

El informe psicológico clínico

Vanessa Quito-Calle

Universidad Politécnica Salesiana

jquito@ups.edu.ec

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

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

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

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

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

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

Ostentar una adecuada preparación

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

Cuidar la integridad, la autodeterminación y la confianza del paciente

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

Derecho a recibir los resultados del informe

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

Establecer los asuntos del informe

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

Referir los materiales empleados y proporcionar la perspicacia de los datos

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

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

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

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

Velar por la forma

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

Conservar la privacidad y el sigilo profesional

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

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

Pedir la anuencia de enterado

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

Resguardar toda documentación

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

Tipos de informe psicológico

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

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

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

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

Expediente (informe) oral o verbal

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

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

Expediente (informe) escrito

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

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

Expediente (informe) de apreciación en psicología clínica

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

Informe de elección u orientación

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

Informe de intervención

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

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

Expediente (informe) clínico

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

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

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

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

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

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

Informe de selección

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

Es importante tener en cuenta los siguientes principios:

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

Expediente (informe) pericial

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

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

Expediente (informe) de tránsito y seguridad

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

Expediente (informe) educativo

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

Pasos para elaborar un informe psicológico clínico

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

a. Datos de filiación del evaluado(a):

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

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

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

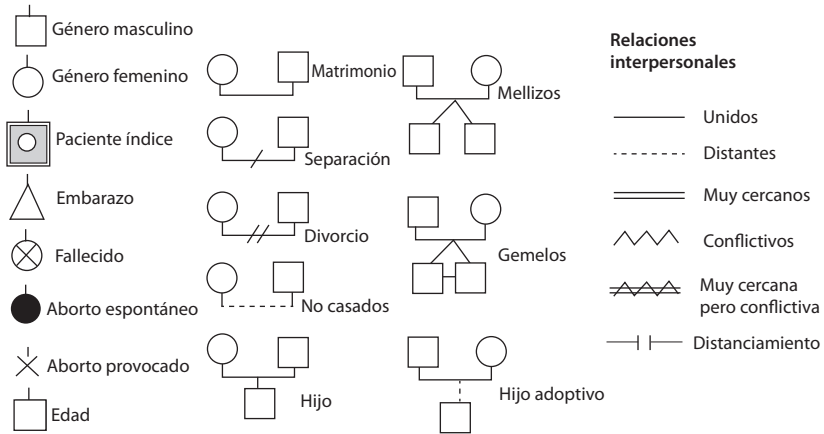
Suele ser útil comenzar con preguntas: ¿qué es lo que le pasa o qué le trae por aquí?, ¿desde cuándo?, ¿a qué lo atribuye?, con base a las respuestas se describirán los síntomas o problemas objetivos, a esto lo llamamos *motivo de consulta*. Por otro lado, la *demanda* es cuando aparece una necesidad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

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

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

c. Familiograma

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

Gráfico 1*Simbología básica del genograma*

Nota. Revista Médica Las Condes (2021).

Tabla 1*Etapas del ciclo vital familiar*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Fue víctima de violencia de género la madre. 1. ¿En algún momento ha experimentado humillación, vergüenza, o ha sido impedida de ver a sus amigos o realizar actividades que le interesan? 2. ¿Ha sido agredida o herida físicamente por alguien? 3. ¿Ha sido obligada a mantener relaciones sexuales contra su voluntad? 4. ¿Ha sentido temor por la seguridad de sus hijos? 5. ¿Ha tenido miedo de su pareja o de alguna otra persona? Nota. Debe de registrarse en Historia del síntoma o conflicto si es que es afirmativa cualquiera de las preguntas.
	¿Recibió alguna vez la vacuna contra la rubéola?
	¿Ha recibido alguna vez la vacuna antitetánica?
	Realizó prevención primaria de la preeclampsia (elevación de la presión arterial y síntomas de afectación hepática o renal que se presentan en las mujeres a partir de la semana 20 de gestación)
	¿Cuántas sesiones de educación prenatal tuvo?
	¿Ha recibido plan de parto y emergencia?
	¿Ha recibido consejería de lactancia materna?
	Inicio del trabajo de parto: Espontáneo Inducido Cesárea
	Peso del recién nacido en Kg (fue menor de 2 500 gramos o si fue mayor o igual a 4 000 gramos)
	Talla del recién nacido (cm)
	Acompañante durante el parto: Pareja Familiar Partera Otro Ninguno
	Posición del parto: Arrodillada Cuchillas Acostada de lado De pie Sentada Litotómica (ginecológica)

