

Semiología Clínica y Psicopatología: **una guía integrada para el estudiante de psicología clínica**

Gerardo Xavier Peña Loaiza
Yadira Liliana Sánchez Padilla

Semiología Clínica y Psicopatología: **una guía integrada para el estudiante de psicología clínica**

Gerardo Xavier Peña Loaiza
Yadira Liliana Sánchez Padilla



© **Gerardo Xavier Peña Loaiza**

Univesidad Técnica de Machala

gpena@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2150-2988>

Yadira Liliana Sánchez Padilla

Univesidad Técnica de Machala

ysanchez@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8380-6434>

Primera edición, 2025-10-31

ISBN: 978-9942-33-996-6

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942339966>

Distribución online

 Acceso abierto

Cita

Peña, G., Sánchez, Y. (2025) Semiología Clínica y Psicopatología: una guía integrada para el estudiante de psicología clínica . Editorial Grupo Compás

Este libro es parte de la colección de la Univesidad Técnica de Machala y ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Introducción del libro

El presente libro, *Semiología Clínica y Psicopatología: Una Guía Integrada para el Estudiante de Psicología Clínica*, ha sido concebido como una herramienta formativa básica para los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica. Su propósito es brindar una comprensión estructurada y rigurosa de los fundamentos teóricos y clínicos que sustentan la exploración de los signos y síntomas de los trastornos mentales, así como de los métodos diagnósticos empleados en el ámbito profesional.

En el contexto de la formación universitaria, la semiología clínica y la psicopatología se complementan de manera esencial en la formación y práctica del psicólogo clínico, pues mientras la primera se orienta a la descripción sistemática y objetiva de los signos y síntomas que manifiesta el paciente, la segunda permite interpretar dichas manifestaciones dentro de un marco teórico y diagnóstico. Esta articulación posibilita no solo identificar con mayor precisión las alteraciones del psiquismo, sino también comprenderlas en su relación con la historia vital, el contexto social y los procesos de salud-enfermedad. En consecuencia, la integración entre ambas disciplinas constituye una herramienta fundamental para el entendimiento del comportamiento humano, ya que evita aproximaciones reduccionistas.

Con este propósito, este texto incorpora ejemplos clínicos, glosarios, actividades de aplicación, preguntas de reflexión y autoevaluación para el desarrollo de competencias para la observación clínica, la entrevista psicopatológica, la elaboración de la historia clínica y la aplicación del examen del estado mental, así como para el análisis de las funciones psíquicas básicas y superiores, facilitando un aprendizaje significativo, aplicable a situaciones reales de práctica clínica.

Objetivo general del libro

Ofrecer una formación teórica y aplicada en semiología clínica y psicopatología que permita al estudiante de Psicología Clínica identificar, analizar e interpretar los signos, síntomas y síndromes desde una perspectiva científica, ética y contextualizada, desarrollando habilidades clínicas fundamentales para la evaluación, el diagnóstico y la comprensión integral del sufrimiento psíquico

Estructura del libro

El libro se encuentra organizado en capítulos temáticos, los cuales siguen una progresión lógica y pedagógica que inicia en los conceptos básicos y culmina en el abordaje clínico de las funciones psíquicas. Cada capítulo contiene:

- Una viñeta clínica contextualizadora.
- Una cita epigráfica significativa y auténtica.
- Objetivos y preguntas guía.
- Un organizador gráfico introductorio.
- Desarrollo teórico con integración de ejemplos y recursos pedagógicos internos.
- Elementos de cierre: resumen, glosario de términos clave, preguntas de autoevaluación y actividad de aplicación.

Esta estructura favorece tanto la comprensión progresiva de los contenidos como su vinculación con la práctica clínica profesional.

Características pedagógicas del libro

- Didáctica activa: Se incorporan preguntas de reflexión, actividades aplicadas y ejemplos clínicos que promueven el pensamiento crítico y la aplicación del conocimiento.

