



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

MATERIA: APROXIMACIONES AL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD LPF206

ALUMNA: MARIA JULIETA VILLARREAL CARRASCO

TEMA: MANUAL PARA ELABORAR LOS INFORMES PSICOLÓGICOS

FECHA: 25/ 01/ 2026

LUGAR: CD. JUAREZ CHIHUAHUA

ÍNDICE

Introducción

El Informe Psicológico

El Informe Incluye

Conclusión: El Informe Psicológico Incluye

Cómo Redactar el Informe

La Psicodinamia

Psicogénesis

Consecuencias

Indicadores de cada Área

Funcionamiento Intelectual

Indicadores Intelectuales a través de diferentes instrumentos y técnica

Entrevista

Autobiografía

Test Guestáltico Visomotor de L. Bender

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS)

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach

Test de Apercepción Temática

Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover

Característica del Pensamiento y del Contacto con la Realidad o

Prueba de Realidad

Indicadores del pensamiento y Prueba de Realidad a través de los diferentes Instrumentos

Área Percepto Motora o de Daño Orgánico Cerebral

Indicadores de Alteraciones Percepto motoras a través de los diferentes instrumentos

Área Afectiva o Emocional

Tono Afectivo

Forma de Demandar y Expresar Afecto

Características del Control de Impulsos

Indicadores de Relaciones Interpersonales

Autoconcepto

Capacidad de Insight y sus Características

Mecanismos de Defensa

Indicadores de Mecanismos de Defensa

Áreas Libres de Conflicto

Impresión Diagnóstica

Pronóstico

Tratamiento

Revisión de algunos Indicadores para Diagnóstico, pronóstico
y Tratamiento

A) Trastornos de la Personalidad Leve

B) Trastornos de la Personalidad Moderado a Grave

C) Neurosis

D) Trastornos Psicofisiológicos

E) Trastornos de Conversión

F) Trastornos por Somatización y Dolor Somatoforme

Clasificación de los Trastornos Psicósomáticos

Dos Clasificaciones o Nosologías

DSM IV

CIE-10

Conclusiones

INTRODUCCIÓN

La evaluación psicológica y la elaboración del informe psicológico son herramientas esenciales del ejercicio profesional del psicólogo. Para intervenir terapéuticamente, es necesario contar con un conocimiento profundo y estructurado de la personalidad del individuo, observar los factores que influyen en su conducta, pensamientos y emociones. Este manual se propone como una herramienta formativa que guía a aquellos que se están adentrando al mundo de la Psicología en el proceso de recopilación, organización, análisis e integración de la información necesaria para realizar un informe psicológico adecuado, funcional y ético.

CÓMO REDACTAR EL INFORME PSICOLÓGICO

Es una tarea fundamental dentro del ejercicio profesional del psicólogo, porque le permite comunicar claramente y con ética, los resultados de la evaluación. Es indispensable utilizar un lenguaje bien definido, específico y concreto.

El informe debe ser claro, breve, evitar las siglas, abreviaturas y tecnicismos innecesarios. Debe ser comprensible, directo y preciso, especificando siempre quién proporciona la información y a quién se refiere, sin usar un lenguaje rebuscado. Es importante eliminar frases decorativas, expresiones exageradas, evitar juicios de valor, calificativos subjetivos, superlativos o afirmaciones categóricas que no puedan comprobarse.

La información debe organizarse coherentemente, agrupando los datos de aspecto del examinado, como antecedentes, desarrollo temprano, historia clínica o eventos significativos. Es decir redactar el informe desde una perspectiva positiva, enfatizando las capacidades y recursos del examinado, más que sus limitaciones.

Para redactar adecuadamente el informe psicológico, es necesario considerar elementos teóricos esenciales.

La psicodinamia explica la conducta y los síntomas desde una perspectiva inconsciente, considerando motivaciones, impulsos y conflictos internos, lo cual

requiere un sólido conocimiento del marco psicoanalítico, especialmente para interpretar las pruebas proyectivas.

La psicogénesis aborda el análisis del origen de los síntomas, unificando la información de las entrevistas, pruebas psicológicas, factores genéticos, somáticos y experiencias tempranas que influyen en la conducta actual.

Las consecuencias, Son las posibles repercusiones futuras de la conducta si no se brinda una intervención adecuada.

Este manual destaca que el psicólogo debe ser formado en técnicas e instrumentos psicológicos, se recomienda la supervisión profesional, que permite reducir sesgos personales y mejorar la calidad del reporte.

INDICADORES DEL ÁREA DE FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

El área de funcionamiento intelectual constituye un componente esencial dentro del informe psicológico, porque aporta información esencial para entender la psicodinamia, la psicogénesis y el cuadro sintomatológico del examinado. Para realizar una evaluación se usan pruebas psicológicas específicamente diseñadas, para obtener datos confiables que contribuyen al diagnóstico y al pronóstico clínico.

La evaluación del C.I debe realizarse desde dos perspectivas que se complementan: a través de la **cuantitativa** se determina el nivel de capacidad intelectual del paciente. **La cualitativa** puede ubicarse en rangos como normal, superior o inferior. Aquí se analiza la forma que el examinado utiliza su inteligencia en su vida diaria, y ante situaciones conflictivas, se observa a la persona si es capaz de reflexionar y resolver problemas o si su desempeño es afectado por dificultad para adaptarse o por factores emocionales. Cabe aclarar que este nivel no siempre refleja el uso efectivo de los recursos intelectuales, ya que una persona puede contar con una dotación intelectual adecuada o incluso sobresaliente pero presentar un rendimiento por debajo de sus capacidades.

En la evaluación del adulto, se espera una inteligencia de tipo **teórico-práctica**, caracterizada por la capacidad de pensar antes de actuar. El análisis de estos indicadores permite comprender el rendimiento del examinado y su relación con la personalidad, la psicodinamia y el estilo de afrontamiento ante los conflictos.

Cuando el rendimiento intelectual se encuentra por debajo de lo esperado, es fundamental determinar su origen, diferenciando entre *causas orgánicas* (como retraso mental, demencia, consumo de sustancias o daño neurológico) y *causas emocionales* (como neurosis, psicosis o trastornos de la personalidad). Esta distinción es clave para establecer un diagnóstico adecuado.

La evaluación intelectual le permite al psicólogo comprender el estilo de adaptación del examinado de esta manera puede establecer un diagnóstico y pronóstico de acuerdo con su capacidad de adaptación intelectual, dando la terapia más precisa y eficaz.

INDICADORES INTELECTUALES A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

La evaluación del funcionamiento intelectual en el informe psicológico requiere la integración de información obtenida a través de diversas técnicas e instrumentos, los cuales permiten analizar de manera amplia y profunda la capacidad intelectual, el estilo de pensamiento y la adaptación del examinado a la realidad. Estos indicadores facilitan la comprensión del rendimiento intelectual.