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

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

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

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

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

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

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

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

Elaborado por: Vanessa Quito Calle

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

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

Esferas	Indicadores
1. Apariencia y conducta	• <i>Contacto inicial</i>: se trabaja el establecimiento del rapport-confianza. • <i>Apariencia general</i>: Es importante poner atención en la altura del usuario, su peso, la limpieza de su ropa y aseo personal, adornos que pueda tener en su cuerpo, discapacidades, etc. • <i>Comportamiento durante la entrevista</i>: gestos (ademanos), acciones inusuales, movimientos repetitivos, lentos o excesivos, actitud inusual, escaso contacto visual, expresiones faciales inadecuadas, manierismos. • <i>Adecuación de la apariencia y comportamiento</i>: considerando la edad, sexo, género, nivel educativo y estatus social, entre otros factores. • <i>Interacción con el entrevistador</i>: reservada, atenta, amigable, sumisa, cooperativa, hostil, halagadora, etc.
2. Lenguaje y comunicación	• <i>Destreza e interés para anunciarse</i>: presenta una facilidad de comunicación. • <i>Flujo frecuente del lenguaje</i>: está dentro de las categorías de rápido, lento, dudoso, controlado, entre otros. • <i>Alteraciones en el lenguaje</i>: se manifiestan a través de tartamudeo, mutismo, verborrea, entre otras. • <i>Tono y el contenido del discurso</i>: pueden ser excesivos o escasos, presentando fuga de ideas, asociaciones imprecisas, conclusiones incorrectas, neologismos, incoherencia o falta de congruencia, etc. • <i>Establece una conexión</i>: entre las comunicaciones verbales y no verbales.
3. Contenido del pensamiento	• <i>Disertación automática</i>: se desarrolla de manera natural y no se nota que preparó su discurso. • <i>Sus pensamientos</i> se centran en el problema. • <i>Constantemente</i> aparecen temas que son recurrentes y los cree relevantes. • <i>Aparecen variaciones</i> del pensamiento como delirios, fobias, obsesiones, etc.
4. Funcionamiento sensorial y motor	• <i>Es indispensable</i> conocer el estado general de los cinco sentidos. • <i>Es fundamental</i> determinar si hay alguna alteración sensorial y si el usuario experimenta alucinaciones, anestias, entre otras. • <i>Es esencial</i> evaluar la coordinación motora gruesa y fina. • <i>Es crucial</i> observar las posibles dificultades motoras, como tics, temblores, gesticulaciones, rituales, etc.
5. Funcionamiento cognoscitivo	• <i>Debemos tomar</i> en consideración el sentido de orientación tanto en el tiempo, lugar donde se encuentra y en persona. • <i>Es fundamental</i> conocer el nivel de concentración, atención y estado de alerta. • <i>Es necesario</i> conocer el funcionamiento mnémico, es decir, la memoria a corto y largo plazo, amnesia, hipermnesia, etc. • <i>Se debe valorar</i> el vocabulario, el bagaje cultural y el nivel de conocimientos del usuario. • <i>Es necesario</i> conocer el rendimiento académico del usuario.

6. Funcionamiento emocional	• <i>Es necesario</i> la valoración del estado de ánimo general para detectar los estados de tristeza, irritabilidad, exaltación, ansiedad, etc. • <i>Es indispensable</i> detectar las vacilaciones del estado de ánimo durante la entrevista. • <i>Es necesario</i> considerar las reacciones emocionales del usuario hacia el entrevistador. • <i>Es necesario</i> verificar si existe una concordancia entre los afectos y el discurso. • <i>Es indispensable</i> detectar verbalizaciones sobre el estado de ánimo del usuario.
7. Insight y juicio	• <i>Detectar cuáles</i> son las creencias y expectativas que el usuario tiene sobre la entrevista, es decir, si son adecuadas, equilibrados, presuntuosas, etc. • <i>Verificar que</i> el usuario tenga consciencia de la problemática que le aqueja. • <i>Detectar cuáles</i> son las opiniones sobre los orígenes del problema. • <i>Detectar cuáles</i> son las opiniones sobre los posibles medios para resolver al problema.