- Bibliografía científica real: Todas las referencias empleadas son auténticas, verificables y actualizadas, siguiendo las normas APA (7ª ed.).
- Lenguaje académico y accesible: El texto combina precisión conceptual con claridad didáctica, adaptado al nivel universitario.
- Organización visual funcional: Uso de cuadros, mapas conceptuales y glosarios destacados que facilitan el estudio y la revisión.
- Integración teoría-práctica: Los contenidos teóricos están directamente vinculados a competencias clínicas esenciales en la psicología profesional.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción del libro	2
Objetivo general del libro	3
Estructura del libro	3
Características pedagógicas del libro	3
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN A LA SEMIOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA.....	11
1.1. Definiciones y Alcance	13
1.1.1. Relación entre las Disciplinas.....	15
1.2. Normalidad y Anormalidad.....	17
1.3. Perspectivas Históricas y Culturales.....	18
1.4. Implicaciones Clínicas	20
1.5. Criterios para Determinar Normalidad y Anormalidad.....	21
1.5.1. Interacción entre Criterios	23
1.6. Factores Condicionantes de la Normalidad	24
1.7. Trastorno Mental: Signos, Síntomas y Síndromes.....	31
1.7.1. Introducción al Concepto de Trastorno Mental	31
1.7.2. Signos, Síntomas y Síndromes: Distinciones Fundamentales..	31
1.7.3. Clasificación y Evaluación Diagnóstica	32
1.7.4. Interacción entre Signos, Síntomas y Síndromes.....	32
1.7.5. Relevancia Clínica	33
Referencias Bibliográficas:	37
CAPÍTULO II. MÉTODOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA.....	38
2.1. La observación	40
2.1.1. Definición y relevancia clínica.....	40
2.1.2. Tipos de observación	41
2.1.3. Elementos observables clave.....	42
2.1.4. Errores comunes y sesgos del observador.....	44
2.1.5. Consideraciones éticas.....	45
2.1.6. Aplicación en diversos contextos clínicos.....	46
2.2. La entrevista psicopatológica	47
2.2.1. Definición y objetivos	47
2.2.2. Fases de la entrevista clínica.....	48
2.2.3. Tipos de entrevista.....	49

2.2.4. Técnicas de exploración clínica.....	50
2.2.5. Factores que facilitan o dificultan la alianza terapéutica.....	52
2.2.6. Errores frecuentes en la entrevista	52
2.2.7. Adaptación a diferentes poblaciones	53
2.3. La historia clínica	54
2.3.1. Definición y utilidad.....	54
2.3.2. Componentes esenciales	55
2.4. Técnica de recolección: importancia de la precisión, orden cronológico, lenguaje claro, uso de categorías diagnósticas	57
2.4.1. Diferencias con otros registros clínicos: ficha médica, anamnesis, notas de evolución	58
2.4.2. Confidencialidad y aspectos legales: derecho a la intimidad, protección de datos, consentimiento informado.....	60
2.4.3. Utilidad para la formulación clínica y pronóstico	60
2.5. Evaluación del estado mental	61
2.5.1. Definición y propósito.....	61
2.5.2. Estructura clásica del Examen del Estado Mental (EEM)	61
2.5.3. Otros dominios por evaluarse en el Examen del Estado Mental (EEM)	63
2.5.4. Preguntas tipo y observaciones clínicas específicas para estos dominios.....	66
2.5.5. Ejemplos clínicos breves	66
Referencias bibliográficas	70
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS BÁSICAS	71
Introducción	71
Objetivos de aprendizaje	71
3. Conciencia	72
3.1. Definición	72
3.2. Tipos de conciencia	73
3.2.1. Clasificación tradicional	73
3.2.2. Clasificación estructural (según nivel de alerta)	73
3.2.3. Clasificación funcional (según contenido o modo de organización).....	74
3.2.4. Clasificación psicológica (según intencionalidad y reflexividad)	75

3.3. Alteraciones de la conciencia	75
3.3.1. Alteraciones cuantitativas	75
3.3.2. Alteraciones cualitativas	76
3.3.3. Otras (del sí mismo)	77
3.3.4. Ejemplos clínicos.....	77
Conclusión	78
3.4. Atención	79
3.4.1. Definición	79
3.4.2. Tipos de atención	80
3.5. Alteraciones de la atención	81
3.5.1. Alteraciones cuantitativas	81
3.5.2. Alteraciones cualitativas	82
Conclusión	83
3.6. Orientación.....	84
3.6.1. Definición	84
3.6.2. Tipos de orientación.....	85
3.6.3. Alteraciones de la orientación	86
3.6.4. Valor diagnóstico	87
Conclusión	87
3.7. Sensopercepción.....	88
3.7.1. Definición	88
3.7.2. Clasificación de la sensopercepción	89
3.8. Alteraciones de la sensopercepción	91
3.8.1. Alteraciones cuantitativas	91
3.8.2. Alteraciones cualitativas	91
3.8.3. Ilusiones	92
3.8.4. Alucinaciones	92
3.8.5. Alteraciones de la integración perceptiva	95
Conclusión	100
3.9. Aprendizaje	101
3.9.1. Definición	101
3.9.2. Modelos explicativos del aprendizaje	102
3.9.3. Tipos de aprendizaje.....	103
3.9.4. Alteraciones del aprendizaje	104

