en la edad preescolar, desatacándose en varias actividades a él impuestas.
	El (la) niño (a) 'chismorreaba' o era hostil directo hacia sus compañeros (as) de juego por lo que le llevó a ser menos popular.
	El (la) niño (a) era agresivo (a) por lo que le llevó a tener menos amigos, lo que alimentó aún más su hostilidad.
	Educación sexual: la madre y el padre resolvieron las dudas acerca del cuerpo adulto y el de otros niños y niñas de su edad.
<b>6. Tercera infancia (6-7 años a 11-12 años)</b>	Creció entre 6 a 7 cm cada año durante el inicio de la escuela primaria hasta la secundaria.

6.1 Crecimiento físico	Quando comenzó la pubertad ganó peso entre 2 y 3 k por año.
	Aparecieron sentimientos sobre cómo se ven y cómo están creciendo.
	Desarrolló hábitos alimenticios saludables (tres veces al día y alimentos adecuados).
	Fue físicamente activo (deportes, ejercicios, etc.).
6.2 Desarrollo cognitivo	Cuenta con la capacidad para planear y ejecutar acciones para alcanzar una meta, siéndole fácil comprender conceptos como pasado, presente y futuro.
	Cuenta con la capacidad de asociar causa y efecto y le es fácil resolver ideas complejas como sumas y restas.
	Elige de manera consecuyente, abstraída y proactiva.
	No solo reacciona al entorno, sino que también sabe cómo alcanzar los objetivos.
	Procesar el pensamiento es más nomotético (lógico), establecido y maleable.
	Sabe clasificar los objetos en grupos generales y más específicos, manejando otros tipos de comparaciones.
	Se volvió capaz de separar entre cosas próximos y lejanas en función de su tamaño aparente.
	Concentrar su atención le es más duradero, al punto que le permite enfocarse y hacerse más confiable.
	Aumentó y mejoró el uso de su memoria.
	Educación sexual: se instruyó al niño (a) en: <i>Cómo es mi cuerpo:</i> es decir, se habla acerca del cuidado y el conocimiento del propio cuerpo. <i>Cómo es tu cuerpo:</i> examino y respeto el cuerpo de los otros. <i>Cómo se hacen los bebés y cómo fue mi nacimiento:</i> estudio biológico de la sexualidad conforme a la edad. <i>Cómo es mi hijo y su sexualidad:</i> debe ser abordado por la familia.
6.3 Desarrollo social y emocional	Reconoce las emociones en sí mismo y en los demás, le es fácil hablar de sus emociones y respeta de los demás.
	Gestionó sus propias emociones y comunicó las emociones (tristeza, enojo, miedo, alegría).
	Aumentó la habilidad empática y la toma de iniciativa.
	Es más conocedor de lo que es el orgullo, la culpa y la vergüenza gracias a las relaciones constante que mantiene con amigos y familiares.
	Expone sus ideas, se siente más fuerte, es decir, ha desarrollado una identidad personal.

	Al compararse socialmente con el grupo de pares, su autoestima se elevó o disminuyó.
	Comenzó a destacarse la relación de amistad entre compañeros.
	Respetó de mejor manera las emociones de otros niños y es conocedor de las intenciones y necesidades de los demás.
	A pesar de considerar relevante y significativo la relación con sus pares, aún sigue siendo destacada la relación con su familia.
<b>7. Pubertad - Adolescencia (12 a 18 años)</b>	Comenzó la pubertad: 9-10 a 14 años.
<i>7.1 Pubertad/hombre</i>	Aumento de la dimensión de los testículos (primer cambio puberal).
	Al año dio inicio el aumento de la dimensión del pene.
	Entre los 13-14 años se da inicio al crecimiento del vello púbico.
	A los 14 años se da inicio las <i>poluciones nocturnas (sueños eróticos)</i> .
	A los 15 años se da inicio el crecimiento del vello en las axilas y en el rostro, también, se cambia la voz y aparece el acné.
	El ritmo de crecimiento en estatura alcanza el tamaño adecuado para su edad.
	La educación sexual a recibido por parte de sus padres o por parte de la institución educativa.
	La educación sexual que ha recibido es adecuada o no. ¿Por qué?
<i>7.2 Pubertad/mujer</i>	A partir de los 8 a 13 años se entra a la pubertad.
	Aumento de los senos como un primer cambio puberal.
	A continuación del desarrollo de los senos aparece también el vello púbico.
	A partir de los 12 años se da inicio al crecimiento del vello en las axilas.
	El ritmo de crecimiento en estatura alcanzó el tamaño adecuado para su edad.
	A partir de los 10 a 16-17 años se da inicio el período menstrual.
	La educación sexual a recibido por parte de sus padres o por parte de la institución educativa.
	La educación sexual que ha recibido es adecuada o no. ¿Por qué?
<i>7.3 Cambios mentales y sociales</i>	El (la) adolescente presenta capacidad de pensamiento abstracto.
	Le da mayor interés a temas que tengan que ver con la filosofía, política y los problemas sociales del entorno.

	Da rienda suelta a sus pensamientos con respecto al futuro.
	Se establece fines.
	Equipara su relación con sus pares.
7.4 Luchar por la independencia y control	Apetece libertad de los padres.
	La opinión de los pares es muy importante y es bien aceptada.
	Tiene conocimientos acerca de su origen, sobre la reproducción y como se dan las relaciones sexuales entre adultos. Es conocedor de las relaciones amorosas entre personas adultas.
	Las relaciones románticas/sexuales comienzan a ser importantes (a estado en plano romántico con otra persona, han tenido relaciones sexuales, conoce de métodos anticonceptivos, cuestionan su identidad género).
	Puede enamorarse (ha tenido enamorado (a).
	Ha tenido compromisos más duraderos en una relación.
7.5 Capacidades sociales	Le han alentado a emprender nuevos desafíos.
	Sabe relacionarse de manera grupal obviando el individualismo.
	Presenta facilidad de palabra que le permite comunicar lo que le preocupa o el problema que le aqueja a una persona de confianza.
	Es conocedor de algunas técnicas para gestionar sus emociones y controlar los niveles de estrés.
	En casa son disciplinados, coherentes con las reglas y normas familiares, se muestran afectuosos y saben cómo llevar la situación ofreciendo límites, restricciones y recompensas.
	Busca formas de organizar el tiempo para pasar con la familia.
	Busca formas de pasar tiempo junto con sus amigos (as).
	Tiene el tiempo necesario para pasar momentos con sus amigos (as).

Elaborado por: Vanessa Quito Calle

De igual manera, es crucial investigar el estado mental de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Según Barlow *et al.* (2019), la observación sistemática del comportamiento del individuo permite abordar a cada grupo de edad según sus síntomas específicos. Por otro lado, Sattler (2010) sugiere que se debe considerar aspectos como la apariencia y conducta, el lenguaje y la comunicación, el contenido del pensamiento, el funciona-

miento sensorial y motor, el rendimiento cognitivo, el estado emocional, así como el Insight y el juicio.

Esferas	Indicadores
<p><b>1. Apariencia y conducta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Contacto inicial</i>: se trabaja el establecimiento del rapport-confianza.</li> <li>• <i>Apariencia general</i>: Es importante poner atención en la altura del usuario, su peso, la limpieza de su ropa y aseo personal, adornos que pueda tener en su cuerpo, discapacidades, etc.</li> <li>• <i>Comportamiento durante la entrevista</i>: gestos (ademanos), acciones inusuales, movimientos repetitivos, lentos o excesivos, actitud inusual, escaso contacto visual, expresiones faciales inadecuadas, manerismos.</li> <li>• <i>Adecuación de la apariencia y comportamiento</i>: considerando la edad, sexo, género, nivel educativo y estatus social, entre otros factores.</li> <li>• <i>Interacción con el entrevistador</i>: reservada, atenta, amigable, sumisa, cooperativa, hostil, halagadora, etc.</li> </ul>
<p><b>2. Lenguaje y comunicación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Destreza e interés para anunciarse</i>: presenta una facilidad de comunicación.</li> <li>• <i>Flujo frecuente del lenguaje</i>: está dentro de las categorías de rápido, lento, dudoso, controlado, entre otros.</li> <li>• <i>Alteraciones en el lenguaje</i>: se manifiestan a través de tartamudeo, mutismo, verborrea, entre otras.</li> <li>• <i>Tono y el contenido del discurso</i>: pueden ser excesivos o escasos, presentando fuga de ideas, asociaciones imprecisas, conclusiones incorrectas, neologismos, incoherencia o falta de congruencia, etc.</li> <li>• <i>Establece una conexión</i>: entre las comunicaciones verbales y no verbales.</li> </ul>
<p><b>3. Contenido del pensamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Disertación automática</i>: se desarrolla de manera natural y no se nota que preparó su discurso.</li> <li>• <i>Sus pensamientos</i> se centran en el problema.</li> <li>• <i>Constantemente</i> aparecen temas que son recurrentes y los cree relevantes.</li> <li>• <i>Aparecen variaciones</i> del pensamiento como delirios, fobias, obsesiones, etc.</li> </ul>
<p><b>4. Funcionamiento sensorial y motor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Es indispensable</i> conocer el estado general de los cinco sentidos.</li> <li>• <i>Es fundamental</i> determinar si hay alguna alteración sensorial y si el usuario experimenta alucinaciones, anestias, entre otras.</li> <li>• <i>Es esencial</i> evaluar la coordinación motora gruesa y fina.</li> <li>• <i>Es crucial</i> observar las posibles dificultades motoras, como tics, temblores, gesticulaciones, rituales, etc.</li> </ul>
<p><b>5. Funcionamiento cognoscitivo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Debemos tomar</i> en consideración el sentido de orientación tanto en el tiempo, lugar donde se encuentra y en persona.</li> <li>• <i>Es fundamental</i> conocer el nivel de concentración, atención y estado de alerta.</li> <li>• <i>Es necesario</i> conocer el funcionamiento mnémico, es decir, la memoria a corto y largo plazo, amnesia, hipermemoria, etc.</li> <li>• <i>Se debe valorar</i> el vocabulario, el bagaje cultural y el nivel de conocimientos del usuario.</li> <li>• <i>Es necesario</i> conocer el rendimiento académico del usuario.</li> </ul>