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

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

Esferas	Indicadores
1. Apariencia y comportamiento	• La valoración debe ser integral (tanto física como emocional) comenzando por la conducta espontánea del usuario, su apariencia, su proceder, su salud física aparente, la limpieza, la expresión facial, su atuendo, el descuido de su persona, entre otros aspectos más.
2. Actitud	• Manera de relacionarse con el entrevistador (amigabilidad, desconfianza, madurez, hostilidad, defensiva, cautela). • Conducta: coordinación, agilidad, modo de andar, gestos. • Respuesta a la separación de los familiares, modo de entrar en la sala de la consulta y a los intentos del psicólogo (a) de entrar en contacto. • Cantidad de movimiento: reducido o incrementado. • Coordinación entre sus ideas y sus actos. • Movimientos involuntarios (temblores, tics, movimientos). • Actitud (postura). • Grado de agitación o ansiedad, nervios, tembloroso. • Presencia de rituales (ideas obsesivas). • Hiperventilación (la respiración es acelerada, elevada e incontrolable).
3. Lenguaje	• Lenguaje hablado: sonido, lenguaje. • Comprensión de las palabras. • Expresión, vocalización, fluidez: - Espontaneidad para hablar - Cantidad de vocabulario - Tipo de entonación y acento - Articulación: como, por ejemplo, la disartria.

	- Precisión gramatical (complejidad, precisión y fluidez). - Anormalidades específicas, ej. repetición, rasgos estereotipados, trastorno del yo/tu (esquizofrenia). - Gesticulación (gesto): imitación, comprensión, empleo adecuado. - Mutismo: deja de hablar. - Taquifemia: habla de prisa. - Bradifemia (bradifasia): un habla enlentecida. - Musitación: hablar en voz baja. - Espasmodifemia o tartamudez o disfemia. - Disartria: trastorno de la articulación en perturbaciones de la fonación por lesiones motoras centrales. - Disfonías: trastornos de la articulación por lesiones de los espacios de la fonación o respiratorios. - Dislalias: emisión defectuosa de sonidos. - Estereotipia verbal: repetición de sílabas, palabras o frases. - Parafasias: inserción de palabras equivocadas en el lenguaje, conciencia de error. - Disglosia: dificultad en el uso normal del lenguaje y pronunciación, se da en personas con labio leporino. - Afasia de Wernicke: lesión en la región lateral del cerebro responsable del lenguaje. - Afasia de Broca: daño en la zona frontal del cerebro que controla el lenguaje.
4. Trastornos formales del pensamiento	• Pensamiento inhibido: su pensar parece atado, irregular o discontinuo. • Pensamiento enlentecido: curso de pensamiento lento, inhibe las ideas. • Pensamiento divagatorio: no se distingue lo esencial (referido al tema de la entrevista) de lo accesorio y tiende a perderse en detalles, no pierde totalmente el hilo (pensamiento prolijo). • Pobreza del pensamiento: el usuario limita sus ideas y vuelve al tema continuamente. • Perseveración del pensamiento: repiten sin sentido las palabras (verbigeración). • Rumiación: consiste en darle vueltas constantemente a temas que generalmente, aunque no siempre, son desagradables, el enfermo los vivencia como extraños a él y que suelen tener relación con la situación actual. • Aceleración del pensamiento: pensamientos repetitivos. • Fuga de ideas: acrecentamiento del contenido de ideas. • Bloqueo, interceptación del pensamiento: el pensamiento es incoherente e incomprensible. De forma ligera (paralogía) con palabras utilizadas erróneamente (paragramatismo), hasta la incomprensión de palabras (esquizaofasia).
5. Estado de ánimo y afecto	• ¿Cómo se siente consigo mismo?, ¿cómo es su estado de ánimo?, ¿cómo es su humor? Incluye: - Expresividad y alcance emocional - Felicidad - Ansiedad - Crisis de angustia o ataques de pánico - Tensión observable - Alteraciones del sistema autónomo - Presenta tristeza, desdicha, descontento, apatía - Presenta vergüenza, perturbación, perplejidad