3.9.5. Evaluación clínica del aprendizaje	105
Conclusión	110
3.10. Memoria	111
3.10.1. Definición	111
3.10.2. Clasificaciones de la memoria.....	111
3.10.3. Tipos de memoria y correlatos clínicos.....	113
3.10.4. Alteraciones de la memoria	114
3.10.5. Casos clínicos relevantes	117
3.10.6. Evaluación clínica de la memoria	118
Conclusión	119
3.11. Afectividad	120
3.11.1. Definición	120
3.11.2. Clasificaciones de la afectividad	120
3.11.3. Alteraciones de la afectividad.....	123
3.11.4. Casos clínicos relevantes	127
3.11.5. Evaluación clínica de la afectividad	129
3.11.6. Dimensiones clínicas clave a evaluar	129
3.11.7. Estrategias de evaluación	130
3.11.8. Integración diagnóstica	131
Conclusión	132
Referencias Bibliográficas	139
CAPÍTULO IV: EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS SUPERIORES	142
Introducción	142
Objetivos de aprendizaje	142
4. El Pensamiento.....	143
4.1. Definición	143
4.2. Tipos de pensamiento	144
4.3. Alteraciones del pensamiento	145
4.3.1. Alteraciones del curso del pensamiento.....	145
4.3.2. Alteraciones del contenido del pensamiento	148
4.3.3. Alteraciones del control del pensamiento	151
4.4. Evaluación clínica del pensamiento	152
4.4.1. Metodología de evaluación	152

4.4.2. Herramientas clínicas estandarizadas	152
4.4.3. Elementos clave a valorar	153
4.5. Casos clínicos relevantes.....	153
4.6. Lenguaje.....	157
4.6.1. Definición	157
4.6.2. Clasificación y tipos de lenguaje.....	158
4.6.3. Alteraciones del lenguaje	160
4.6.4. Evaluación clínica del lenguaje	162
4.6.5. Principios generales.....	163
4.6.6. Dimensiones de exploración	163
4.6.7. Observación clínica durante la entrevista.....	164
4.6.8. Instrumentos estandarizados.....	164
4.6.9. Diagnóstico diferencial	165
4.6.10. Consideraciones culturales y lingüísticas	165
4.7. Casos clínicos relevantes.....	166
4.8. Inteligencia.....	170
4.8.1. Definición	170
4.8.2. Modelos teóricos y tipos de inteligencia	171
4.8.3. Clasificación clínica por niveles de CI	174
4.8.4. Relevancia clínica y educativa.....	175
4.8.5. Alteraciones o trastornos de la inteligencia.....	176
□ Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)...	176
□ Discapacidad intelectual límite	177
□ Deterioro intelectual adquirido	177
□ Deterioro intelectual funcional (pseudodemencia)	178
□ Altas capacidades intelectuales (superdotación).....	179
□ Trastornos del aprendizaje con inteligencia conservada.....	179
4.9. Evaluación clínica de la inteligencia	179
4.9.1. Objetivos de la evaluación.....	180
4.9.2. Métodos de evaluación	180
4.9.3. Consideraciones contextuales y éticas	182
4.9.4. Elementos a considerar en la interpretación clínica	182
4.10. Casos clínicos relevantes en la evaluación de la inteligencia ...	183
4.11. Juicio e introspección	187

4.11.1. Definición.....	187
4.11.2. Componentes del juicio	188
4.11.3. Componentes de la introspección (o insight)	188
4.11.4. Alteraciones del juicio.....	189
4.11.5. Alteraciones de la introspección.....	190
4.11.6. Evaluación clínica	190
4.11.7. Casos clínicos ilustrativos.....	191
4.11.8. Relevancia psicopatológica	191
Autoevaluación de conocimientos	193
Referencias bibliográficas	198

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN A LA SEMIOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

“El enfermo mental no es sólo un caso clínico, sino ante todo una persona que sufre.”