<p><b>6. Funcionamiento emocional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Es necesario</i> la valoración del estado de ánimo general para detectar los estados de tristeza, irritabilidad, exaltación, ansiedad, etc.</li> <li>• <i>Es indispensable</i> detectar las vacilaciones del estado de ánimo durante la entrevista.</li> <li>• <i>Es necesario</i> considerar las reacciones emocionales del usuario hacia el entrevistador.</li> <li>• <i>Es necesario</i> verificar si existe una concordancia entre los afectos y el discurso.</li> <li>• <i>Es indispensable</i> detectar verbalizaciones sobre el estado de ánimo del usuario.</li> </ul>
<p><b>7. Insight y juicio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Detectar cuáles</i> son las creencias y expectativas que el usuario tiene sobre la entrevista, es decir, si son adecuadas, equilibrados, presuntuosas, etc.</li> <li>• <i>Verificar que</i> el usuario tenga consciencia de la problemática que le aqueja.</li> <li>• <i>Detectar cuáles</i> son las opiniones sobre los orígenes del problema.</li> <li>• <i>Detectar cuáles</i> son las opiniones sobre los posibles medios para resolver al problema.</li> </ul>

Nota. López-Ibor Alcocer y López-Ibor Aliño (2012). Elaboración: Vanessa Quito Calle.

Para Barlow *et. al* (2019), el examen mental para los adultos abarca nueve categorías primordiales:

Esferas	Indicadores
<p><b>1. Apariencia y comportamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración debe ser integral (tanto física como emocional) comenzando por la conducta espontánea del usuario, su apariencia, su proceder, su salud física aparente, la limpieza, la expresión facial, su atuendo, el descuido de su persona, entre otros aspectos más.</li> </ul>
<p><b>2. Actitud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manera de relacionarse con el entrevistador (amigabilidad, desconfianza, madurez, hostilidad, defensiva, cautela).</li> <li>• Conducta: coordinación, agilidad, modo de andar, gestos.</li> <li>• Respuesta a la separación de los familiares, modo de entrar en la sala de la consulta y a los intentos del psicólogo (a) de entrar en contacto.</li> <li>• Cantidad de movimiento: reducido o incrementado.</li> <li>• Coordinación entre sus ideas y sus actos.</li> <li>• Movimientos involuntarios (temblores, tics, movimientos).</li> <li>• Actitud (postura).</li> <li>• Grado de agitación o ansiedad, nervios, tembloroso.</li> <li>• Presencia de rituales (ideas obsesivas).</li> <li>• Hiperventilación (la respiración es acelerada, elevada e incontrolable).</li> </ul>
<p><b>3. Lenguaje</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenguaje hablado: sonido, lenguaje.</li> <li>• Comprensión de las palabras.</li> <li>• Expresión, vocalización, fluidez: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espontaneidad para hablar</li> <li>- Cantidad de vocabulario</li> <li>- Tipo de entonación y acento</li> <li>- Articulación: como, por ejemplo, la disartria.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precisión gramatical (complejidad, precisión y fluidez).</li> <li>- Anormalidades específicas, ej. repetición, rasgos estereotipados, trastorno del yo/tu (esquizofrenia).</li> <li>- Gesticulación (gesto): imitación, comprensión, empleo adecuado.</li> <li>- Mutismo: deja de hablar.</li> <li>- Taquifemia: habla de prisa.</li> <li>- Bradifemia (bradifasia): un habla enlentecida.</li> <li>- Musitación: hablar en voz baja.</li> <li>- Espasmodia o tartamudez o disfemia.</li> <li>- Disartria: trastorno de la articulación en perturbaciones de la fonación por lesiones motoras centrales.</li> <li>- Disfonías: trastornos de la articulación por lesiones de los espacios de la fonación o respiratorios.</li> <li>- Dislalias: emisión defectuosa de sonidos.</li> <li>- Estereotipia verbal: repetición de sílabas, palabras o frases.</li> <li>- Parafasias: inserción de palabras equivocadas en el lenguaje, conciencia de error.</li> <li>- Disglosia: dificultad en el uso normal del lenguaje y pronunciación, se da en personas con labio leporino.</li> <li>- Afasia de Wernicke: lesión en la región lateral del cerebro responsable del lenguaje.</li> <li>- Afasia de Broca: daño en la zona frontal del cerebro que controla el lenguaje.</li> </ul>
<p><b>4. Trastornos formales del pensamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento inhibido: su pensar parece atado, irregular o discontinuo.</li> <li>• Pensamiento enlentecido: curso de pensamiento lento, inhibe las ideas.</li> <li>• Pensamiento divagatorio: no se distingue lo esencial (referido al tema de la entrevista) de lo accesorio y tiende a perderse en detalles, no pierde totalmente el hilo (pensamiento prolijo).</li> <li>• Pobreza del pensamiento: el usuario limita sus ideas y vuelve al tema continuamente.</li> <li>• Perseveración del pensamiento: repiten sin sentido las palabras (verbigeración).</li> <li>• Rumiación: consiste en darle vueltas constantemente a temas que generalmente, aunque no siempre, son desagradables, el enfermo los vivencia como extraños a él y que suelen tener relación con la situación actual.</li> <li>• Aceleración del pensamiento: pensamientos repetitivos.</li> <li>• Fuga de ideas: acrecentamiento del contenido de ideas.</li> <li>• Bloqueo, interceptación del pensamiento: el pensamiento es incoherente e incomprensible. De forma ligera (paralogía) con palabras utilizadas erróneamente (paragramatismo), hasta la incomprensión de palabras (esquizoafasia).</li> </ul>
<p><b>5. Estado de ánimo y afecto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se siente consigo mismo?, ¿cómo es su estado de ánimo?, ¿cómo es su humor? Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresividad y alcance emocional</li> <li>- Felicidad</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Crisis de angustia o ataques de pánico</li> <li>- Tensión observable</li> <li>- Alteraciones del sistema autónomo</li> <li>- Presenta tristeza, desdicha, descontento, apatía</li> <li>- Presenta vergüenza, perturbación, perplejidad</li> </ul> </li> </ul>

- Presenta ira, agresividad
- Presenta irritabilidad

Cuando se sospeche un humor depresivo en el paciente, cliente, usuario, se debe hacer preguntas sobre si éste llora sin motivo, si tiene variaciones circadianas del estado de ánimo, su actitud hacia el futuro, autoestima, sentimientos de culpa, apetito, peso y libido. Se explorarán a continuación funciones vitales que se pueden ver afectadas por alteraciones del estado de ánimo.

- Sueño: puede darse la hipersomnia (somnia excesiva) e insomnio.
- Nivel de vitalidad o nivel de energía: cansancio.
- Variación circadiana del estado de ánimo: tendencia a sentirse mejor durante el día, los usuarios con depresión grave pueden sentirse mal y mientras avanza el día se ven con más ánimo en la noche. Al día siguiente, en la mañana, se sienten vacíos de energía y se esfuerzan para levantarse de la cama.
- Intereses y rendimiento sexual.
- Apetito: disminución, falta o incremento del apetito.
- Estrés: ¿Cuáles son los posibles factores que estresan? Conviene distinguir, por un lado, los factores estresantes agudos, o acontecimientos vitales; por otro lado, están las situaciones de estrés crónico. En el primero se trata de acontecimientos concretos, que exigen del individuo un gran esfuerzo de adaptación a una nueva situación. Suelen ser de carácter inesperado (fallecimiento de un ser querido, pérdida de un puesto de trabajo, ruptura sentimental, etcétera). El estrés crónico es algo mantenido en el tiempo, que el sujeto ha podido afrontar a costa de un gran esfuerzo, pero en un momento determinado se produce el fracaso en el funcionamiento del individuo (situaciones de falta de recursos económicos; fecha de comienzo del episodio actual).