La *entrevista clínica* es una fuente fundamental para obtener información, de esta manera podemos explorar el nivel académico, el rendimiento escolar, los logros reales y su congruencia con la realidad. Asimismo, se observa el manejo de la situación de entrevista, la comprensión del lenguaje, la forma de expresión, el vocabulario, los intereses, la capacidad para resolver situaciones prácticas y conflictivas.

La autobiografía muestra indicadores relevantes del sujeto, como la organización cronológica de los eventos, la coherencia del discurso, el uso del lenguaje y la calidad del vocabulario, así como aspectos gráficos relacionados con la coordinación visomotora. A través de la autobiografía se puede valorar la capacidad de integración del pensamiento y la expresión intelectual.

El Test Guestáltico Visomotor de Bender proporciona información sobre la integración visomotora y posibles alteraciones en el funcionamiento cognitivo y evalúa la organización perceptual y la secuencia lógica del pensamiento a través de la reproducción de estímulos visuales.

La Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS) permite medir el rendimiento intelectual cuantitativo mediante el coeficiente intelectual, así como realizar un análisis cualitativo a partir de la comparación entre las escalas verbal y de ejecución, el desempeño en los subtests y la relación entre los puntajes obtenidos y los datos clínicos de la entrevista.

El Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) ofrece indicadores sobre la validez de las respuestas y la capacidad del examinado para comprender los reactivos. En el MMPI-2 se incorporan perfiles adicionales que permiten evaluar si las posibles invalidaciones del protocolo se deben a factores intelectuales o psicopatológicos.

El Psicodiagnóstico de Rorschach proporciona información amplia sobre la organización perceptual, la capacidad de integración de estímulos, el método de trabajo, la abstracción, la productividad, la creatividad, la memoria, los intereses, la velocidad de asociación y el nivel de aspiraciones. Con estos indicadores estimamos el nivel intelectual del sujeto, desde inteligencia superior hasta deficiente.

El Test de Apercepción Temática (TAT) evalúa la comprensión de instrucciones, la lógica y coherencia del pensamiento, el contenido de las narraciones, el tiempo de reacción, la atención, la concentración y la capacidad para elaborar historias

congruentes con los estímulos presentados. Con los elementos se determina el grado de adaptación intelectual al medio, identificando niveles adecuados, disminuidos, pobres o deficientes.

El Dibujo de la Figura Humana de Machover el nivel de sofisticación del dibujo, los detalles incluidos, la completud de la figura y la correspondencia entre la edad representada y la edad real del examinado.

Las características del pensamiento y del contacto con la realidad valoran la capacidad de juicio, lógica, objetividad y empatía del sujeto. Una inteligencia teórico-práctica se asocia a una resolución realista de los conflictos, mientras que el pensamiento mágico refleja una consideración pobre de la realidad externa.

Cuando se integra estos indicadores el psicólogo puede elaborar un informe psicológico completo, fundamentado y orientado al diagnóstico, pronóstico y como abordar la terapia.

INDICADORES DEL PENSAMIENTO, PRUEBA DE REALIDAD Y ÁREA PERCEPTO-MOTORA

La evaluación del pensamiento y del contacto con la realidad es un componente fundamental del informe psicológico, le permite analizar la forma en que el examinado percibe, organiza, interpreta a los estímulos del entorno. Estos indicadores se obtienen de diferentes instrumentos y técnicas psicológicas, lo cual facilita la identificación de un contacto adecuado o inadecuado con la realidad.

La entrevista clínica, evalúa el tipo de soluciones que propone ante los problemas y la velocidad de su pensamiento. Un pensamiento excesivamente lento, la sobreelaboración de los problemas o el uso de soluciones mágicas indican un contacto inadecuado con la realidad. Se observa también si el contenido del pensamiento se relaciona con el estímulo externo y el diálogo establecido durante la entrevista, lo cual refleja un adecuado juicio de realidad, pero si, se centra solo en sus procesos internos, sugiere dificultades en este aspecto.

El Test Guestáltico Visomotor de Bender aporta indicadores sobre el contacto con la realidad a través de la organización perceptual y la secuencia lógica en la ejecución de las figuras.

La Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) Esta escala evalúa el juicio crítico y la capacidad de razonamiento lógico mediante subtests como comprensión, semejanzas y rompecabezas. Un adecuado juicio de realidad se refleja en puntuaciones normalizadas dentro de rangos promedio, así como en la congruencia entre el pensamiento y la acción.

El Psicodiagnóstico de Rorschach proporciona indicadores relevantes sobre la forma de apercepción, la capacidad de ofrecer soluciones prácticas y la adaptación a los estímulos. Un número adecuado de respuestas populares, un alto porcentaje de respuestas de buena forma y una proporción equilibrada entre respuestas globales y de detalle reflejan un adecuado control de la realidad. Por otro lado, las respuestas contaminadas, confabuladas indican un contacto pobre con la realidad.

El Test de Apercepción Temática (TAT) evalúa el contenido y la coherencia del pensamiento a través de las narraciones elaboradas por el examinado, indica un buen contacto con la realidad, pero en relatos fantásticos, distorsiones, omisiones, perseveraciones, ideas obsesivas o delirantes reflejan un contacto inadecuado.

El área perceptomotora o de daño orgánico cerebral es una evaluación de alteraciones perceptuales, motoras y conductuales asociadas a disfunciones o daño del sistema nervioso central. Para este análisis es fundamental realizar un diagnóstico diferencial, ayuda a distinguir si las dificultades tienen un origen orgánico o emocional. Esta área esta muy unida con el funcionamiento intelectual, alteraciones en memoria, atención, concentración, pensamiento o capacidad asociativa pueden ser indicadores de daño o disfunción cerebral.

La evaluación de pensamiento, facilita un diagnóstico preciso y la elección de un tratamiento adecuado.

INDICADORES DE ALTERACIONES PERCEPTO-MOTORAS Y ÁREA AFECTIVA-EMOCIONAL

La alteraciones perceptomotoras es fundamental para identificar posibles daños orgánicos cerebrales o disfunciones del sistema nervioso central, estas pueden ser temporales o permanentes. Estos indicadores permiten realizar un diagnóstico diferencial y determinar si el origen del conflicto del paciente es orgánico o emocional, esta área esta relacionada con el funcionamiento intelectual.

El Test Guestáltico Visomotor de Bender es un instrumento principal para detectar alteraciones perceptomotoras, observándose aspectos como la distribución del espacio, rotaciones, superposición, fragmentación, perseveración, regresión y la calidad de las líneas. Estos indicadores reflejan dificultades en la organización, abstracción, atención y control motor, y pueden señalar daño orgánico o disfunción cerebral.