– Karl Jaspers (*Psicopatología general*, 1913/1963)

Viñeta clínica

Camila, una estudiante universitaria de 22 años, acude a consulta por recomendación de su madre. Desde hace varias semanas ha dejado de asistir a clases, se aísla en su habitación y evita cualquier tipo de contacto social. Su madre relata que ha notado “algo raro en su mirada”, que parece ausente y que a veces sonríe sola. En la entrevista inicial, Camila permanece callada durante largos momentos, responde con monosílabos y evita el contacto visual. En un momento dado, susurra: “no estoy sola... hay alguien que me sigue”.

El clínico anota: “aspecto desaliñado, hipomimia, habla susurrante, discurso pobre, posible contenido delirante”.

Objetivos del capítulo

Este capítulo tiene como propósito introducir los fundamentos teóricos y clínicos que sustentan la semiología y la psicopatología como disciplinas clave en la formación del psicólogo clínico. Al finalizar su estudio, se espera que el estudiante sea capaz de:

1. Explicar los conceptos fundamentales de la semiótica, la semiología clínica, la psicosemiología y la psicopatología desde una perspectiva interdisciplinaria.
2. Diferenciar entre signo, síntoma, síndrome y trastorno en el contexto de la evaluación psicopatológica.

3. Analizar el valor clínico de la semiología como herramienta para la comprensión del sufrimiento psíquico.
4. Comprender la evolución histórica de los modelos psicopatológicos y su impacto en la práctica clínica actual.
5. Reconocer la importancia de la observación y la sistematización del lenguaje clínico en la detección de alteraciones del estado mental.

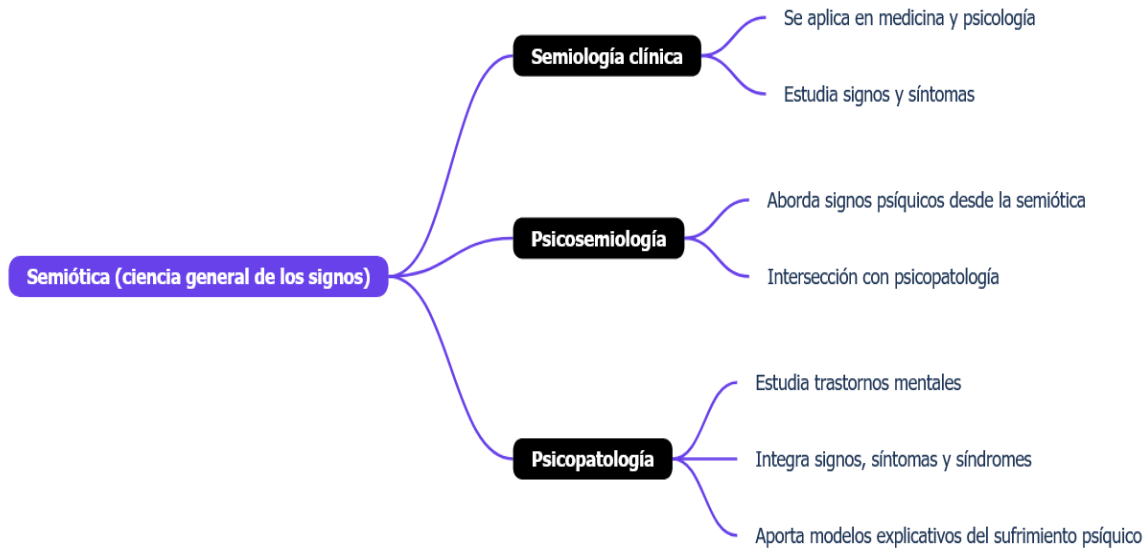
Preguntas guía

Para facilitar la comprensión del capítulo, se plantean las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cuál es la relación entre semiótica, semiología clínica y psicopatología?
2. ¿Qué diferencia existe entre signo y síntoma, y por qué es relevante en psicología clínica?
3. ¿Qué papel cumple la psicosemiología en la evaluación del funcionamiento psíquico?
4. ¿Cómo han evolucionado históricamente los modelos psicopatológicos?
5. ¿Por qué es importante comprender el lenguaje clínico en la práctica profesional del psicólogo?