También, se valorarán las alteraciones de los estados de ánimo entre las que se incluyen:

- Afecto inapropiado
- Embotamiento (aplanamiento) afectivo
- Restricción del afecto
- Labilidad afectiva o del humor
- Paratimia o discordancia afectiva
- Incontinencia afectiva
- Anhedonia
- Ambivalencia
- Alexitimia
- Apatía
- Abreacción o catarsis
- Depresión
- Duelo o aflicción
- Humor exaltado (hipertimia)
- Euforia
- Estado de ánimo expansivo (maniaco)
- Eutimia
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Miedo
- Fobias

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación</li> <li>• Tensión</li> <li>• Pánico</li> <li>• Vergüenza</li> <li>• Culpa</li> <li>• Hipocondría</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>6. Contenido del pensamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son sus principales preocupaciones?, ¿está usted preocupado con su situación vital, con el futuro o con el pasado, por su seguridad personal o la de otros?, ¿interfieren estas preocupaciones con su concentración o le afectan el sueño?, ¿tiene alguna fobia o ruminaciones obsesivas compulsivas o rituales?</li> <li>• El psicólogo evalúa los pensamientos (cómo formula, organiza y expresa), si es afin, es claro, posible de seguir y lógico, también registra la cantidad y la velocidad del pensamiento, la direccionalidad y continuidad, es decir, si el pensamiento es circunstancial o tangencial o presenta asociaciones ilógicas.</li> <li>• Explora la presencia de obsesiones (pensamientos repetitivos, no deseados que se imponen al sujeto que trata de resistirse a ellos) y compulsiones (presencia de rituales o conductas repetitivas desarrolladas para tratar de controlar las obsesiones).</li> <li>• También explora la existencia de delirios: que son convicciones sin fundamento en la información disponible (por consiguiente, generalmente falsas), mantenidas firmemente a pesar de los argumentos lógicos y pruebas en contra, y no son compartidas por otras personas pertenecientes al mismo grupo sociocultural. <i>El delirio</i> es una convicción errónea que se origina de una interpretación equivocada de la realidad externa (DSM-5-TR, 2022). Los delirios se diferencian de las obsesiones en que en éstas últimas el sujeto es consciente que le pertenecen, que son sus propias ideas, las que quisiera rechazar. <i>Las ideas sobrevaloradas</i> (convicciones firmes que dominan la mente del sujeto y tiene una influencia en su vida), se distinguen de los delirios en que no son tan incorregibles, son compartidas por un grupo de personas, el sujeto no se esfuerza por hacerlas desaparecer (como ocurre en las obsesiones), pueden aparecer en personas normales en cuestiones relacionadas con el amor, el odio, la salud, la política o la religión.</li> <li>• Es necesario especificar el contenido, la forma en que se manifiestan y el grado de arraigo de cada una de las creencias anormales.</li> <li>• En relación con el ambiente: ideas de referencia, mal interpretaciones o delirios, sentimientos de ser perseguido, de que es tratado de manera especial o que está sujeto a algún tipo de experimentación.</li> <li>• En relación con el propio cuerpo, ideas o delirios sobre cambios corporales.</li> <li>• En relación con uno mismo, por ejemplo, delirios de pasividad, influencia, difusión del pensamiento o intrusión.</li> </ul> <p>Existen muchas maneras de presentarse estas ideas delirantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor delirante: consiste en una vivencia de confusión y perplejidad, llena de significados de transformación del mundo o de sí mismo, que no suele acompañarse de un contenido concreto. El enfermo no puede encontrar un significado preciso a ese cambio, que le parece inmotivado e irracional.</li> <li>• Percepción delirante: percepciones adecuadas se acompañan de la vivencia de un significado anormal, generalmente de referencia en sí mismo, que no tienen justificación objetiva. La percepción delirante es, pues, una interpretación falsa de una percepción correcta.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intuición u ocurrencia delirantes: al enfermo se le ocurre, intuye súbitamente significados que son delirantes, acompañadas de una certeza absoluta.</li> <li>• Delirio sistematizado: son creencias falsas acerca de un suceso o tema (ej. el paciente es perseguido por la Policía, una banda terrorista o su jefe).</li> <li>• Delirio congruente con el estado de ánimo: (delirio relacionado con la creencia de ser el causante de la destrucción del mundo)</li> <li>• Delirio no congruente con el estado de ánimo: (delirio que no guarda relación con el estado emocional o es neutral).</li> <li>• Delirio de referencia: aparece en primer plano la referencia delirante hacia sí mismo, en la cual las personas y las cosas del entorno adquieren un significado anormal. Los enfermos están convencidos firmemente que los acontecimientos que en realidad les son ajenos tienen un significado especial para ellos. Las conversaciones entre personas de la calle aluden a ellos, las miradas más casuales van destinadas a ellos y significan algo peculiar, por ejemplo, un mensaje especial. El enfermo se siente el centro de la atención de lo que le rodea y toma por significativo, con un convencimiento absoluto, acontecimientos ajenos a él.</li> <li>• Delirios de influencia y de persecución: el enfermo se considera meta de hostilidad. Se siente amenazado de lo que le rodea, mortificado, injuriado, burlado, escarnecido. Lo que le rodea atenta contra su fortuna, su salud, o su vida.</li> <li>• Delirio de control (de ser controlado): tanto su voluntad, pensamientos o sentimientos propios son inspeccionados por fuerzas externas.</li> </ul> <p>Incluye fenómenos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Robo del pensamiento</li> <li>• Inserción de pensamientos</li> <li>• Difusión del pensamiento</li> <li>• Control del pensamiento</li> <li>• Delirio de celos (celotipia)</li> <li>• Delirio erótico (erotomanía)</li> <li>• Delirio mesiánico: la persona afirma que tiene una misión especial en el mundo, para la que ha sido escogida, que se comunica directamente con Dios a través de mensajes verbales y de influencias sobre el pensamiento (alucinaciones y alteraciones del pensamiento o ideas delirantes de control), que ha recibido poderes divinos, que está poseído por el diablo o por algún otro espíritu.</li> <li>• Delirios inducidos (<i>folie a deux</i>): a veces personas cercanas a un enfermo con ideas delirantes llegan a creer en su veracidad. Para el desarrollo de este síndrome es necesario que domine el sujeto que induce el delirio en el otro, que los dos sujetos mantengan unas relaciones muy estrechas durante años y que exista un cierto aislamiento social.</li> </ul>
<p><b>7. Rendimientos cognitivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una parte fundamental del examen mental la evaluación cognitiva porque permite conocer sobre uno mismo, sobre su existencia, su estado o actos (responsabilidad, libertad, ...).</li> </ul> <p>En la evaluación del estado de conciencia se valorará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de activación del sistema nervioso o estado de alerta (estar somnoliento, adormilado, con baja alerta, en un estado de vigilia normal o en un estado de hiperalerta)</li> <li>• Conciencia del propio yo: identificar la identidad propia y de los límites del yo</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la forma de inicio: ante toda alteración que surja de manera brusca debe sospecharse un trastorno orgánico o consumo de sustancias. Según la forma de inicio pueden clasificarse en alteraciones agudas (confusión, obnubilación, estupor, delirium, coma) o subagudas (demencia, hipersomnias, estado vegetativo, mutismo, síndrome apático...)</li> <li>• En otras ocasiones existen variaciones del estado de conciencia como la fluctuación, la confusión o estupor.</li> <li>• Recoger la indagación del estado cognitivo siendo breve y respetando la inteligencia de cada persona. En personas jóvenes en las que no se sospeche una enfermedad de origen orgánico, se realizarán pruebas de características más generales; sin embargo, si se trata de personas mayores o con alteraciones cerebrales, se aplicarán pruebas más específicas.</li> <li>• <i>Orientación</i>: si existe alguna razón para dudar de la capacidad de orientación del individuo, se le preguntará acerca de su identidad, el lugar donde está, la hora del día y la fecha.</li> <li>• <i>Atención y concentración</i>: nivel de percepción de estímulos para orientarse. Comprobar si la persona mantiene su atención o se encuentra distraída. Se le solicitará que recite los días de la semana en orden o en orden inverso, así como que realice operaciones matemáticas (restas de 7 comenzando desde el 100).</li> <li>• <i>Memoria</i>: Se deberá prestar especial atención a la memoria para acontecimientos recientes, como ingreso a un centro, la fecha de asistencia al centro, y lo que ha sucedido desde entonces. Se explora la memoria reciente como el recuerdo de algunas palabras al cabo de unos minutos. Se explora la memoria remota como el recuerdo de eventos sociales, culturales, familiares.</li> <li>• <i>Inteligencia</i>: es un concepto muy complejo que abarca diversas dimensiones, como el juicio general, la educación y la carrera profesional. Si no se dispone de esta información, se evaluarán sus experiencias e intereses. Otra forma indirecta de medir la inteligencia serán los resultados académicos, el nivel educativo alcanzado, así como las habilidades en lectura y escritura.</li> </ul>
<p><b>8. Valoración de la propia persona acerca de su enfermedad, de sus dificultades y perspectivas (introspección o <i>Insight</i>)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es la capacidad que tiene un usuario para saber que tiene un problema de enfermedad, conoce las causas y busca soluciones.</li> <li>• ¿Cuál es la actitud actual del paciente?, ¿en qué modo y de qué manera se siente afectado por su enfermedad?, ¿piensa que necesita tratamiento?, ¿a qué le atribuye su enfermedad o su condición actual?, ¿se da cuenta de los errores cometidos en los tests?, ¿son sus actitudes positivas o negativas, constructivas o destructiva?, ¿qué planes tiene de futuro, cuando finalice el tratamiento o cuando le den de alta?, ¿son estos planes realistas o no?</li> <li>• Por último, ¿cuál es su actitud respecto a supervisión y cuidados, cree que los necesita o no?</li> <li>• Vulnerabilidad percibida: algunos usuarios sienten que son más propensas a sufrir de enfermedades.</li> <li>• Gravedad percibida: el individuo realiza una estimación sobre la gravedad del problema que sufre.</li> <li>• Creencias sociales: el entorno cultural condiciona al cliente sobre su sintomatología.</li> <li>• Creencias en la eficacia del tratamiento: está condicionada por variables socioculturales.</li> <li>• Motivación: para evitar problemas y preocuparse por la salud.</li> </ul>

**9. Tipo de comunicación que se establece durante la entrevista**

- Se requiere comprobar la información obtenida y detectar a aquellos factores que están afectando a que esa información sea honesta, motivada, o exista la tendencia a engrandecer o restar los problemas.