- Presenta ira, agresividad
- Presenta irritabilidad

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

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

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

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

	• Agitación • Tensión • Pánico • Vergüenza • Culpa • Hipocondría
6. Contenido del pensamiento	• ¿Cuáles son sus principales preocupaciones?, ¿está usted preocupado con su situación vital, con el futuro o con el pasado, por su seguridad personal o la de otros?, ¿interfieren estas preocupaciones con su concentración o le afectan el sueño?, ¿tiene alguna fobia o rumiaciones obsesivas compulsivas o rituales? • El psicólogo evalúa los pensamientos (cómo formula, organiza y expresa), si es afín, es claro, posible de seguir y lógico, también registra la cantidad y la velocidad del pensamiento, la direccionalidad y continuidad, es decir, si el pensamiento es circunstancial o tangencial o presenta asociaciones ilógicas. • Explora la presencia de obsesiones (pensamientos repetitivos, no deseados que se imponen al sujeto que trata de resistirse a ellos) y compulsiones (presencia de rituales o conductas repetitivas desarrolladas para tratar de controlar las obsesiones). • También explora la existencia de delirios: que son convicciones sin fundamento en la información disponible (por consiguiente, generalmente falsas), mantenidas firmemente a pesar de los argumentos lógicos y pruebas en contra, y no son compartidas por otras personas pertenecientes al mismo grupo sociocultural. <i>El delirio</i> es una convicción errónea que se origina de una interpretación equivocada de la realidad externa (DSM-5-TR, 2022). Los delirios se diferencian de las obsesiones en que en éstas últimas el sujeto es consciente que le pertenecen, que son sus propias ideas, las que quisiera rechazar. <i>Las ideas sobrevaloradas</i> (convicciones firmes que dominan la mente del sujeto y tiene una influencia en su vida), se distinguen de los delirios en que no son tan incorregibles, son compartidas por un grupo de personas, el sujeto no se esfuerza por hacerlas desaparecer (como ocurre en las obsesiones), pueden aparecer en personas normales en cuestiones relacionadas con el amor, el odio, la salud, la política o la religión. • Es necesario especificar el contenido, la forma en que se manifiestan y el grado de arraigo de cada una de las creencias anormales. • En relación con el ambiente: ideas de referencia, mal interpretaciones o delirios, sentimientos de ser perseguido, de que es tratado de manera especial o que está sujeto a algún tipo de experimentación. • En relación con el propio cuerpo, ideas o delirios sobre cambios corporales. • En relación con uno mismo, por ejemplo, delirios de pasividad, influencia, difusión del pensamiento o intrusión. Existen muchas maneras de presentarse estas ideas delirantes: • Humor delirante: consiste en una vivencia de confusión y perplejidad, llena de significados de transformación del mundo o de sí mismo, que no suele acompañarse de un contenido concreto. El enfermo no puede encontrar un significado preciso a ese cambio, que le parece inmotivado e irracional. • Percepción delirante: percepciones adecuadas se acompañan de la vivencia de un significado anormal, generalmente de referencia en sí mismo, que no tienen justificación objetiva. La percepción delirante es, pues, una interpretación falsa de una percepción correcta.

	• Intuición u ocurrencia delirantes: al enfermo se le ocurre, intuye súbitamente significados que son delirantes, acompañadas de una certeza absoluta. • Delirio sistematizado: son creencias falsas acerca de un suceso o tema (ej. el paciente es perseguido por la Policía, una banda terrorista o su jefe). • Delirio congruente con el estado de ánimo: (delirio relacionado con la creencia de ser el causante de la destrucción del mundo) • Delirio no congruente con el estado de ánimo: (delirio que no guarda relación con el estado emocional o es neutral). • Delirio de referencia: aparece en primer plano la referencia delirante hacia sí mismo, en la cual las personas y las cosas del entorno adquieren un significado anormal. Los enfermos están convencidos firmemente que los acontecimientos que en realidad les son ajenos tienen un significado especial para ellos. Las conversaciones entre personas de la calle aluden a ellos, las miradas más casuales van destinadas a ellos y significan algo peculiar, por ejemplo, un mensaje especial. El enfermo se siente el centro de la atención de lo que le rodea y toma por significativo, con un convencimiento absoluto, acontecimientos ajenos a él. • Delirios de influencia y de persecución: el enfermo se considera meta de hostilidad. Se siente amenazado de lo que le rodea, mortificado, injuriado, burlado, escarnecido. Lo que le rodea atenta contra su fortuna, su salud, o su vida. • Delirio de control (de ser controlado): tanto su voluntad, pensamientos o sentimientos propios son inspeccionados por fuerzas externas. Incluye fenómenos como: • Robo del pensamiento • Inserción de pensamientos • Difusión del pensamiento • Control del pensamiento • Delirio de celos (celotipia) • Delirio erótico (erotomanía) • Delirio mesiánico: la persona afirma que tiene una misión especial en el mundo, para la que ha sido escogida, que se comunica directamente con Dios a través de mensajes verbales y de influencias sobre el pensamiento (alucinaciones y alteraciones del pensamiento o ideas delirantes de control), que ha recibido poderes divinos, que está poseído por el diablo o por algún otro espíritu. • Delirios inducidos (<i>folie a deux</i>): a veces personas cercanas a un enfermo con ideas delirantes llegan a creer en su veracidad. Para el desarrollo de este síndrome es necesario que domine el sujeto que induce el delirio en el otro, que los dos sujetos mantengan unas relaciones muy estrechas durante años y que exista un cierto aislamiento social.
7. Rendimientos cognitivos	• Es una parte fundamental del examen mental la evaluación cognitiva porque permite conocer sobre uno mismo, sobre su existencia, su estado o actos (responsabilidad, libertad, ...). En la evaluación del estado de conciencia se valorará: • Nivel de activación del sistema nervioso o estado de alerta (estar somnoliento, adormilado, con baja alerta, en un estado de vigilia normal o en un estado de hiperalerta) • Conciencia del propio yo: identificar la identidad propia y de los límites del yo