La entrevista clínica explorar antecedentes relevantes como el inicio del padecimiento, factores desencadenantes, nivel educativo, rendimiento escolar o laboral, antecedentes hereditarios, historia prenatal, perinatal y postnatal, traumatismos craneoencefálicos y tratamientos previos. Durante la entrevista se evalúa el **estado mental**, observando la conducta, el lenguaje, el pensamiento, el estado emocional y posibles alteraciones fisiológicas como cambios en el sueño, apetito, alteraciones de la conciencia, memoria, atención y concentración.

La autobiografía informa sobre trastornos perceptuales y motores a través de la escritura, la organización espacial, la coherencia del contenido ideacional y la cronología de los hechos. La Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS) permite detectar indicadores de deterioro cognitivo, diferencias significativas entre el C.I. verbal y de ejecución, fallas en memoria, atención, concentración, juicio y lentificación del pensamiento.

Otros instrumentos como el MMPI, el Rorschach y el TAT aportan indicadores relacionados con impulsividad, atención, percepción, control de impulsos y

capacidad de adaptación, permitiendo confirmar o descartar la presencia de alteraciones orgánicas.

El área afectiva o emocional, esta evalúa el resultado de factores innatos, aprendidos y del medio ambiente que conforman la estructura de la personalidad. Debido al carácter subjetivo de los instrumentos que exploran esta área, se requiere un alto nivel de objetividad del psicólogo para evitar la contratransferencia. La evaluación incluye el análisis del tono afectivo, la forma de demandar y expresar afecto, el control de impulsos, las relaciones interpersonales, el autoconcepto y la capacidad de insight.

El tono afectivo se refiere al estado emocional predominante del sujeto y se evalúa principalmente a través de la entrevista y pruebas proyectivas, se observa ansiedad, tristeza, agresividad, labilidad o ambivalencia emocional. La forma de demandar y expresar afecto analiza cómo el individuo busca atención y cariño, así como la manera en que expresa emociones positivas o negativas, lo cual se observa mediante la entrevista, el Rorschach, el TAT, el MMPI y pruebas gráficas.

Control de impulsos determina si el sujeto presenta un control adecuado, rígido o insuficiente, observando conductas impulsivas, explosivas o excesivamente inhibidas a través de diversos instrumentos. Las relaciones interpersonales evalúan el grado de involucramiento emocional.

El autoconcepto se refiere a la percepción y valoración que el individuo tiene de sí mismo. Un autoconcepto inadecuado afecta diversas áreas de la vida y se manifiesta en el comportamiento, el rendimiento y las relaciones. La capacidad de insight evalúa la habilidad del sujeto para reconocerse como participante de sus conflictos, atribuir significado a sus experiencias y responsabilizarse de su conducta, diferenciando entre insight auténtico, intelectual o ausente.

La integración de estos indicadores le permite al psicólogo elaborar un informe psicológico completo, objetivo y fundamentado, para dar un diagnóstico preciso, un pronóstico adecuado y un abordaje terapéutico eficaz.

Mecanismos de Defensa:

Los mecanismos de defensa son aquellos procesos inconscientes que utiliza la persona para protegerse de la ansiedad, el conflicto interno y emociones que resultan difíciles de manejar. Surgen para defenderse de sí mismo, de impulsos, deseos o vivencias internas que le generan malestar.

Desde la **primera entrevista clínica**, el psicólogo debe observar:

- Cómo se defiende el paciente
- De qué se defiende
- Qué conflictos internos intenta evitar

Estos mecanismos forman parte de la psicodinámica del sujeto, es decir, de cómo se mueve y organiza su mundo interno.

Relación con el diagnóstico:

Los mecanismos de defensa están ligados al diagnóstico clínico. Cada estructura de personalidad tiende a utilizar defensas específicas. Por ejemplo:

- **En la personalidad paranoide**, predomina la proyección, donde el sujeto atribuye a otros sus propios pensamientos o impulsos inaceptables.

Por eso, la importancia de identificar los mecanismos defensivos ayuda a comprender la estructura de personalidad y el funcionamiento psíquico del paciente.

La defensa más adaptativa:

La sublimación es considerada la única defensa verdaderamente exitosa, ya que:

- Permite *canalizar sus impulsos* hacia actividades socialmente aceptadas
- Libera la *energía libidinal*
- Reduce la tensión interna

- No genera patología

Gracias a la sublimación, el conflicto no se niega ni se distorsiona, sino que se transforma de manera saludable. Los mecanismos de defensa no son patológicos; es decir se vuelven problemáticos cuando son rígidos, predominantes o impiden el contacto con la realidad. Este análisis es fundamental para lograr una evaluación clínica integral y comprender el funcionamiento psicológico profundo del paciente.

INDICADORES DE MECANISMOS DE DEFENSA: REPRESIÓN

La represión es un mecanismo defensivo inconsciente mediante el cual el sujeto excluye de la conciencia impulsos o hechos intensos para reducir la ansiedad. Aunque el contenido se “olvide”, la energía psíquica permanece activa, influyendo en la conducta.

Indicadores en instrumentos psicológicos

Rorschach

- Tiempo de reacción prolongado (≥ 30 s)
- Bajo número de respuestas ($R < 20$)
- Disminución de respuestas globales ($W < 20\%$)
- Bajo Dd ($< 5\%$)
- Predominio de forma (F 90–100%)
- Escasas respuestas de movimiento humano ($M+ = 0-1$)
- Poca o nula respuesta al color (sumatoria C = 0 o CF)
- Shock al color
- Evita el rojo
- Interpretaciones superficiales o fantásticas en láminas cromáticas
- Respuestas de perspectiva

Bender

- Reducción progresiva del tamaño de las figuras

HTP

- Figuras humanas con líneas diluidas
- Presencia de cuello y dientes

TAT

- Personajes animales u objetos
- Uso de máscaras, disfraces o partes del cuerpo
- Dificultad para elaborar historias basadas en lo evidente

La represión se manifiesta como control excesivo, evitación del afecto y empobrecimiento expresivo, observables de manera consistente en pruebas proyectivas.

INDICADORES DEL MECANISMO DE DEFENSA: REGRESIÓN

La regresión es un mecanismo defensivo mediante el cual el individuo, ante frustraciones constantes o ansiedad, retorna de forma inconsciente a conductas, actitudes o modos de funcionamiento propios de etapas más tempranas del desarrollo, percibiéndolas como más seguras o placenteras.