Organizador gráfico

A continuación, se presenta un esquema conceptual que sintetiza las relaciones entre los principales términos que se desarrollan en el capítulo:



Nota. Elaboración propia con fines didácticos.

Definición y Relación entre la Semiótica, Semiología Clínica, Psicosemiología y Psicopatología

La semiología clínica y la psicopatología constituyen disciplinas fundamentales en el ámbito de la salud mental y la psicología clínica. Estas áreas de conocimiento no solo permiten una comprensión profunda de los fenómenos psíquicos, sino que también establecen las bases para la evaluación, el diagnóstico y la intervención terapéutica. En este apartado, se analizarán las definiciones y relaciones entre la semiótica, la semiología clínica, la psicosemiología y la psicopatología, destacando su relevancia en el ejercicio clínico y académico.

1.1. Definiciones y Alcance

La semiótica es la disciplina que estudia los signos y su capacidad para transmitir significados en diversos contextos. Desde una perspectiva amplia, la

semiótica incluye el análisis de sistemas simbólicos y códigos de comunicación, que son esenciales para interpretar las conductas y expresiones humanas (Eco, 1975). En el ámbito de la salud, la semiótica subyace al análisis de signos y síntomas como expresiones de alteraciones en la salud mental y física.

La semiología clínica se deriva de la semiótica y se centra específicamente en el estudio de los signos y síntomas que caracterizan a las enfermedades. En la psicología clínica, la semiología se ocupa de identificar y describir los signos psicopatológicos que indican posibles alteraciones mentales, sirviendo como una herramienta clave para el diagnóstico diferencial (Capponi, 1987).

Por su parte, la psicosemiología es un área específica de la semiología que aborda los signos y síntomas en el contexto del comportamiento humano y los procesos mentales. Este enfoque considera tanto los aspectos observables como las vivencias subjetivas del paciente, integrando una perspectiva fenomenológica que busca comprender el significado subyacente de las experiencias psicopatológicas (Jaramillo et al., 2015).

Preguntas de reflexión

- ¿Por qué es clínicamente importante distinguir entre signos y síntomas en el proceso diagnóstico?
- ¿Qué aporta la psicosemiología al análisis del sufrimiento psíquico desde una perspectiva clínica?

Por último, la psicopatología estudia las alteraciones del comportamiento y los procesos mentales, enfocándose en sus manifestaciones clínicas, causas, mecanismos subyacentes y posibles intervenciones. La psicopatología integra la información proporcionada por la semiología clínica y la psicosemiología para ofrecer un marco comprensivo que permita entender las condiciones mentales desde una perspectiva multidimensional (Ortiz-Tallo, 2018).

Un ejemplo contemporáneo que ilustra la integración de estas disciplinas es el abordaje del trastorno por uso de redes sociales, donde la semiología

identifica patrones como el tiempo excesivo de uso y la ansiedad por desconexión, la psicosemiología analiza el significado personal y social de estos comportamientos, y la psicopatología estudia sus mecanismos subyacentes, impacto funcional y posibles intervenciones terapéuticas.

Figura 1

Ejes de utilidad de la semiología clínica



Nota. Elaboración propia con fines didácticos. El diagrama radial muestra las principales funciones de la semiología clínica en el contexto de la psicología.

1.1.1. Relación entre las Disciplinas

La relación entre estas disciplinas es intrínseca y complementaria. La semiótica provee el marco teórico general para entender los signos, mientras que la semiología clínica aplica estos principios al contexto de la salud. En tanto, la psicosemiología integra estos conceptos al estudio específico del comportamiento y la mente, y la psicopatología amplía el análisis hacia las causas, el curso y el tratamiento de las alteraciones mentales.