	• Valorar la forma de inicio: ante toda alteración que surja de manera brusca debe sospecharse un trastorno orgánico o consumo de sustancias. Según la forma de inicio pueden clasificarse en alteraciones agudas (confusión, obnubilación, estupor, delirium, coma) o subagudas (demencia, hipersomnias, estado vegetativo, mutismo, síndrome apático...) • En otras ocasiones existen variaciones del estado de conciencia como la fluctuación, la confusión o estupor. • Recoger la indagación del estado cognitivo siendo breve y respetando la inteligencia de cada persona. En personas jóvenes en las que no se sospeche una enfermedad de origen orgánico, se realizarán pruebas de características más generales; sin embargo, si se trata de personas mayores o con alteraciones cerebrales, se aplicarán pruebas más específicas. • <i>Orientación</i>: si existe alguna razón para dudar de la capacidad de orientación del individuo, se le preguntará acerca de su identidad, el lugar donde está, la hora del día y la fecha. • <i>Atención y concentración</i>: nivel de percepción de estímulos para orientarse. Comprobar si la persona mantiene su atención o se encuentra distraída. Se le solicitará que recite los días de la semana en orden o en orden inverso, así como que realice operaciones matemáticas (restas de 7 comenzando desde el 100). • <i>Memoria</i>: Se deberá prestar especial atención a la memoria para acontecimientos recientes, como ingreso a un centro, la fecha de asistencia al centro, y lo que ha sucedido desde entonces. Se explora la memoria reciente como el recuerdo de algunas palabras al cabo de unos minutos. Se explora la memoria remota como el recuerdo de eventos sociales, culturales, familiares. • <i>Inteligencia</i>: es un concepto muy complejo que abarca diversas dimensiones, como el juicio general, la educación y la carrera profesional. Si no se dispone de esta información, se evaluarán sus experiencias e intereses. Otra forma indirecta de medir la inteligencia serán los resultados académicos, el nivel educativo alcanzado, así como las habilidades en lectura y escritura.
8. Valoración de la propia persona acerca de su enfermedad, de sus dificultades y perspectivas (introspección o <i>Insight</i>)	• Es la capacidad que tiene un usuario para saber que tiene un problema de enfermedad, conoce las causas y busca soluciones. • ¿Cuál es la actitud actual del paciente?, ¿en qué modo y de qué manera se siente afectado por su enfermedad?, ¿piensa que necesita tratamiento?, ¿a qué le atribuye su enfermedad o su condición actual?, ¿se da cuenta de los errores cometidos en los tests?, ¿son sus actitudes positivas o negativas, constructivas o destructiva?, ¿qué planes tiene de futuro, cuando finalice el tratamiento o cuando le den de alta?, ¿son estos planes realistas o no? • Por último, ¿cuál es su actitud respecto a supervisión y cuidados, cree que los necesita o no? • Vulnerabilidad percibida: algunos usuarios sienten que son más propensas a sufrir de enfermedades. • Gravedad percibida: el individuo realiza una estimación sobre la gravedad del problema que sufre. • Creencias sociales: el entorno cultural condiciona al cliente sobre su sintomatología. • Creencias en la eficacia del tratamiento: está condicionada por variables socioculturales. • Motivación: para evitar problemas y preocuparse por la salud.

9. Tipo de comunicación que se establece durante la entrevista

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

Incluye:

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

Aspectos sociales

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

Exploración neurológica: ¿cuándo está indicado?