Indicadores en instrumentos psicológicos

Bender

- Fragmentación de las figuras
- Regresivos
- Sustitución de puntos por círculos (Figura 1)
- Reduce puntos o partes de la figura (Figura 3)
- Figura 4 fragmentada

Rorschach

- Elevación de respuestas globales ($W > 30\%$)

- Disminución de la calidad formal ($F+ \leq 70\%$)
- Respuestas orales (comida, bebida, bocas, pechos)
- Respuestas anales (excremento, anos)
- Respuestas sádicas (violencia, mutilaciones)
- Contenidos sexuales infantiles u homosexuales

HTP

- Figuras infantiles o poco diferenciadas sexualmente
- Cabeza grande, énfasis en boca y cuello
- Desorganización, borraduras excesivas
- Brazos extendidos sin manos o dedos
- Piernas flotantes, botones al centro del cuerpo

TAT

- Personajes centrales más jóvenes que el evaluado
- Historias centradas en la infancia como etapa feliz y protegida
- Personajes adultos que añoran su niñez

La regresión se expresa como una búsqueda inconsciente de protección y dependencia, observable a través de contenidos infantiles, desorganización gráfica y temáticas primarias en las pruebas proyectivas.

Aislamiento (mecanismo de defensa)

El aislamiento es un mecanismo mediante el cual la persona separa las emociones del pensamiento, hablando o percibiendo las situaciones sin afecto, de manera fría, distante o impersonal, para evitar el malestar emocional.

Cómo **se** **observa:**

Se manifiesta en contenidos fríos e inanimados, relaciones humanas distantes o ausentes y personajes aislados o despersonalizados, lo que indica una vivencia introversiva y un control emocional excesivo para evitar angustia.

Intelectualización (mecanismo de defensa)

La intelectualización es un mecanismo mediante el cual la persona evita sentir, transformando la experiencia emocional en explicaciones racionales, teóricas o abstractas, usando el pensamiento como forma de control es decir piensa mucho para no sentir.

Formación Reactiva

Es un mecanismo de defensa donde la persona actúa lo opuesto a lo que realmente siente o desea. Muestra exceso amabilidad para ocultar hostilidad. osea hacer lo contrario de lo que siente para no enfrentarlo.

Pasividad (como expresión defensiva)

La persona **inhibe la acción y la iniciativa**, se muestra dependiente o inmóvil para evitar conflicto, responsabilidad o angustia.

Diferencia esencial

- Formación reactiva: exagera la conducta contraria.
- Pasividad: frena la conducta y se paraliza.

Contra la agresividad (inhibición de la agresión)

Es un mecanismo de defensa donde la persona quiere controlar y reprimir o negar su agresividad, mostrando una apariencia excesivamente controlada o transformando lo agresivo en algo inofensivo.

Anulación: es un mecanismo de defensa donde la persona “cancela” mentalmente algo que le genera culpa, miedo o angustia, transformándolo en su opuesto para disminuir el malestar.

Proyección: es un mecanismo de defensa donde la persona atribuye a otros pensamientos, emociones o impulsos propios que no acepta en sí misma. *Eso no soy yo, es el otro.*

Desplazamiento: es un mecanismo de defensa donde la persona dirige una emoción intensa, hacia un objeto, persona o situación menos amenazante, porque no puede expresarla hacia su verdadero origen.

Negación: es un mecanismo de defensa en el que la persona no reconoce una realidad dolorosa o amenazante, transformándola en algo más aceptable, positivo o inocuo. *“Eso no está pasando” o “no es tan grave”.*

Se manifiesta:

- Ignorando, minimizando o **distorsionando** lo evidente.
- Conviertiendo en conflictivo algo agradable, tranquilo o idealizado.
- Sustituyendo culpa, agresión o tristeza por imágenes de paz, felicidad o esperanza.

Áreas libres de conflicto: Se identifican los recursos, fortalezas y capacidades del paciente. Permitiendo valorar su fortaleza yoica, su actitud ante los problemas, el compromiso con el cambio y la orientación a soluciones, elementos clave para el pronóstico y la planeación terapéutica.

Impresión Diagnóstica: Integra todos los hallazgos de la evaluación y los ubica dentro de una clasificación diagnóstica formal (DSM o CIE), diferenciando síntomas y signos de los criterios diagnósticos, con el fin de lograr un diagnóstico objetivo, claro y compartible entre profesionales, que guíen el tratamiento.

Pronóstico: Es una proyección a futuro basada en la evaluación y el diagnóstico, sobre la evolución del paciente y su comportamiento durante y después del tratamiento. Puede ser favorable cuando el paciente tiene la capacidad y habilidades que le permiten lograr una buena relación en su entorno, o desfavorable,

si el paciente no cuenta con lo que se menciono anteriormente el paciente se muestra refractario al tratamiento.

Tratamiento: Se recomienda el tipo de intervención y los objetivos terapéuticos más adecuados, considerando las necesidades del paciente y las exigencias del entorno, con base en el diagnóstico y el pronóstico establecidos.

REVISIÓN DE ALGUNOS INDICADORES PARA DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

Depresión: La depresión (neurótica o psicótica) se caracteriza por un discurso centrado en la soledad y la pérdida (real o imaginaria), especialmente de lazos afectivos significativos. Es clave diferenciar tristeza normal de depresión, ya que la presencia de vínculos afectivos activos suele descartar un cuadro depresivo..

En la relación clínica, el paciente depresivo batalla para vincularse con el entrevistador y tiende a temas relacionados con la muerte, como pérdida del objeto. La expresión de esperanza en el objeto se asocia a mejor pronóstico, mientras que la soledad real indica pronóstico desfavorable.

La depresión patológica no está justificada por la realidad actual y suele incluir agresividad dirigida al objeto perdido, lo que incrementa el aislamiento interpersonal.

El tratamiento: se enfoca en la elaboración del duelo y en ayudar al paciente a reconocer y aceptar la agresividad vinculada a la pérdida.

Psicosomatización: se manifiesta principalmente a través de la queja corporal, con distintos niveles de elaboración psíquica que influyen directamente en el pronóstico y el abordaje terapéutico. Cuando el paciente relaciona sus síntomas con experiencias infantiles, se facilita el trabajo clínico y el pronóstico es favorable. Por lo contrario, quienes sólo describen la queja somática actual de forma médica y descriptiva, sin elaboración simbólica ni iniciativa, muestran un perfil regresivo y de mal pronóstico.

Los que narran ampliamente sus padecimientos permiten un abordaje terapéutico desde la narrativa, mientras que la ausencia de actividad imaginativa, el intercambio rígido de pregunta-respuesta, la falta de aportes relevantes indican limitadas posibilidades de simbolización y peor pronóstico.

Es fundamental estructurar la demanda del paciente, en el tratamiento distinguiendo entre el deseo de cura física y la pregunta por el sentido de la enfermedad. El terapeuta debe evitar presionar la emergencia de afectos para no generar sobrecarga emocional y no suplir las representaciones faltantes, para que el paciente recupere gradualmente el control y la elaboración psíquica de su experiencia corporal.