Tabla 1

Relación entre Semiótica, Semiología Clínica, Psicosemiología y Psicopatología

Disciplina	Enfoque Principal	Contribución a la Psicopatología
Semiótica	Estudio general de los signos y su significado.	Proporciona el marco teórico para analizar signos y síntomas en salud mental y física.
Semiología Clínica	Identificación y descripción de signos y síntomas clínicos.	Permite el diagnóstico diferencial de trastornos mentales.
Psicosemiología	Interpretación del significado subjetivo de signos y síntomas en contextos humanos.	Profundiza en el contexto vital y subjetivo del paciente.
Psicopatología	Análisis de alteraciones mentales desde causas y manifestaciones.	Integra los enfoques anteriores para formular diagnósticos y tratamientos.

Nota. Elaboración propia a partir de Capponi (1987), Ortiz-Tallo (2018) y Jaramillo et al. (2015).

Por ejemplo, al evaluar a un paciente con trastorno depresivo, la semiología clínica permite identificar signos como la tristeza persistente, la inhibición psicomotora y la disminución de la energía. La psicosemiología, en cambio, profundiza en el significado subjetivo de estas manifestaciones, considerando el contexto vital del paciente. En definitiva, la psicopatología busca comprender la etiología y el impacto funcional del trastorno, ofreciendo directrices para su manejo terapéutico (Capponi, 1987; Ortiz-Tallo, 2018).

Nota destacada: La integración entre semiología clínica y psicopatología no solo enriquece el diagnóstico, sino también mejora las intervenciones clínicas, permitiendo un enfoque más humano y contextualizado.

Caso Clínico Ilustrativo

Un paciente de 35 años consulta por fatiga constante, anhedonia y dificultades para concentrarse. Desde la semiología clínica, estos signos y síntomas se catalogan como característicos de un episodio depresivo. La psicosemiología permite analizar cómo estos signos se relacionan con el sentimiento de fracaso en el ámbito laboral y las expectativas culturales internalizadas. La psicopatología, por su parte, examina las posibles causas biológicas, psicológicas y sociales, integrando esta información para formular un plan de tratamiento.

Términos clave: semiótica, semiología clínica, psicosemiología, psicopatología, diagnóstico diferencial.

1.2. Normalidad y Anormalidad

El concepto de normalidad y su contraparte, la anormalidad, han sido objeto de debate a lo largo de la historia de la psicología y la psiquiatría, ya que constituyen la base para identificar alteraciones en el comportamiento y los procesos mentales. Sin embargo, estas nociones no son universales ni absolutas; su definición está profundamente influenciada por contextos históricos, culturales y sociales, así como por avances en la ciencia y la filosofía de la mente (Desviat, 2010). En este apartado, se abordará la evolución de estos conceptos, los criterios empleados para diferenciarlos y su relevancia en el ámbito clínico.

La normalidad puede definirse como un rango de funcionamiento adaptativo que permite al individuo responder eficazmente a las demandas de su entorno, mantener relaciones interpersonales satisfactorias y experimentar bienestar subjetivo (Ortiz-Tallo, 2018). No obstante, esta definición es insuficiente si no se considera el contexto: lo que se percibe como normal en

una cultura o época histórica puede ser considerado anormal en otra. Por ejemplo, en sociedades tradicionales, ciertas manifestaciones de duelo prolongado son culturalmente aceptadas, mientras que en entornos clínicos contemporáneos podrían diagnosticarse como trastorno depresivo persistente (DSM-5).

Un ejemplo clásico en psicopatología es la diferencia entre tristeza adaptativa frente a un episodio depresivo mayor. Mientras que la tristeza puede ser una respuesta normal a eventos adversos, la persistencia de síntomas como desesperanza, anhedonia e ideación suicida apunta a una condición anormal que requiere intervención (Capponi, 1987).

Nota destacada: "La línea que separa la normalidad de la anormalidad es flexible y depende de variables contextuales, subjetivas y sociales."

Esta distinción se evidencia en el fenómeno del 'burnout laboral'. El estrés laboral temporal representa una respuesta adaptativa ante exigencias laborales específicas o proyectos importantes; sin embargo, el burnout se caracteriza por un agotamiento emocional crónico, despersonalización y reducción del logro personal que requiere intervención profesional. La Organización Mundial de la Salud reconoció oficialmente el burnout como un fenómeno ocupacional en 2019, lo cual ejemplifica cómo las transformaciones del contexto social influyen en la conceptualización de la normalidad y la patología.