*Incluye:*

- Examinador, ej. elogio, gratificación
- Rapport y contacto visual: cantidad y calidad
- Reciprocidad y empatía
- Carácter: por ejemplo, reservado, tímido, expansivo, desinhibido, descarado, precoz, atormentado, negativo, desobediente, incrédulo, malhumorado, ingrato, manipulador
- ¿De qué manera el profesional se ve afectado por el comportamiento del paciente?, ¿fue una entrevista fácil o difícil, perdió el control de la entrevista?, ¿el paciente provoca sentimientos de simpatía, preocupación, tristeza, ansiedad, irritación, frustración, enfado en el (la) psicólogo (a)?

*Aspectos sociales*

- Es importante saber con quién convive la persona y quiénes son sus apoyos por varios motivos:
- Razón diagnóstica: pueden existir problemática familiares y sociales que pueden suponer o bien un factor precipitante o predisponente del cuadro clínico.
- Motivos de manejo clínico: en ocasiones resulta más sencillo controlar a los pacientes con el apoyo de sus acompañantes.
- Razones terapéuticas y pronósticas, a menudo el paciente no puede entender con claridad nuestras explicaciones y necesita de sus familiares para que le ayuden a cumplir nuestras indicaciones.

*Exploración neurológica: ¿cuándo está indicado?*

- La evaluación psicopatológica no proporcionará resultados confiables si persisten dudas sobre el origen del trastorno orgánico. Por ello, es esencial, como en cualquier otro caso de paciente o usuario, derivarlo para que se realice un examen médico básico (presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, nivel de conciencia) y un examen neurológico fundamental para identificar posibles lesiones y evaluar signos extrapiramidales, cerebelosos y vestibulares.
- Indicadores que sugieren un trastorno mental de origen orgánico: inicio abrupto sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica, presencia de alucinaciones visuales o alucinaciones con juicio conservado (también denominado juicio de realidad conservado, que implica dificultades para procesar y tomar conciencia de la realidad), síntomas inusuales o resistentes al tratamiento, confusión, deterioro cognitivo, signos médicos (como pupilas dilatadas, temblores, incontinencia de esfínteres, síntomas neurológicos focales...), consumo de sustancias, entre otros.

El psiquiatra y el psicólogo clínico debe ser capaz de hacer una exploración neurológica convencional ya que puede resultarle de mucha utilidad para el diagnóstico:

- Reflejos de liberación frontal, reflejos de presión, reflejos palmomentonianos, reflejos de hociqueo, reflejos de succión.
- Exploración de síndrome parkinsoniano, habla, síntomas vegetativos, hiperhidrosis, dermatitis seborreica.
- Evaluación de signos cerebelosos, incluyendo ataxia, disartria, dismetría, adiadocinesia y temblor dinámico o cinético.

	<p><i>Pruebas complementarias: ¿cuáles?</i></p> <p>Como en cualquier otra especialidad para poder confirmar el diagnóstico o un diagnóstico diferencial en muchas ocasiones habrá que solicitar algunas pruebas complementarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analítica sanguínea</li> <li>• Infecciones</li> <li>• Leucemia</li> <li>• Perfil renal</li> <li>• Glucemia</li> <li>• Ionograma</li> <li>• Venosa</li> <li>• Test de embarazo (en toda mujer en edad fértil)</li> <li>• Parámetros de función tiroidea</li> </ul> <p>En caso necesario se pedirán concentraciones plasmáticas de fármacos anticomiciales, litios, antidepresivos tricíclicos, alcohol, analítica de orina.</p> <p>También</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Electrocardiograma (ECG)</li> <li>• Electroencefalograma</li> </ul> <p>En caso necesario se solicitará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punción lumbar</li> <li>• Radiografía de tórax y abdomen</li> <li>• Neuroimagen</li> </ul>
--	--

*Nota.* López-Ibor Alcocer y López-Ibor Aliño (2012). Elaboración: Vanessa Quito Calle.

### *e. Descripción de la problemática y el contexto (laboral, familiar, educativo, social)*

Se debe colocar la historia personal breve dentro del contexto en el que se desenvuelve el usuario en la actualidad; es decir, puede ser en el contexto individual, familiar, educativo, social o laboral. La historia personal *no* es una biografía de la persona, sino más bien un recuento de los hechos relevantes en la vida personal del individuo en los contextos en los que se desenvuelve. Por ejemplo, se puede consultar por la familia del sujeto, sus reglas, normas, el entorno social y cultural, las relaciones laborales y su relevancia en el proceso salud-enfermedad. Finalmente, se puede consultar por otras áreas como la educativa u otras en la que la persona se esté desempeñando.

### *f. Hipótesis en cuanto al mantenimiento del síntoma*

Un paso importante de la entrevista consiste en la formulación de una hipótesis, sin la cual el psicólogo no podría obtener ni organizar la información necesaria. Una hipótesis, es una suposición que el psicólogo presenta ante la información que ha receptado del paciente/cliente/usuario. El psicólogo necesita conocer las respuestas a través de supuestos a interrogantes tales como: ¿por qué presenta el paciente/cliente/usuario este problema particular en este preciso momento?, ¿cuáles son los hechos y conductas que han precipitado el problema?, ¿qué ciclo de interacción actual (familiar, social, laboral u otras) le está manteniendo al síntoma?, ¿cómo ha ido cambiando este ciclo de interacción actual con el tiempo?, ¿cómo se ha modificado el método del cliente (familia, social, laboral u otras) para hacer frente al problema?, ¿qué le sucederá al paciente (de manera individual, familiar, laboral, social u otros) en el futuro si el problema subsiste?, ¿y si desaparece? La hipótesis primera es, precisamente, especulativa y se la utiliza como base para acumular información adicional que habrá de confirmar o bien refutarla durante el proceso de evaluación.

### *g. Cambio deseado*

El cambio es entendido psicológicamente a manera de un proceso adaptativo de la mente humana, como una dinámica propia del sujeto. El usuario debe indicarnos el cambio que desea una vez que su problemática haya sido resuelta junto con el psicólogo, y a la vez, es necesario conocer, los cambios que generaría en el sujeto luego de que sean resueltos sus problemas psicológicos.

### *h. Tratamientos de previos (psicológicos y psiquiátricos)*

Es indispensable conocer si la persona ha asistido a tratamientos previos ya sea con el psicólogo o con el psiquiatra, además consultar si ha estado con psicólogo y psiquiatra a la vez y por qué razones. Si ha asistido donde un psicólogo, se debe consultar, cuantas veces a asistido, el número de sesiones, el modelo terapéutico con que se trabajó con el psicólogo

anterior, avances del proceso terapéutico, el tiempo que no ha asistido a las sesiones psicológicas y porque ha decidido cambiarse de psicólogo, si se aplicó alguna herramienta de evaluación, si se le proporciono un diagnóstico y se le explico las posibles causas. Consecuentemente, si ha acudido donde el psiquiatra, se debe consultar sobre el diagnóstico recibido, el nombre de la medicación que le recetó, el tiempo de toma de la medicación, cantidad o gramos de medicación, horarios de la toma de medicación, reacciones o síntomas al momento de tomar la medicación, adherencia al tratamiento, entre otros aspectos.

*i. Técnicas empleadas (test psicológicos aplicados)*

Se debe colocar los test psicológicos que se aplicó al paciente/cliente/usuario. Entre los instrumentos de medición que podemos emplear se encuentran las técnicas proyectivas como las técnicas psicométricas. Las herramientas con las cuales se evalúa al entrevistado permiten receptar la información que brinda cada prueba. Las técnicas con mayor grado de confiabilidad y validez garantizarán los resultados conseguidos, mientras que otras técnicas podrán complementar hipótesis presuntivas. Una característica fundamental para tener en cuenta es que, uno de los test que no debe faltar en ningún informe psicológico es el Test de Personalidad. También, es recomendable aplicar más test psicométricos que proyectivos, pero sin menospreciar la valiosa información que nos pueden brindar las pruebas proyectivos. Para el psicólogo, aplicar las dos técnicas le permitirá obtener mejores resultados. Los test deberán ser aplicados de acuerdo con la información obtenida por el sujeto para corroborar cualquier sospecha de síntomas psicológicos. Se debe enumerar cada uno de los instrumentos aplicados, el objetivo del instrumento, a quién fue aplicado y el diagnóstico.

*j. Presentación de resultados (diagnóstico psicológico clínico)*

En este apartado se debe colocar el diagnóstico psicológico clínico, es decir, se exhibe los síntomas o funcionamientos mentales-emocionales del paciente y se expone aquellos comportamientos que le afectan en

la actualidad. Existen dos tipos de diagnóstico psicológico que se debe demostrar: el diagnóstico psicológico sintomático y el diagnóstico psicológico estructural.