Psicosis: se caracteriza por una forma de comunicación no funcional y altamente idiosincrática, en la que el paciente parece haber creado un estilo propio de relación con el mundo. El psicólogo debe aprender y respetar ese estilo, ya que es la única vía de acceso a su discurso. Es común que el paciente haga preguntas sin escuchar las respuestas y que, al devolverle la pregunta, él mismo la responda.

Este patrón responde a la ambivalencia central de la psicosis: un intenso deseo de vínculo coexistiendo con un temor igualmente intenso a la cercanía. Por ello, el lenguaje puede resultar oscuro o fragmentado, funcionando como un compromiso entre ambos polos. En la relación terapéutica, el paciente tiende a repetir experiencias relacionales tempranas, recreando dinámicas vividas en su historia.

El trabajo del psicólogo es no dejarse invadir por la fuerza destructiva del cuadro, tiene que mantenerse en una posición contenida que favorezca la integración de los elementos disociados o reprimidos en el yo del paciente.

El Delirio: tiende a aislar al paciente de la realidad compartida y suele requerir tratamiento farmacológico con neurolépticos, indicados por el psiquiatra. Estos fármacos, aunque necesarios, pueden lentificar el funcionamiento general, afectando el rendimiento cognitivo y conductual. En la entrevista clínica, es

fundamental escuchar al paciente para reconocerlo como sujeto y sostener su dignidad humana.

En el abordaje terapéutico, se busca reintroducir al paciente en una relación dual, primer paso para restablecer el lazo con el otro. Posteriormente, trabajar en reconocer y comprender sus necesidades psíquicas. El delirio cumple una función: reconstruir el mundo según las exigencias internas del sujeto.

Para acceder a ese mundo delirante, el terapeuta debe escuchar el delirio sin aprobarlo ni confrontarlo, para permitir el vínculo sin reforzar la creencia, para facilitar el proceso terapéutico.

La Paranoia: pura es poco frecuente; con mayor frecuencia se observa el delirio esquizofrénico de tipo paranoide. Su rasgo central es la desconfianza constante, acompañada de duda, ideas de persecución y una actitud crítica y vigilante hacia los demás. Cuando el paciente paranoico llega a consulta, suele hacerlo con un objetivo preciso, pero no lo explicita.

El paranoico evita hablar de sí mismo y coloca a un tercero en escena, quien termina siendo vivido como el “malo”, generando resentimiento y deseos de venganza. En su experiencia subjetiva, los otros siempre son culpables, mientras él se percibe como víctima. Todo se desarrolla principalmente en el plano imaginario, por lo que cualquier intervención puede ser interpretada como un ataque.

El terapeuta debe detectar tempranamente los rasgos paranoicos y evitar exigir información complementaria, ya que esto refuerza el núcleo patológico. Una actitud empática y contenida permite una escucha más serena, cuidando siempre de no posicionarse como cómplice ni confrontar o validar el delirio.

A)Trastorno Antisocial de la Personalidad nivel leve:

El trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por un estilo impulsivo, dominante y orientado al poder. En la conducta, la persona puede parecer valiente pero resulta insensible, dura y poco empática. En lo interpersonal, adopta

actitudes oposicionistas, tiende a despreciar, intimidar o degradar a los demás y no muestra compasión social.

A nivel cognitivo es egocéntrica, individualista y evalúa la realidad según sus propias necesidades. En el plano afectivo predomina la hostilidad, el humor lábil y una disposición malévola.

El mecanismo de afrontamiento más frecuente es el acting out, mediante el cual expresa impulsivamente pensamientos y emociones de forma socialmente ofensiva, buscando descargar la tensión interna a través de conductas y confrontaciones.

Trastorno de la Personalidad Narcisista:

El trastorno de la personalidad narcisista es caracterizado por un estilo arrogante y grandioso, con desprecio por los derechos de los demás. En el plano interpersonal, la persona asume que los otros están para servirle o admirarle.

A nivel cognitivo es expansiva, tiende a exagerar la verdad o mentir para sostener una imagen idealizada de sí misma. En lo afectivo puede mostrarse fría e indiferente o, por momentos, exuberante, manteniendo una aparente imperturbabilidad que se va a tierra cuando su autoestima es cuestionada. Se autopercibe superior, seguro y excepcional. Su mecanismo de defensa predominante es la razón, mediante la cual justifica o distorsiona la realidad para ocultar fracasos, o conductas socialmente inaceptables, preservando su autoimagen.

Trastorno de la Personalidad Histriónica:

El trastorno de la personalidad histriónica se caracteriza por un estilo exagerado, con hiperreacciones emocionales, y una constante búsqueda de excitación.

En el ámbito interpersonal, la persona suele ser coqueta y seductora, demanda halagos y atención, y puede manipular a otros para mantenerse en el

centro de interés. A nivel cognitivo presenta un pensamiento difuso o vacilante, con poca introspección y juicio limitado.

En lo afectivo, muestra emociones intensas pero inestables, con una facilidad para entusiasmarse y también para aburrirse. Su autopercepción oscila entre verse sociable, activa y hedonista, con fuerte necesidad de aprobación externa.

El mecanismo de defensa predominante es la disociación, mediante la cual separa su identidad real de la pública, ajusta su conducta para proyectar una imagen socialmente aceptada y atractiva.

Trastorno de la Personalidad por Dependencia

El trastorno de la personalidad dependiente se caracteriza por una necesidad intensa de aprobación, apoyo y afecto, buscando en los demás el refuerzo que no encuentran en sí mismos. Modifican su estilo de vida para conservar la armonía en sus relaciones son sensibles a la crítica.

Muestran baja autoestima, tienden a desvalorizarse y basan su autovaloración en las opiniones y conductas de otros. Su mayor temor es el abandono y la soledad, lo que los lleva a someterse a las demandas ajenas para mantener el vínculo.

El mecanismo de defensa que predomina es la introyección, mediante la cual internalizan a las personas significativas, desarrollando una devoción extrema con la esperanza de lograr una unión estable.

Trastorno de la Personalidad Pasiva-Agresiva

El trastorno de la personalidad pasiva-agresiva se caracteriza por la conducta oposicionista, tiene actitudes tercas, ineficientes y desmoralizadoras, expresa el conflicto sin confrontación abierta.

En el plano interpersonal, la persona se muestra ambivalente, poco cooperadora, oscilando entre la dependencia y la independencia. A nivel cognitivo presenta inconsistencia y contradicción interna, con pensamientos opuestos.

Predominan la irritabilidad, impaciencia, negativismo y susceptibilidad. Su autopercepción es la de alguien maltratado, insatisfecho y pesimista.

El mecanismo de defensa principal es el desplazamiento, mediante el cual transfiere emociones hostiles, expresándolas de forma pasiva, como incompetencia aparente, confusión, autosacrificio o falso altruismo.

