

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
- 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
- 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
- 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>