- *Diagnóstico psicológico sintomático*: debemos agrupar los síntomas (síndrome) con relación a la frecuencia, duración y etiología de su aparición, para colocar un nombre sintomático. Para poder agrupar los síntomas y permitirnos dar un diagnóstico psicológico clínico adecuado, debemos basarnos en los criterios diagnósticos de las dos clasificaciones o nosologías, que son el DMS-V-TR y el CIE-11, nosologías que son utilizadas en el Ecuador para brindar un diagnóstico formal.
- *El diagnóstico psicológico estructural*: se distingue por buscar identificar la estructura de la personalidad del individuo. Para conseguir lo anterior, debe evaluarse el tipo de relaciones que establece con los demás, su temperamento, carácter, rasgos de personalidad, los mecanismos de defensa que emplea con mayor frecuencia, su autoimagen, los síntomas que experimenta, cómo ha llegado a esa situación y cuáles son sus formas habituales de sentir, pensar y comportarse, así como su motivación, sus estrategias de afrontamiento, los estilos cognitivos y su resiliencia. Además, el profesional recopilará información relevante de los resultados del test de personalidad aplicado para corroborar con la entrevista. El diagnóstico psicológico estructural es siempre aproximado y nunca por completo definitivo, ya que nuestra mente y su funcionamiento son complejos y evolucionan a lo largo de la vida o como resultado de un proceso psicológico.

Como dato importante, en las primeras entrevistas el psicólogo buscará obtener un diagnóstico estructural preliminar para comprender qué le ocurre al paciente y seleccionar los test que se aplicarán para identificar la sintomatología presente, ofreciendo así un diagnóstico adecuado que permita determinar el tratamiento más apropiado para su situación.

### *k. Conclusiones*

Es el lugar donde se expone los resultados y se verifica el cumplimiento o no de las hipótesis planteadas, por lo tanto, su narración debe ser concisa, clara y objetiva. ¿Qué se debe colocar?:

- Se detallan las realidades encontradas.
- Se puntualiza unas conclusiones a nivel individual, familiar, social, laboral, educativo, entre otras.
- Puede incluir una conclusión del diagnóstico.
- Puede abarcar el pronóstico clínico, el cual facilita la determinación de lo que podría ocurrir durante el desarrollo del trastorno, tanto antes como después del tratamiento. Permite anticipar la evolución del síntoma o queja, basándose en el tipo de alteración, la gravedad, y los recursos personales y sociales disponibles. El pronóstico también puede fundamentarse en dos ejes del DSM-V-TR: Eje IV, que clasifica los problemas ambientales y psicosociales que influyen en el trastorno y Eje V, donde se incluye la evaluación del clínico sobre el nivel de funcionamiento y actividad del paciente.

### *l. Recomendaciones*

Estas deben ser sintetizadas, específicas, orientadas al tratamiento y al pronóstico. Deben estar dirigidas para el sujeto, para el área institucional, para el área familiar, para el área laboral, para el área educativa, entre otros, dependiendo el caso. Se puede indicar el modelo de intervención más adecuado y seleccionar estrategias de intervención específicas que aumentarán las oportunidades de la persona a resolver sus problemas. Se debe de indicar lo que la persona puede hacer en el presente, seguida de una recomendación apropiada de enseñanza.

## **Cómo redactar el informe psicológico**

Para Mancilla (2012), es necesario considerar algunos puntos al momento de redactar un parte psicológico clínico:

- El estilo lingüístico, aparte de estar bien definido, debe ser delimitado y preciso:
  - Las palabras no deben ser abreviadas para que puedan ser comprendidas por el lector.
  - Tratar de evitar palabras vagas y rebuscadas.
  - No colocar frases que estén por demás y que se sienta como una crítica.
  - Verificar que las palabras al agruparlas no se refieran a lo mismo.
  - No ser vanidoso o exagerado al momento de hablar de la vida del usuario.
  - No usar palabras que demuestren grandiosidad o ser muy categórico.
  - No coloque calificativos: bueno, malo, bastante, poco, mucho.
  - Procurar ser positivo o no ser negativo para hacerle sentir bien al cliente.

Ahora bien, en líneas anteriores, se explicó que el psicólogo debe estar en constante preparación para ser experto en evaluación y elaboración de informes psicológicos, sin embargo, para Mancilla (2012) es necesario recalcar que el psicólogo también debe:

- Prepararse en pruebas psicológicas que tengan que ver con la evaluación de la personalidad. Es necesario que las interpretaciones no contengan valoraciones distorsionadas.
- Conocer el marco teórico acerca de los instrumentos psicológicos proyectivos, psicométricos y autoinformes, sobre todo de aquellas pruebas que son confiables y válidas.
- Cuando se realiza el reporte de diagnóstico de la personalidad, éste debe ser objetivo y veraz. Otro psicólogo con experiencia puede revisar el reporte para que sea más eficaz.
- El objetivo del informe debe estar bien definido, es decir, hacia donde está orientado (psicodiagnóstico, orientación vocacional, tratamiento, selección de personal etc.).

- El profesional debe de tratar de ser lo más neutral posible en la entrevista, no aliarse con el cliente, mantener el respeto y la ética en todo momento.
- Una supervisión constante es clave en la formación del profesional para que le sirva de guía, le asesore y revise sus informes.

## Modelos de informes psicológicos clínicos

### *Informe psicológico clínico para niños (as) y adolescentes NNA*

#### 1. Datos de identificación del evaluado (a) (se consulta a partir de la necesidad)

Nombre del (a) psicólogo (a) que evalúa:			
Lugar de la evaluación		Fecha de inicio	
Nombre del/a NNA		Fecha de finalización	
Género		Edad cronológica	
Grado de instrucción		Fecha de nacimiento	
Lugar de residencia		Teléfono	
Lugar que ocupa en la familia		Número de miembros de la familia	
Nombre de la persona quien le contacta		Parentesco	
Establecimiento al que asiste el NNA		Solicitado por	

#### 2. Motivo de consulta

##### **Manifiesto**

---



---



---

##### **Latente**

---



---



---

### 3. Familiograma

#### Interpretación

---



---



---

### 4. Historia del síntoma/conflicto

---



---



---



---

#### Antecedentes médicos

---



---



---



---

### *Etapas del crecimiento y desarrollo humano*

#### *a. Etapa prenatal (primer, segundo y tercer trimestre de embarazo)*

Esfera	√	Observaciones
Grupo sanguíneo de la madre y del padre.		
Padeció la madre de diabetes en el embarazo o diabetes gestacional, anemia u otras afecciones médicas.		

La madre presentó inmunidad ante determinadas enfermedades.		
Presentó alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) o cáncer de cuello de útero (o cervical).		
Algún problema de salud de la madre que fue tratable pero que pudo afectar al bebé.		
Tamaño del bebé Sexo Posición dentro del útero		
El bebé presente defectos de nacimiento El bebé presento problemas genéticos u otras afecciones		
La madre se realizó un análisis de orina para determinar proteínas, azúcar o posibles signos de infección.		
Se realizó o no ecografía entre las 11 y 13 semanas de gestación.		
<b>Consulta para algunas mujeres sobre todo si pasaron por un embarazo de alto riesgo</b>		
Embarazo de 35 años en adelante		
Embarazo adolescente (edad)		
Tuvo un bebé prematuro		
El bebé presentó defectos en su corazón de tipo genético		
Embarazada de gemelos o mellizos		
La madre presenta: Tensión arterial elevada Diabetes Lupus Enfermedades cardíacas Problemas renales Cáncer Enfermedades de trasmisión sexual Asma Trastorno convulsivo		
Presenta trastornos genéticos (o tienen un cónyuge con estas características).		
Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas, etc.).		

*b. Etapa perinatal (semana 28 de gestación al séptimo día de vida del bebé)*

Esfera	√	Observaciones
Cuántos controles de embarazo tuvo con el ginecólogo		
Estado nutricional de la madre		
Gestaciones anteriores sin incluir el embarazo actual (consultar también cuántos fueron vaginales y cuántos por cesárea)		
Primer embarazo (vaginal o cesárea)		
Número de hijos nacidos vivos		
Número de hijos nacidos muertos		
Número de abortos		
Número de hijos actualmente		
Embarazo planificado		
Embarazo no planificado		
Fumadora activa		
Fumadora pasiva		
La madre consume drogas (marihuana, etc.)		
La madre consume alcohol		
La madre fue víctima de violencia de género		
¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola?		
¿Ha recibido alguna vez la vacuna antitetánica?		
Realizó prevención primaria de la preeclampsia		
¿Cuántas sesiones de educación prenatal tuvo?		
¿Ha recibido plan de parto y emergencia?		
¿Ha recibido consejería de lactancia materna?		
Inicio del trabajo de parto		
Peso del recién nacido en kg		

Talla del recién nacido (cm)		
Acompañante durante el parto		
Posición del parto		
Múltiple (nacimiento múltiple)		
Test de Apgar		
Recibió examen físico normal en bebé		
Presentó malformación congénita		
Apego inmediato		

*c. Etapa Neonatal (primeros 28 días de vida del recién nacido)*

Esfera	√	Observaciones
Tamizaje metabólico neonatal Tamiza cuatro enfermedades: • Hiperplasia Suprarrenal • Hipotiroidismo Galactosemia • Fenilcetonuria		
Tamizaje auditivo		
Vacuna Hepatitis B		
Lactancia inmediata		
Se alimentó sin leche materna ¿de qué manera?		
¿El bebe, con quien pasaba la mayor parte del tiempo a partir del nacimiento?		
¿Quién de los padres, tenía menos vínculo con él bebe? ¿Por qué?		
Infecciones que hayan aparecido en el bebé		
¿El bebé en esta etapa fue víctima de violencia de género por parte de su cuidador u otros?		
Fumador activo		
Fumadora pasiva		
Consume drogas uno o ambos padres		
Consumo de alcohol uno o ambos padres		