Trastorno de la Personalidad Compulsiva:

El trastorno de la personalidad compulsiva se caracteriza por un estilo disciplinado y perfeccionista, con una vida muy estructurada, repetitiva y guiada por normas y reglas estrictas.

En el ámbito interpersonal se muestran formales, educados y leales, oscilando entre conductas congradadoras y, en ocasiones, rígidas o poco flexibles. A nivel cognitivo presentan un pensamiento dogmático y poco creativo, con escasa tolerancia a la ambigüedad, lo que genera frustración.

En lo afectivo predominan la seriedad, la tensión y el control emocional, se perciben como personas íntegras, responsables, confiables y eficientes.

El mecanismo de defensa principal es la formación reactiva, mediante la cual reprimen impulsos inaceptables y adoptan actitudes opuestas, lo que les permite mantener el control, la aceptación social y la estabilidad psicológica.

Trastorno de la Personalidad por Evitación:

El trastorno de la personalidad por evitación se caracteriza por un estilo cauteloso e hipervigilante, con temor constante a la crítica, el rechazo y la

amenaza interpersonal. Perciben las relaciones como aversivas, por lo que las enfrentan mediante el alejamiento y la distancia social.

En el plano cognitivo se muestran distraídos o perplejos, con una preocupación excesiva por la evaluación del entorno. A nivel afectivo predomina la ansiedad, acompañadas de una autopercepción de rechazo, invisibilidad y aislamiento.

El mecanismo de defensa principal es la fantasía, que les permite satisfacer necesidades emocionales y descargar afectos en un espacio interno seguro.

Trastorno de la Personalidad Esquizoide

El trastorno de la personalidad esquizoide se caracteriza por apatía, inercia y bajo nivel de vitalidad. En el plano interpersonal, estas personas son reservadas o ausentes.

A nivel cognitivo presentan empobrecimiento y aridez del pensamiento, y en lo afectivo muestran aplanamiento emocional y frialdad. Su autopercepción es de personas pasivas, con poca energía y limitada conciencia de sí mismas.

El mecanismo de defensa predominante es la intelectualización, mediante la cual analizan sus experiencias emocionales y racionales, minimizando el afecto. Esto les permite evitar el involucramiento emocional y social, considerando las expresiones afectivas como inmaduras.

B) Trastorno de la Personalidad Esquizotípica (Moderado a Grave)

El trastorno de la personalidad esquizotípica representa una forma más grave y deteriorada de los trastornos esquizoide y evitativo, con mayor desconexión de la realidad. Se caracteriza por conductas excéntricas, extrañas y erráticas, con marcada tendencia al aislamiento social y una vinculación interpersonal mínima.

En el plano cognitivo predomina un pensamiento autístico y rumiador, en los casos severos se vuelven desorganizados y poco lógicos. A nivel afectivo

existe empobrecimiento y disarmonía emocional, con expresiones que van desde la apatía y frialdad hasta estados de agitación, aprensión o comportamiento frenético.

La autopercepción suele ser de desamparo, vacío y falta de sentido vital, presentándose experiencias de extrañeza, despersonalización y disociación.

El mecanismo de defensa predominante es la anulación, mediante la cual el individuo intenta “purificarse” o compensar impulsos o conductas vividas como negativas; en formas graves, esta defensa puede manifestarse en rituales o actos mágicos destinados a aliviar la ansiedad interna.

Tipos de Esquizofrenia

- **Catatónico:** Predomina la alteración motora; el paciente puede permanecer en estupor e inmovilidad o presentar agitación intensa.
- **Paranoide:** Se caracteriza por delirios de persecución, grandeza o referencia, frecuentemente acompañados de alucinaciones.
- **Latente:** Existen rasgos esquizofrénicos, pero sin episodios psicóticos evidentes.
- **Hebefrénica:** Presenta afecto inapropiado o superficial, conducta desorganizada y regresiva y delirios poco estructurados.
- **Residual:** Hubo un episodio psicótico previo, pero en la actualidad no hay síntomas psicóticos intensos, persistiendo rasgos deficitarios.
- **Esquizaafectivo:** Combina síntomas de esquizofrenia con alteraciones afectivas (depresivas o maníacas).
- **Infantil:** Los síntomas aparecen en la niñez, antes de la pubertad, afectando el desarrollo.
- **Crónico indiferenciado:** Presenta síntomas esquizofrénicos persistentes que no encajan claramente en otros subtipos, con alteraciones globales del pensamiento, afecto y conducta.

Trastorno de la Personalidad Límite (Borderline)

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por una conducta impulsiva, inestable y caótica, con crisis emocionales inesperadas que vuelven al paciente impredecible. Presenta ansiedad elevada, alteraciones del sueño y dificultad para regular sus impulsos, lo que puede llevar a conductas excesivas en distintas áreas de su vida.

En el plano interpersonal, muestran relaciones intensas e inestables: suelen generar rechazo, reforzando un miedo profundo al abandono, que es un eje central del trastorno.

A nivel cognitivo, el pensamiento es cambiante y contradictorio, tiene dificultad para organizar percepciones y experiencias, lo que genera confusión tanto en el paciente como en su entorno.

En el ámbito afectivo, domina una labilidad emocional marcada, con cambios rápidos e intensos del estado de ánimo. La autopercepción es inestable: no tienen claridad sobre quiénes son y cuentan con una identidad frágil.

El mecanismo de defensa principal es la regresión, mediante la cual, ante el estrés, la persona vuelve a formas de funcionamiento más inmaduras para disminuir la angustia.

Trastorno de la Personalidad Paranoide:

El trastorno de la personalidad paranoide se caracteriza por un estado permanente de alerta y desconfianza. Rechaza la dependencia porque la asocia con debilidad y falta de control.

En el plano interpersonal, se muestra provocador, pendenciero e hipersensible, tiende a poner a prueba la lealtad de los demás y a buscar intenciones ocultas, lo que genera conflictos y rechazo en sus relaciones.

A nivel cognitivo, predomina la suspiscacia extrema, el escepticismo y el pensamiento conspirativo; la desconfianza invade la percepcion, recuerdos, dando lugar a ideas delirantes.

En el ámbito afectivo, su expresión emocional va de lo hosco a lo irritable, con dificultad para tolerar la crítica. La autopercepción es rígida: mantiene su autoestima culpando a los demás, viéndose como fuerte, y tratado injustamente.

El mecanismo de defensa principal es la proyección, mediante la cual atribuye a otros los impulsos, deseos o intenciones hostiles que no puede reconocer en sí mismo.

C)Neurosis:

La neurosis se caracteriza por la presencia de ansiedad, que se manifestarse de forma abierta o encubierta y suele acompañarse de otros síntomas conductuales. Surge de un conflicto intrapsíquico entre el yo y el ello, donde el yo inhibe la descarga de los impulsos, generando tensión y malestar.