1.3. Perspectivas Históricas y Culturales

La comprensión de los conceptos de normalidad **y** anormalidad ha sido profundamente moldeada por los valores y conocimientos predominantes en cada época histórica. Estas nociones, esenciales en semiología clínica y psicopatología, no pueden entenderse sin considerar el contexto histórico y cultural que les da forma. A través del tiempo, las explicaciones sobre los comportamientos desviados han transitado desde enfoques sobrenaturales

hasta perspectivas científicas multidimensionales que integran factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Desviat, 2010).

En las civilizaciones antiguas, las conductas anormales solían asociarse a causas sobrenaturales o espirituales, como posesiones demoníacas o intervenciones divinas. Estas creencias justificaban intervenciones que incluían rituales religiosos o exorcismos. En la Grecia clásica, filósofos como Hipócrates introdujeron una aproximación naturalista al postular que los trastornos mentales eran el resultado de desequilibrios en los humores corporales. Sin embargo, esta perspectiva científica quedó relegada durante la Edad Media, cuando las explicaciones sobrenaturales dominaron nuevamente el discurso.

El Renacimiento marcó el resurgimiento de enfoques racionales y empíricos, con el desarrollo de la medicina moderna y el cuestionamiento de los dogmas religiosos. En el siglo XIX, Emil Kraepelin introdujo un modelo de clasificación basado en patrones clínicos observables, sentando las bases para los sistemas diagnósticos actuales, como el DSM-5. Este enfoque, aunque revolucionario, reflejaba también los valores y prejuicios de su tiempo, lo que pone de manifiesto la influencia cultural en la definición de lo normal y lo anormal (Ortiz-Tallo, 2018).

En la actualidad, la psicopatología adopta un enfoque integrador que reconoce la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Este enfoque permite comprender que las manifestaciones de anormalidad no son fenómenos aislados, sino que emergen de la interacción dinámica entre el individuo y su entorno. Por ejemplo, mientras que el criterio estadístico considera anormal cualquier fenómeno que se desvíe significativamente de la media poblacional, el criterio subjetivo pone énfasis en el malestar que experimenta el individuo, y el criterio funcional evalúa cómo la conducta afecta áreas esenciales de la vida cotidiana, como el trabajo, las relaciones o el autocuidado (Capponi, 1987; Ortiz-Tallo, 2018).

El contexto cultural es crucial en este análisis, ya que define las normas sociales y comportamentales que determinan lo aceptable o desviado. Por ejemplo, expresiones emocionales intensas, como el duelo prolongado, pueden considerarse normales en algunas culturas, mientras que en otras podrían clasificarse como trastornos depresivos según manuales diagnósticos occidentales (Desviat, 2010). Este ejemplo destaca la importancia de evitar interpretaciones reduccionistas y patologizantes que no consideren la diversidad cultural.

Además del contexto cultural, las desigualdades sociales desempeñan un papel determinante en la percepción de la normalidad y anormalidad. La pobreza, la exclusión social y la discriminación no solo aumentan la vulnerabilidad a trastornos mentales, sino que también influyen en la forma en que estos se entienden y se tratan. Por ejemplo, un individuo que vive en condiciones de marginalidad puede presentar síntomas que reflejan adaptaciones a su entorno adverso más que una condición patológica en sí misma (Ortiz-Tallo, 2018).

Estas consideraciones son fundamentales para evitar etiquetar como trastornos psicológicos manifestaciones que son respuestas adaptativas al contexto. Por lo tanto, es imprescindible que los profesionales de la salud mental evalúen tanto las experiencias subjetivas del paciente como las estructuras sociales en las que se encuentra inmerso.

1.4. Implicaciones Clínicas

La interacción entre normalidad y anormalidad plantea desafíos éticos en la práctica clínica. Etiquetar comportamientos como anormales puede tener consecuencias negativas, como la estigmatización o la medicalización innecesaria de la diversidad humana. Por ello, los profesionales deben adoptar una perspectiva crítica y reflexiva, basada en una comprensión integradora que contemple tanto los criterios diagnósticos establecidos como las experiencias subjetivas del individuo y su contexto social (Capponi, 1987; Ortiz-Tallo, 2018).

Este enfoque no solo favorece una atención más humanizada, sino que también permite identificar intervenciones adecuadas y culturalmente sensibles. La integración de múltiples perspectivas y criterios en la evaluación clínica fomenta una práctica ética y respetuosa con la diversidad, contribuyendo al bienestar integral del paciente.