*d. Primera infancia (0 a 3 años)*

Esfera	√	Observaciones
<b>Desarrollo físico y motor</b>		
Controló la cabeza entre los 3 o 4 meses de nacido.		
Pudo mantenerse sentada entre los 4 o 5 meses de nacido.		
Realizó sonidos vocálicos como oo, ah entre los 4 a 6 meses de nacido.		
Comenzó a gatear a partir de los 8 meses.		
Se sostuvo de pie y caminó a partir de los 10 o 12 meses de nacido.		
Pudo trepar escalones a partir de los 13 meses de nacido.		
Comenzó a caminar sin ayuda a partir de los 14 meses de nacido.		
Pudo pararse solo a partir de los 15 meses de nacido.		
<b>Comportamiento</b>		
Como fue el ciclo de sueño/vigilia.		
El bebé fue alimentado con leche maternizada.		
Mientras iba creciendo también se fue alimentando con mayor frecuencia.		
Fue capaz de succionar un chupón o su propio dedo pulgar.		
El control de esfínteres fue por con cautela o tuvo dificultad.		
Hubo entrenamiento para retirar el pañal.		
<b>Desarrollo cognitivo</b>		
Asimiló las cosas que le rodean, enfocó su visión, extendió la mano y exploró.		
Escuchó, comprendió y conoció los nombres de personas.		
En el segundo año se movió más y fue consciente de sí mismo.		
Mostró una mayor independencia.		
Mostró comportamiento desafiante.		
Reconoció imágenes o su rostro en el espejo.		
Imitó la actuación de los demás.		

Reconoció el nombre de las personas y cosas familiares.		
Compuso frases y oraciones simples.		
Siguió instrucciones e indicaciones simples.		
<b>Desarrollo social y emocional</b>		
El (la) niño (a) expresaba sus emociones y su cuidador le indicó el nombre de su emoción.		
El (la) niño (a) comenzó a relacionarse socialmente.		
Desarrolló confianza en sí mismo.		
Desarrolló autocontrol o razonamiento emocional.		
El bebé recibió educación sexual impartida por papá y mamá.		
¿El (la) niño (a) en esta etapa fue víctima de violencia de género por parte de su cuidador u otros? (sexual, psicológica, física, económica).		
<b>Desarrollo sensorial</b>		
Audición		
Tacto, gusto, olfato		
Visión		

*e. Segunda infancia (niño en edad escolar (3 a 6-7años))*

<b>Esfera</b>	√	<b>Observaciones</b>
<b>Crecimiento físico</b>		
Fue adquiriendo un aspecto más delgado y atlético mientras iba en desarrollo.		
Se alargaron tanto el tronco como las extremidades y se formaron los músculos abdominales.		
El niño en edad preescolar contó con la talla adecuada.		
Fue creciendo entre 5 a 10 cm a partir de los 3 años y ganó peso de 2 a 3 kg por año.		
A los 6 años, alcanzó una altura de aproximadamente 116 centímetros y pesó alrededor de 20 kg.		

<b>Desarrollo cognitivo</b>		
Aumentó su repertorio de palabras y agregó otros símbolos como el juego.		
Desarrolló un encanto por ciertas palabras ¿Cuáles?		
¿Jugó juegos de fantasía?		
<b>Desarrollo social y emocional</b>		
Mantuvo relaciones amorosas, estables y de aceptación con los miembros de su familia.		
Las primeras amistades empezaron a partir de los 3 años.		
Le fue fácil desarrollar amistad con otros niños.		
Pudo ir manejar las situaciones que se le presentaban en su relación de amistad con otros niños.		
El niño en edad preescolar fue popular entre sus compañeros y se destacó en varias actividades.		
El niño <i>chismorreaba</i> o era hostil directo hacia sus compañeros (as) de juego por lo que le llevó a ser menos popular.		
El niño era agresivo por lo que le llevó a tener menos amigos, lo que alimentó aún más su hostilidad.		
El niño recibió educación sexual impartida por la mamá y el papá.		

*f. Tercera infancia (niño 6-7 años a 11-12 años)*

Esfera	√	Observaciones
<b>Crecimiento físico</b>		
Cada año fue creció entre 6 a 7 cm.		
Subió de peso entre 2 y 3 kg por año hasta que comenzó la pubertad.		
Aparecieron sentimientos sobre cómo se ve y cómo está creciendo.		
Desarrolló hábitos alimenticios saludables.		
Fue físicamente activo (a) (deportes, ejercicios, etc.).		

<b>Desarrollo cognitivo</b>		
Le fue fácil comprender conceptos como pasado, presente y futuro.		
Pudo sumas y restas y relaciones de causa y efecto.		
Su capacidad de elección fue consciente, reflexiva y proactiva.		
No solo reacciona al entorno, sino que también persigue objetivos.		
Su pensamiento es organizado, flexible y concreto.		
Capacidad de clasificar lo general y específico.		
En función de su tamaño aparente pudo discriminar objetos cercanos y lejanos.		
Mayor atención y duración.		
Su memoria aumentó en capacidad y habilidad.		
El niño recibió educación sexual impartida por la mamá y el papá.		
<b>Desarrollo social y emocional</b>		
Examina las emociones en sí mismo y en los demás.		
Gestiona sus propias emociones y comunica las emociones (tristeza, enojo, miedo, alegría).		
Acrecentó su habilidad empática.		
El mayor interés en las relaciones le hizo sensible a las emociones autoconscientes.		
La identidad personal se desarrolló para ser más fuerte y valiente y exponer sus ideas.		
La autoestima fue creándose a partir de la relación social entre pares.		
Los pares fueron más destacados en su amistad.		
Conocía las emociones de otros.		
A pesar de la relación importante que mantiene con sus amigos, su familia sigue siendo significativa.		

*g. Pubertad/Adolescencia (12 años-18 años)*

Esfera	√	Observaciones
<b>Pubertad/hombre</b>		
Entre los 9/10 a 14 años comenzó la pubertad.		
Los testículos comenzaron a ir en aumento.		
El pene creció en tamaño luego del crecimiento testicular.		
Entre los 13/14 años comenzó a salir el vello púbico.		
Desde los 14 años comenzaron las poluciones nocturnas (o sueños eróticos).		
A los 15 años comenzó el crecimiento del vello en las axilas y en el rostro, cambió la voz y brotó el acné.		
El ritmo de crecimiento en estatura alcanza el tamaño adecuado para su edad actual.		
La educación sexual fue recibida por parte de sus padres o por parte de la institución educativa.		
La educación sexual que ha recibido es adecuada o no. ¿Por qué?		
<b>Pubertad/mujer</b>		
Entre los 8 a 13 años da inicio la pubertad.		
Los senos comenzaron a desarrollarse y viene siendo el primer cambio puberal.		
Una vez que dio inicio el desarrollo de los senos comenzó el crecimiento del vello púbico.		
A partir de los 12 años da inicio el crecimiento del vello en las axilas.		
El ritmo de crecimiento en estatura alcanza el tamaño adecuado para su edad.		
Entre los 10 a 16/17 años se dio inicio al período menstrual.		
La educación sexual a recibido por parte de sus padres o por parte de la institución educativa.		
La educación sexual que ha recibido es adecuada o no. ¿Por qué?		

<b>Cambios mentales y sociales</b>		
Su capacidad de pensamiento abstracto es más evidente.		
Le llama la atención la filosofía, la política y los problemas sociales.		
Considera relevante pensar a futuro.		
Desea alcanzar sus propósitos o metas.		
Se coteja con sus pares.		
<b>Lucha por la independencia y control</b>		
Busca emanciparse de los padres.		
Es influenciado por los pares y desea ser aceptado por ellos.		
Le llama la atención su origen, la reproducción, las relaciones sexuales y amorosas entre los adultos.		
Le es importante el amor y el sexo.		
Ya se ha enamorado.		
Ya puede mantener una relación a largo plazo.		
<b>Capacidades sociales</b>		
Le han alentado a emprender nuevos desafíos.		
Respeta al grupo y no es individualista.		
Le es fácil conversar con un adulto y confía al hablar de problemas que le aquejan.		
Sabe cómo manejar su estrés y lo puede controlar		
En casa le ofrecen una disciplina coherente y afectuosa, con límites, restricciones y recompensas.		
Busca formas de pasar tiempo junto con la familia.		
Busca formas de pasar tiempo junto con sus amigos (as).		
Tiene el tiempo necesario para pasar momentos con sus amigos (as).		