Este conflicto se presenta en grados variables en cada persona. A diferencia de la psicosis, en la neurosis existe conservación del contacto con la realidad y un menor deterioro de la personalidad.

Aunque el individuo puede negar o evitar aspectos dolorosos, mantiene la capacidad de adaptarse a las demandas del entorno.

Causas del Conflicto Neurótico:

El conflicto neurótico tiene su origen principal en carencias afectivas tempranas, especialmente en la infancia, etapa clave para experimentar el amor auténtico y la sensación de ser querido.

Entre los factores causales más relevantes se encuentra:

- La falta de afecto y cariño genuino en la niñez, lo que debilita la seguridad emocional y la autoestima.
- Las experiencias de hostilidad, como rechazo, incumplimiento de promesas, negligencia afectiva, ridiculización o actitudes que dañan la voluntad y la estima personal.
- Los celos y rivalidad, tanto en el contexto fraterno como en las dinámicas del complejo de Edipo, que generan conflictos emocionales no resueltos.

Estos elementos contribuyen a la formación de ansiedad interna y conflictos intrapsíquicos, base del desarrollo de la neurosis.

Clasificación de las Neurosis

- **Neurosis de Ansiedad:** Ansiedad intensa y desproporcionada, a veces con pánico y síntomas físicos, aparece sin una causa real.
- **Neurosis Histérica:** Conflictos emocionales que se expresan en síntomas físicos o alteraciones de la conciencia, fácilmente influenciados por la sugestión (conversión o disociación).
- **Neurosis Fóbicas:** Miedo intenso e irracional a objetos o situaciones específicas, reconocido como exagerado, pero acompañado de fuertes reacciones físicas.
- **Neurosis Obsesiva-Compulsiva:** Presencia de pensamientos repetitivos y conductas rituales que no pueden controlar y que generan ansiedad.
- **Neurosis Depresiva:** Estado depresivo exagerado ante conflictos internos o pérdidas afectivas significativas.
- **Neurosis Neurasténica:** Sensación persistente de cansancio, debilidad y agotamiento sin causa médica aparente ni beneficio secundario.

- **Neurosis de Despersonalización:** Sensación de extrañeza o irrealidad respecto a uno mismo, al cuerpo o al entorno, sin pérdida del contacto con la realidad.
- **Neurosis Hipocondríaca:** Preocupación excesiva por la salud y temor constante a padecer enfermedades graves, interpretando de forma exagerada las sensaciones corporales.

D)Trastornos Psicofisiológicos

Los trastornos psicofisiológicos surgen de la interacción inseparable entre mente y cuerpo, aunque en la práctica clínica suele ser difícil evaluarlos de manera conjunta. Se consideran expresiones corporales simbólicas de conflictos emocionales, con frecuencia se originan cuando el niño aún no cuenta con recursos cognitivos y verbales suficientes para expresar sus emociones. Por ello, los afectos se manifiestan a través de síntomas físicos. Con el desarrollo, aprende a identificar y nombrar sus estados emocionales a través de la influencia familiar, cultural y lingüística, proceso que condiciona la forma en que estos conflictos se expresan a lo largo de la vida.

Trastornos de Conversión:

Los trastornos de conversión ocurren cuando un conflicto emocional se expresa a través de síntomas físicos, sin explicación médica. El malestar psicológico se “convierte” en síntomas corporales que afectan un órgano o función específica, que es llamado órgano de choque, y pueden ser sensoriales, motores o viscerales.

- **Trastornos Sensoriales:** alteraciones de la sensibilidad (dolor, tacto), visión o audición, como anestias, hiperalgias, ceguera o sordera funcional.
- **Trastornos Motores:** problemas en el movimiento, como parálisis, temblores, rigidez o posturas anormales.
- **Trastornos Viscerales:** síntomas en diferentes partes del cuerpo, como afonía, vómitos o tics.

F)Trastornos por Somatización y Dolor Somatoforme:

Estos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos o dolor persistente sin una causa médica, vinculados a factores psicológicos.

- Trastorno por somatización: presenta múltiples quejas corporales recurrentes (dolor abdominal, cefaleas, alteraciones menstruales, embarazo psicológico), con varios síntomas a lo largo del tiempo.
- Dolor somatoforme: dolor intenso y real para el paciente, con duración mínima de 6 meses, sin base orgánica demostrable; en niños es frecuente el dolor abdominal y en adolescentes y adultos, cefalea o dolor en las extremidades.
- Diferencia con el trastorno de conversión:
 - Conversión → curso episódico, pocos síntomas, focalizados.
 - Somatización → curso crónico y recurrente, múltiples síntomas.

Ambos pueden coexistir en una misma persona y reflejar conflictos emocionales no elaborados.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Los trastornos psicosomáticos son manifestaciones físicas originadas o agravadas por factores emocionales, afectando distintos sistemas del cuerpo:

- **Cutáneo:** Alteraciones de la piel como manchas, o erupciones.
- **Músculo Esqueléticos:** Dolores de espalda, huesos o músculos sin causa orgánica clara.
- **Respiratorias:** Hipo persistente, espasmo bronquial, respiración suspirante, asma o hiperventilación.
- **Cardiovascular:** Hipertensión, migraña, taquicardia y espasmos vasculares.
- **Reacción Hémica y linfática:** Alteraciones del sistema sanguíneo y linfático asociadas a factores emocionales.

- **Reacción Gastrointestinal:** Úlcera péptica, gastritis crónica, colitis ulcerativa, estreñimiento, hiperacidez y colon irritable.
- **Reacción Genitourinaria:** Trastornos menstruales, embarazo psicológico, impotencia, rigidez, enuresis y problemas urinarios funcionales.
- **Reacción Endócrina:** Alteraciones en la función de las glándulas sin base orgánica.
- **Reacción en Órganos de sentido especial:** emociones que afectan la visión, audición u otros sentidos.

Estos reflejan cómo los conflictos emocionales pueden expresarse directamente a través del cuerpo.

DOS CLASIFICACIONES O NOSOLOGÍAS:

En **DSM-IV y CIE-10** En México, el diagnóstico formal en salud mental se apoya principalmente en dos sistemas de clasificación: el DSM-IV y el CIE-10. Ambos permiten un lenguaje común entre profesionales y aseguran diagnósticos comparables y objetivos.

DSM-IV

Es una clasificación desarrollada en Estados Unidos y ampliamente aceptada a nivel internacional. Su objetivo principal es identificar y clasificar los trastornos mentales a partir de criterios diagnósticos claros y estandarizados. Características del DSM

- No incluye explicaciones psicodinámicas, causas sociales ni tratamiento.
- Distingue entre trastornos clínicos y variaciones normales del comportamiento (ej. el duelo normal no es un trastorno).
- Utiliza criterios DE INCLUSIÓN (síntomas que deben estar presentes) y criterios DE EXCLUSIÓN (condiciones que descartan el diagnóstico).
- Permite diagnósticos más confiables y comparables, lo que facilitó la investigación en psiquiatría.