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

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

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

	<i>Pruebas complementarias: ¿cuáles?</i> Como en cualquier otra especialidad para poder confirmar el diagnóstico o un diagnóstico diferencial en muchas ocasiones habrá que solicitar algunas pruebas complementarias. • Analítica sanguínea • Infecciones • Leucemia • Perfil renal • Glucemia • Ionograma • Venosa • Test de embarazo (en toda mujer en edad fértil) • Parámetros de función tiroidea En caso necesario se pedirán concentraciones plasmáticas de fármacos anticomieciales, litios, antidepresivos tricíclicos, alcohol, analítica de orina. También • Electrocardiograma (ECG) • Electroencefalograma En caso necesario se solicitará: • Punción lumbar • Radiografía de tórax y abdomen • Neuroimagen
--	---

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

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

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

f. Hipótesis en cuanto al mantenimiento del síntoma

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

g. Cambio deseado

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

h. Tratamientos de previos (psicológicos y psiquiátricos)

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

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

i. Técnicas empleadas (test psicológicos aplicados)

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

j. Presentación de resultados (diagnóstico psicológico clínico)

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

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

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

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

k. Conclusiones

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

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

l. Recomendaciones

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

Cómo redactar el informe psicológico

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

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

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

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

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

Modelos de informes psicológicos clínicos

Informe psicológico clínico para niños (as) y adolescentes NNA

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

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

2. Motivo de consulta

Manifiesto

Latente

3. Familiograma

Interpretación

4. Historia del síntoma/conflicto

Antecedentes médicos

Etapas del crecimiento y desarrollo humano

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

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

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

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

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

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

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

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

d. Primera infancia (0 a 3 años)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estado mental del niño, niña, adolescente

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

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

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

5.1 Contexto individual

5.2 Contexto familiar

Nota. Los demás que correspondan.

6. Hipótesis en cuanto al mantenimiento del síntoma

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

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

H1

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

H2

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

H3

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

H4

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

H5.

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

H6.

- ¿Y si desaparece?

H7.

7. Cambio deseado

8. Tratamientos de previos

- Psicológicos

- Psiquiátricos:

9. Técnicas empleadas (tests psicológicos aplicados)

1. Test psicométricos aplicados

TEST 1

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

Nota. Los demás que correspondan.

2. Test proyectivos aplicados

TEST 1

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

Nota. Los demás que correspondan.

- Entrevista a la madre/padre/representante.

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

Nota. Los demás que correspondan.

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

Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.

Nota. Los demás que correspondan.

- Entrevista al niño (a)

Preguntas	Respuestas
P1.	R1.
P2.	R2.

Nota. Los demás que correspondan.

- Observación clínica (Registro de conductas manifiestas)

Ob. Clin.1.

Ob. Clin. 2.

Nota. Los demás que correspondan.

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

10. Diagnóstico psicológico (presentación de resultados)

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

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

11. Conclusiones

- a.

- b. _____

- c. _____

- d. _____

Nota. Los demás que correspondan.

e. Pronóstico

12. Recomendaciones

- a. _____

- b. _____

- c. _____

- d. _____

Nota. Los demás que correspondan.

NOMBRE Y APELLIDO DEL (A) EVALUADOR (A)

FIRMA DEL (A) EVALUADOR (A)

Sello

FECHA DE CULMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Informe psicológico clínico para adultos

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

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

2. Motivo de consulta

Manifiesto

Latente:

3. Familiograma

[illegible]

Estado mental del adulto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contexto individual

Contexto familiar

Nota. Los demás que correspondan.

6. Hipótesis en cuanto al mantenimiento del síntoma

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

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

H1

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

H2

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

H3

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

H4

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

H5

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

H6

- ¿Y si desaparece?

H7

- Cambio deseado

7. Tratamientos de previos

- Psicológicos:

- Psiquiátricos:

8. Técnicas empleadas (test psicológicos aplicados)

1. Test psicométricos aplicados

TEST 1

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

Nota. Los demás que correspondan.

2. Test proyectivos aplicados

TEST 1

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

Nota. Los demás que correspondan.

- Entrevista a otras personas o instituciones

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

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

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

Nota. Los demás que correspondan.

- Observación clínica (Registro de conductas manifiestas)

Ob. Clin.1.

Ob. Clin. 2.

Nota. Los demás que correspondan.

9. Diagnóstico psicológico (presentación de resultados)

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

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

10. Conclusiones

- a.

- b.

- c.

- d.

Nota. Los demás que correspondan.

e. Pronóstico

11. Recomendaciones

- a.

- b. _____

- c. _____

- d. _____

Nota. Los demás que correspondan.

NOMBRE Y APELLIDO DEL (A) EVALUADOR (A)

FIRMA DEL (A) EVALUADOR (A)

.....
FECHA DE CULMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Sello

Referencias bibliográficas

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