***Estado mental del niño, niña, adolescente***

<b>Esferas</b>	<b>Indicadores</b>	√	<b>Observaciones</b>
<b>1. Apariencia y conducta</b>	Contacto inicial		
	Apariencia general		
	Conducta durante la entrevista		
	Pertinencia de la apariencia y conducta		
	Relación con el entrevistador		
<b>2. Lenguaje y comunicación</b>	Disposición e interés para comunicarse		
	Flujo general del lenguaje		
	Alteraciones del lenguaje		
	Tono y contenido del discurso		
	Relación entre comunicaciones verbales y no verbales		
<b>3. Contenido del pensamiento</b>	Discurso espontáneo		
	Áreas problema		
	Temas recurrentes		
	Alteraciones del pensamiento		
<b>4. Funcionamiento sensorial y motor</b>	Estado general de los sentidos		
	Alteraciones sensoriales		
	Coordinación motora gruesa y fina		
	Dificultades motoras		
<b>5. Funcionamiento cognoscitivo</b>	Sentido de orientación		
	Nivel de concentración, atención y estado de alerta		
	Funcionamiento mnémico		
	Vocabulario, bagaje cultural y nivel de conocimientos		
	Rendimiento académico		

<b>6. Funcionamiento emocional</b>	Estado de ánimo general		
	Fluctuaciones del estado de ánimo durante la entrevista		
	Reacciones emocionales hacia el entrevistador		
	Correspondencia entre los afectos y el discurso		
	Verbalizaciones sobre su estado de ánimo		
<b>7. Insight y Juicio</b>	Creencias y expectativas sobre la intervención		
	Consciencia de la problemática		
	Ideas sobre las causas del problema		
	Ideas sobre las posibles soluciones al problema		

## 5. Descripción de la problemática y el contexto (contexto individual, familiar, social, educativo, según el caso)

### 5.1 Contexto individual

---



---



---



---

### 5.2 Contexto familiar

---



---



---



---

*Nota.* Los demás que correspondan.

## 6. Hipótesis en cuanto al mantenimiento del síntoma

Suposiciones del caso (estas hipótesis deberán verse reflejadas en las conclusiones si se han cumplido o no)

- ¿Por qué presenta el paciente, cliente, usuario este problema particular en este preciso momento?

H1

---

---

---

---

- ¿Cuáles son los hechos y conductas que han precipitado el problema?

H2

---

---

---

---

- ¿Qué ciclo de interacción actual (familiar, social, educativo u otras) le está manteniendo al síntoma?

H3

---

---

---

---

- ¿Cómo ha cambiado este ciclo de interacción actual con el tiempo?

H4

---

---

---

---

- ¿Cómo se ha modificado el método del paciente, cliente, usuario (familia, social, laboral u otras) para hacer frente al problema?

H5.

---

---

---

---

- ¿Qué le sucederá al paciente, cliente, usuario (de manera individual, familiar, laboral, social u otros) en el futuro si el problema subsiste?

H6.

---

---

---

---

- ¿Y si desaparece?

H7.

---

---

---

---

## 7. Cambio deseado

---

---

---

---

---

## 8. Tratamientos de previos

- Psicológicos

---



---



---



---

- Psiquiátricos:

---



---



---



---

## 9. Técnicas empleadas (tests psicológicos aplicados)

### 1. Test psicométricos aplicados

TEST 1

Nombre de la prueba	¿Dimensiones que mide el test?	Resultados del test
Test de personalidad 16 PF Cattell		

Nota. Los demás que correspondan.

### 2. Test proyectivos aplicados

TEST 1

Nombre de la prueba	¿Dimensiones que mide el test?	Resultados del test

Nota. Los demás que correspondan.

- Entrevista a la madre/padre/representante.

Entrevista a la madre	
Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.
Entrevista al padre	
Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.

*Nota.* Los demás que correspondan.

- Entrevista al (la) tutor (a) o profesor (a)

Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.

*Nota.* Los demás que correspondan.

- Entrevista al niño (a)

Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.

*Nota.* Los demás que correspondan.

- Observación clínica (Registro de conductas manifiestas)

Ob. Clin.1. ....

Ob. Clin. 2. ....

*Nota.* Los demás que correspondan.

- **Informe de la hora de juego diagnóstica** (indispensable en caso de evaluar a niños/as)

---

---

---

---

---

---

**10. Diagnóstico psicológico (presentación de resultados)**

**Diagnóstico psicológico sintomático (nos basamos en el DSM-V-TR y CIE-11)**

---

---

---

---

---

**Diagnóstico psicológico estructural** (síntomas que son compatibles y forman parte de los criterios diagnósticos), incluido los rasgos de su personalidad)

---

---

---

---

---

**11. Conclusiones**

- a. 

---

---

---

- b. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Nota.* Los demás que correspondan.

**e. Pronóstico**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Recomendaciones**

- a. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Nota.* Los demás que correspondan.

---

NOMBRE Y APELLIDO DEL (A) EVALUADOR (A)

-----

FIRMA DEL (A) EVALUADOR (A)

Sello

FECHA DE CULMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN

## ***Informe psicológico clínico para adultos***

### **1. Datos de identificación del evaluado (a) (se consulta a partir de la necesidad)**

Nombre del (la) psicólogo (a):			
Donde se evaluó		Fecha	
Nombre del/a entrevistado/a		Fecha de finalización	
Género		Edad	
Estado civil		Instrucción	
Lugar de residencia		Teléfono	
Religión		Solicitado por	

### **2. Motivo de consulta**

Manifiesto

---



---



---



---

Latente:

---



---



---



---

### **3. Familiograma**



***Estado mental del adulto***

Esferas	Indicadores	√	Observaciones
<b>1. Apariencia y comportamiento</b>	Contacto inicial		
	Impresión general física y emocional que transmite el paciente		
	Conducta espontánea, postura, comportamiento durante la entrevista		
	Aparente salud física		
	Aseo personal		
	Expresión facial		
	Atuendos		
	Descuido personal		
<b>2. Actitud</b>	Manera de relacionarse con el entrevistador		
	Conducta		
	Respuesta a la separación de los familiares		
	Modo de entrar en la sala de la consulta		
	Intentos del Psicólogo de entrar en contacto		
	Cantidad de movimientos		
	Coordinación		
	Movimientos involuntarios		
	Actitud (postura)		
	Grado de agitación		
	Presencia de rituales		
	Hiperventilación		
<b>3. Lenguaje y comunicación</b>	Disposición e interés para comunicarse.		
	Lenguaje hablado		
	Comprensión		

	Relación entre comunicaciones verbales y no verbales		
<i>3.1 Expresión, vocalización, fluidez</i>	Espontaneidad		
	Cantidad		
	Entonación y acento		
	Articulación		
	Precisión gramatical		
	Anormalidades específicas		
	Gesticulación (gesto)		
	Mutismo		
	Taquifemia		
	Bradifemia (bradifasia)		
	Musitación		
	Espasmofemia o tartamudez		
	Disartria		
	Disfonía		
	Dislalia		
	Estereotipia verbal		
	Parafasias		
	Disglosia		
	Afasia de Wernicke		
Afasia de Broca			
<b>4. Trastornos formales del pensamiento</b>	Pensamiento inhibido		
	Pensamiento enlentecido		
	Pensamiento divagatorio		
	Pobreza del pensamiento		
	Perseveración del pensamiento		

	Rumiación		
	Aceleración del pensamiento		
	Fuga de ideas		
	Bloqueo, interceptación del pensamiento		
<b>5. Estado de ánimo y afecto</b>	¿Cómo se siente consigo mismo?		
	¿Cómo es su estado de ánimo?		
	¿Cómo es su humor?		
	Expresividad y alcance emocional		
	Felicidad		
	Ansiedad		
	Ataques de pánico, angustia		
	Tensión observable		
	Alteraciones del sistema autónomo		
	Tristeza, desdicha, descontento, apatía		
	Vergüenza, perturbación, perplejidad		
	Ira, agresividad		
Irritabilidad			
<i>5.1 Humor depresivo</i>	Llora sin motivo		
	Variaciones circadianas del estado de ánimo		
	Actitud hacia el futuro		
	Autoestima		
	Sentimientos de culpa		
	Apetito		
	Peso		
	Libido		
	Sueño		

	Vitalidad o nivel de energía		
	Intereses y rendimiento sexual		
	Estresores		
<i>5.2 Alteraciones del estado de ánimo</i>	Afecto inapropiado		
	Embotamiento (aplanamiento) afectivo		
	Restricción del afecto		
	Labilidad afectiva o del humor		
	Paratimia o discordancia afectiva		
	Incontinencia afectiva		
	Anhedonia		
	Ambivalencia		
	Alexitimia		
	Apatía		
	Abreacción		
	Depresión		
	Duelo o aflicción		
	Humor exaltado (hipertimia)		
	Euforia		
	Estado de ánimo expansivo (maníaco)		
	Eutimia		
	Estado de ánimo disfórico		
	Irritabilidad		
	Ansiedad		
	Miedo		
Fobias			
Agitación			

	Tensión		
	Pánico		
	Vergüenza		
	Culpa		
	Hipocondría		
<b>6. Contenido del pensamiento</b>	¿Cuáles son sus principales preocupaciones?		
	¿Está usted preocupado(a) con su situación vital, con el futuro o con el pasado, por su seguridad personal o la de otros?		
	¿Interfieren estas preocupaciones con su concentración o le afectan el sueño?		
	¿Tiene alguna fobia o rumiaciones obsesivas compulsivas o rituales?		
	¿Cómo expone, constituye y enuncia los pensamientos la personas?		
	¿Es coherente, claro, fácil de seguir y lógico en sus pensamientos?		
	El pensamiento es circunstancial.		
	El pensamiento es tangencial.		
	El pensamiento presenta asociaciones ilógicas.		
	Explora la presencia de obsesiones.		
	Explora la presencia de compulsiones.		
	Explora la existencia de delirios.		
	Explora ideas sobrevaloradas.		
	Contenido del pensamiento: en relación con el ambiente.		
	Contenido del pensamiento: en relación con el propio cuerpo.		
Contenido del pensamiento: en relación con uno mismo.			