Evaluación multiaxial del DSM-IV

El DSM-IV evalúa al paciente en **cinco ejes**, lo que permite una visión integral:

- **Eje I:** Trastornos clínicos y otros problemas que requieren atención.
- **Eje II:** Trastornos de la personalidad y del desarrollo.
- **Eje III:** Enfermedades médicas o somáticas relevantes.
- **Eje IV:** Factores psicosociales y ambientales estresantes.
- **Eje V:** Máximo nivel de funcionamiento adaptativo global en el último año.

CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)

Es elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se utiliza a nivel mundial. Incluye todas las enfermedades, tanto físicas como mentales, y proporciona códigos diagnósticos oficiales para fines clínicos, estadísticos y administrativos.

- Su sección de trastornos mentales es compatible con el DSM.
- Es el sistema oficial en muchos países, incluido México.
- Facilita la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas y países.
- **DSM-IV:** más detallado en salud mental, con evaluación multiaxial.
- **CIE-10:** más amplio, incluye todas las enfermedades.
- Ambos buscan diagnósticos objetivos, claros y comparables, fundamentales para el tratamiento y el pronóstico clínico.

EJE V Máximo nivel de adaptación el Eje V, evalúa el mejor nivel de funcionamiento global que ha tenido la persona durante el último año, considerando sus relaciones sociales, desempeño laboral y uso del tiempo libre. Refleja el juicio clínico sobre su capacidad de adaptación.

Niveles:

1. **SUPERIOR:** Funcionamiento excepcional en todas las áreas.
2. **MUY BUENO:** Funcionamiento por encima del promedio.
3. **BUENO:** Solo leves dificultades sociales o laborales.
4. **MEDIO:** Deterioro moderado en un área o leve en ambas.
5. **MEDIOCRE:** Deterioro notable en una área o moderado en ambas.
6. **MUY MEDIOCRE:** Deterioro notable tanto social como laboral.
7. **ALTERACIONES MUY IMPORTANTES:** Deterioro grave en casi todas las áreas.
8. **SIN ESPECIFICAR:** Información insuficiente.

En otras palabras: el Eje V indica qué tan bien ha funcionado la persona en su mejor momento y es clave para estimar pronóstico y evolución terapéutica.

Diagnóstico Principal: el que refleja el motivo que motivó la evaluación o la hospitalización cuando hay múltiples diagnósticos.

Diagnóstico Provisional: se usa cuando no hay información suficiente; el clínico indica incertidumbre añadiendo "provisional".

Descripciones Completas y Sistemáticas de las Clases Diagnósticas (DSM): cada trastorno incluye información sistemática. sobre aspectos esenciales.

ÁREAS DESCRIPTIVAS PARA CADA TRASTORNO:

Sobre aspectos esenciales, acompañantes, edad de inicio, evolución, alteración social/ocupacional, complicaciones, factores predisponentes.

Prevalencia: proporción de sexos, patrón familiar.

Diagnóstico Diferencial: Propósito del formato DSM: estandarizar la presentación, facilita el uso clínico y educativo, unifica criterios, mejora la comunicación, la investigación y la toma de decisiones; no sustituye la formulación psicosocial.

Aplicación:

- Comunicación clara entre profesionales.
- Unifica los criterios diagnósticos.
- Facilita la toma de decisiones clínicas.
- El diagnóstico preciso es la etapa esencial para predecir la evolución, planear el tratamiento e idear estrategias.
- El DSM facilita el diagnóstico.

CIE 10

La CIE-10 sirve como referencia para la compatibilidad con otras clasificaciones diagnósticas es una clasificación internacional de enfermedades desarrollada por la OMS, en cuya elaboración participaron numerosos expertos, instituciones y organizaciones internacionales como la APA, la Asociación Mundial de Psiquiatría y diversos comités especializados. Está diseñada como una clasificación nuclear para las enfermedades y problemas relacionados con la salud, útil en la clínica general, la docencia y la administración sanitaria.

Cada trastorno incluye una descripción de sus características clínicas principales y secundarias, los criterios diagnósticos basados en el número y tipo de síntomas necesarios para un diagnóstico fiable.

1. Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los sintomáticos:

Incluyen alteraciones mentales causadas por daño o disfunción cerebral, como las demencias (Alzheimer y vascular), el delirium y los cambios de personalidad derivados de enfermedades neurológicas.

2. Esquizofrenia Trastornos Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes, entre los que se encuentran: Agrupa trastornos caracterizados por alteraciones del pensamiento, la percepción y conducta, como la esquizofrenia.

3. **Trastornos del Humor (Afectivos)** Episodios depresivos, maníacos y el trastorno depresivo recurrente, que afectan la emoción.
4. **Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos** Incluye trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivos, reacciones al estrés y aquellos en los que los síntomas físicos.
5. **Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos.** trastornos de la conducta alimentaria, del sueño, disfunciones sexuales y trastornos mentales del puerperio.
6. **Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto:** Los trastornos paranoide, esquizoide, ansioso, además de problemas de control de impulsos.
7. **Retraso Mental:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior al promedio, clasificado en leve, moderado y grave, con limitaciones en la adaptación social y funcional.
8. **Trastornos del Desarrollo Psicológico:** Incluyen alteraciones en el desarrollo del lenguaje, el habla y las habilidades psicomotoras, que aparecen en etapas tempranas del desarrollo.
9. **Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia:** Abarca trastornos como los hiperkinéticos, disociales, emocionales y los tics, con inicio habitual en la niñez.

10. Trastorno Mental sin Especificación: Se utiliza cuando los síntomas mentales no cumplen criterios completos para un diagnóstico específico, permitiendo clasificaciones más detalladas mediante códigos adicionales de una letra seguida de dos números que completa el nivel de 3 caracteres. Los dígitos o caracteres a la izquierda del punto indican el diagnóstico al que pertenece el cuadro clínico principal del paciente y los caracteres que se encuentran a la derecha del punto especifican el cuadro clínico concreto.

CONCLUSIÓN: La obra abarca todos los elementos fundamentalmente necesario para que el estudiante de psicología integre y organice los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, especialmente para la elaboración del reporte psicológico. Aunque el manual no es una guía rígida, ya que el reporte se adapta a las necesidades y objetivos de cada evaluación, ofrece un apoyo sólido para seleccionar, organizar e integrar la información relevante. También ayuda para repaso de contenidos clave como psicopatología, uso de instrumentos, pronóstico y tratamiento, fortaleciendo así la formación clínica del futuro psicólogo y su capacidad para describir la personalidad de manera integral.