<i>6.1 Existen muchas maneras de presentarse estas ideas delirantes</i>	Humor delirante		
	Percepción delirante		
	Intuición u ocurrencia delirantes		
	Delirio sistematizado		
	Delirio congruente con el estado de ánimo		
	Delirio no-congruente con el estado de ánimo		
	Delirio de referencia		
	Delirios de influencia y de persecución		
	Delirio de control (de ser controlado)		
<i>6.1.1 Incluye fenómenos como</i>	Robo del pensamiento		
	Inserción de pensamientos		
	Difusión del pensamiento		
	Control del pensamiento		
	Delirio de celos (celotipia)		
	Delirio erótico (erotomanía)		
	Delirio mesiánico		
	Delirios inducidos (folie a deux)		
<b>7. Rendimientos cognitivos</b>			
<i>7.1 Grado de activación del sistema nervioso o vigilia</i>	Adormilado		
	Somnoliento		
	Hipoalerta		
	En vigilia normal		
	Hiperalerta		
	Brillo o lucidez de la conciencia		
	Conciencia del propio yo		

7.2 Según la forma de inicio pueden clasificarse en: alteraciones agudas	Confusión		
	Obnubilación		
	Estupor		
	Delirium		
	Coma		
7.3 Según la forma de inicio pueden clasificarse en: alteraciones subagudas	Demencia		
	Hipersomnias		
	Estado vegetativo		
	Mutismo		
	Síndrome apático		
7.4 Variaciones del estado de conciencia	Fluctuación		
	Confusión		
	Estupor		
7.5 El estado cognitivo	Orientación		
	Atención y concentración		
	Memoria		
	Inteligencia		
<b>8. Valoración que hace el propio paciente de su enfermedad actual, de sus dificultades y perspectivas (introspección o Insight)</b>	¿Cuál es la actitud actual del paciente?		
	¿En qué modo y de qué manera se siente afectado por su enfermedad?		
	¿Piensa que necesita tratamiento?		
	¿A qué le atribuye su enfermedad o su condición actual?		
	¿Se da cuenta de los errores cometidos en los tests?		
	¿Son sus actitudes positivas o negativas, constructivas o destructivas?		
	¿Qué planes tiene de futuro, cuando finalice el tratamiento o cuando le den de alta?		

	¿Son estos planes realistas o no?		
	¿Cuál es su actitud respecto a la supervisión y cuidados, cree que los necesita o no?		
	Vulnerabilidad percibida		
	Gravedad percibida		
	Creencias sociales		
	Creencias en la eficacia del tratamiento		
	Motivación		
<b>9. Tipo de comunicación que se establece durante la entrevista con el examinador</b>	Rapport y contacto visual		
	Reciprocidad y empatía		
	Carácter		
<i>9.1 De qué manera el psicólogo (a) o entrevistador se siente afectado por el comportamiento del paciente</i>	¿Fue una entrevista fácil o difícil, perdió el control de la entrevista?		
	¿El paciente provoca sentimientos de simpatía, preocupación, tristeza, ansiedad, irritación, frustración, enfado en el psicólogo (a)?		
<i>9.2 Aspectos sociales</i>	Razón diagnóstica		
	Razones de manejo clínico		
	Razones terapéuticas y pronósticas		
<i>9.3 Exploración neurológica: ¿cuándo está indicado?</i>	La exploración psicopatológica		
	Signos de sospecha de trastorno mental orgánico		
<i>9.4 Exploración neurológica convencional</i>	Reflejos de liberación frontal		
	Exploración de síndrome parkinsoniano		

	Habla		
	Síntomas vegetativos		
	Exploración de signos cerebelosos		
9.5 Pruebas complementarias: ¿cuáles?	Analítica sanguínea		
	Gasometría arterial o venosa		
	Test de embarazo		
	Parámetros de función tiroidea		
9.6 En caso necesario se pedirán concentraciones plasmáticas	De fármacos		
	De anticomiciales		
	De litios		
	De antidepresivos tricíclicos		
	De alcohol		
	Analítica de orina		
	Electrocardiograma		
9.7 En caso necesario se solicitará	Electroencefalograma		
	Punción lumbar		
	Radiografía de tórax y abdomen, neuroimagen		

## 5. Descripción de la problemática y el contexto (contexto individual, familiar, laboral, social, educativo, según el caso)

### Contexto individual

---



---



---



---

Contexto familiar

---

---

---

---

*Nota.* Los demás que correspondan.

**6. Hipótesis en cuanto al mantenimiento del síntoma**

Suposiciones del caso (estas hipótesis deberán verse reflejadas en las conclusiones si se han cumplido o no).

- ¿Por qué presenta el paciente, cliente, usuario este problema particular en este preciso momento?

H1

---

---

---

---

- ¿Cuáles son los hechos y conductas que han precipitado el problema?

H2

---

---

---

---

- ¿Qué ciclo de interacción actual (familiar, social, laboral u otras) le está manteniendo al síntoma?

H3

---

---

---

---

- ¿Cómo ha ido cambiando este ciclo de interacción actual con el tiempo?

H4

- ¿Cómo se ha modificado el método del paciente, cliente, usuario (familia, social, laboral u otras) para hacer frente al problema?

H5

- ¿Qué le sucederá al paciente, cliente, usuario (manera individual, familiar, laboral, social u otros) en el futuro si el problema subsiste?

H6

- ¿Y si desaparece?

H7

- Cambio deseado

---



---



---



---



---

### 7. Tratamientos de previos

- Psicológicos:

---



---



---



---

- Psiquiátricos:

---



---



---



---

### 8. Técnicas empleadas (test psicológicos aplicados)

#### 1. Test psicométricos aplicados

##### TEST 1

Nombre de la prueba	¿Dimensiones que mide el test?	Resultados del test
Test de personalidad 16 PF Cattell		

*Nota.* Los demás que correspondan.

## 2. Test proyectivos aplicados

### TEST 1

Nombre de la prueba	¿Dimensiones que mide el test?	Resultados del test

Nota. Los demás que correspondan.

- Entrevista a otras personas o instituciones

Entrevista a la madre	
Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.
Entrevista al padre	
Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.

Entrevista al individuo	
Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.
Entrevista a la madre	
Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.

Entrevista al padre	
Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.
Preguntas	Respuestas
Otros.	

*Nota.* Los demás que correspondan.

- Observación clínica (Registro de conductas manifiestas)

Ob. Clin.1. ....

Ob. Clin. 2. ....

*Nota.* Los demás que correspondan.

## 9. Diagnóstico psicológico (presentación de resultados)

- **Diagnóstico psicológico sintomático** (Nos basamos en el DSM-V-TR y el CIE-11)

---



---



---



---



---

- Diagnóstico psicológico estructural (síntomas que son compatibles y forman parte de los criterios diagnósticos), incluido los rasgos de su personalidad)

---



---

---

---

---

## 10. Conclusiones

- a. 

---

---

---
- b. 

---

---

---
- c. 

---

---

---
- d. 

---

---

---

*Nota.* Los demás que correspondan.

### e. Pronóstico

---

---

---

## 11. Recomendaciones

- a. 

---

---

---

- b. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Nota.* Los demás que correspondan.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO DEL (A) EVALUADOR (A)

-----  
FIRMA DEL (A) EVALUADOR (A)

.....  
FECHA DE CULMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Sello

## Referencias bibliográficas

- APA. (2020). *Manual de Publicación APA 7ma Edición*. APA STYLE.
- Barlow, D., Durand, V., y Hofmann, S. (2019). *Abnormal Psychology*. MinTap.
- Bartran, D. (2019). Guidelines for test users: A review of national and international initiatives. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 173-186.
- Benavente, M. (2019). ¿Qué es la prueba de screening o cribado? Principales características. *Revista Digital*, 13-26.
- Constitución de la República del Ecuador. (2021). *Constitución de la República del Ecuador*. LEXIS.
- DSM-5-TR. (2022). *Diagnóstico y estadístico. Manual de desórdenes mentales*. American Psychiatric Association.
- Hambleton, R. (2021). Guidelines for test translation/adaptation. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 164-172.
- Jara, C. (2011). *Ciclo vital familiar*. México: Diploma de Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva para Médicos de Atención Primaria, 1-7.
- Lakiszzyk, O. (2020). ¿Qué es un síntoma y cómo lo interpretamos? *Anales de Psicología*, (5), 215-230.
- López-Ibor Alcocer, M. y López-Ibor Aliño, J. (2012). *La historia clínica en psiquiatría. Guía para la práctica clínica*. Universidad Complutense de Madrid.
- MAIS. (2012). *Modelo de Atención en Salud Mental MAIS*. Ministerio de Salud Pública.
- Mancilla, B. (2012). *Manual para elaborar los informes psicológicos*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México.
- Muñoz, M. (2020). *Manual práctico de Evaluación Psicológica Clínica*. Síntesis.
- Pérez, E., Muñoz, M. y Ausín, B. (2020). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del Psicólogo*, 86, 48-60.
- Sattler, J. (2010). *Evaluación infantil: Fundamentos cognitivos*. Manual Moderno.
- Suárez, M. (2021). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica la Paz*, 16(1), 53-57.
- Tallent, N. (1998). *Psychological Report Writing*. Prentice-Hall.
- Turkat, I. (1985). *Behavioral Case Formulation*. Plenum.
- Vargas, I. (2013). *Familia y Ciclo vital Familiar*. OMS, 1-9.
- Wolber, G. y Carne, W. (2020). *Writing Psychological Reports. A Guide for Clinicians*. Professional Resource Press.