Nota destacada: "La perspectiva cultural y social en la psicopatología no solo enriquece la comprensión de la normalidad y la anormalidad, sino que también guía prácticas clínicas más inclusivas y éticas."

1.5. Criterios para Determinar Normalidad y Anormalidad

La delimitación entre normalidad y anormalidad en el contexto clínico requiere una evaluación sistemática y fundamentada. Esta distinción es esencial en semiología clínica y psicopatología para identificar patrones de conducta o estados mentales que puedan requerir intervención. La evaluación no se limita a un único enfoque, sino que integra múltiples criterios que, en conjunto, permiten una comprensión más rica y contextualizada del fenómeno. A continuación, se detallan los criterios principales utilizados en la práctica clínica.

- **Criterio Estadístico**

El criterio estadístico considera anormal cualquier fenómeno que se desvíe significativamente de la media poblacional. Este enfoque se fundamenta en la frecuencia de aparición de una conducta o característica dentro de un grupo determinado: cuanto más rara o infrecuente sea, mayor es la probabilidad de que se clasifique como anormal (Capponi, 1987).

Por ejemplo, características como el coeficiente intelectual muy alto o muy bajo se consideran desviaciones estadísticas, aunque solo algunas de estas desviaciones se interpretan como patológicas. Este criterio tiene la ventaja de ofrecer un marco objetivo para identificar anomalías, pero su limitación radica en que no siempre una rareza implica patología. De hecho, muchas

características raras pueden ser funcionales o incluso deseables, como ocurre con habilidades excepcionales en áreas como el arte o la ciencia.

- **Criterio Normativo**

El criterio normativo se basa en las normas culturales, sociales y éticas que definen lo aceptable o adecuado en un contexto específico. Este enfoque está profundamente influenciado por el entorno sociocultural y las expectativas colectivas, lo que explica la variabilidad de las percepciones de normalidad entre diferentes comunidades y épocas históricas (Desviat, 2010).

Por ejemplo, comportamientos como el llanto en público pueden ser aceptados en algunas culturas como una expresión legítima de emoción, mientras que en otras podrían percibirse como inadecuados o anormales. Este criterio destaca la importancia del contexto, pero puede ser limitado por su subjetividad cultural y su tendencia a patologizar conductas que simplemente reflejan diversidad cultural.

Nota destacada: "Lo que se considera anormal según el criterio normativo no es universal; refleja las construcciones sociales y culturales de cada época."

- **Criterio Subjetivo**

El criterio subjetivo enfatiza la experiencia individual de malestar o sufrimiento. En este enfoque, lo anormal se define no por su frecuencia o ajuste a normas sociales, sino por el impacto que tiene en la percepción del individuo y su bienestar. Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad, el malestar constante reportado por el paciente es un indicador clave para su diagnóstico (Ortiz-Tallo, 2018).

Este criterio es valioso porque permite incorporar la perspectiva del individuo en el proceso de evaluación, reconociendo la importancia de las vivencias internas en la salud mental. Sin embargo, también presenta desafíos, ya que el malestar subjetivo puede ser difícil de medir objetivamente y está influenciado por factores como la resiliencia, el apoyo social y las expectativas personales.

- **Criterio Funcional**

El criterio funcional se centra en el impacto que una conducta o estado mental tiene en la capacidad del individuo para desempeñarse en áreas clave de la vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el autocuidado. Este criterio es especialmente relevante en la psicopatología moderna, ya que vincula las manifestaciones clínicas con su efecto práctico en la vida cotidiana (Ortiz-Tallo, 2018).

Por ejemplo, una persona que experimenta tristeza ocasional podría no ser considerada anormal si su funcionamiento general no se ve afectado. Sin embargo, si esta tristeza interfiere de manera significativa con su capacidad para trabajar o relacionarse con los demás, podría clasificarse como un síntoma de un trastorno depresivo mayor. Este criterio proporciona un enfoque pragmático y centrado en el paciente, pero requiere una evaluación cuidadosa para distinguir entre disfunciones clínicas y adaptaciones temporales.

1.5.1. Interacción entre Criterios

Es importante destacar que estos criterios no son excluyentes; más bien, interactúan y se complementan en la práctica clínica. Por ejemplo, una conducta puede ser infrecuente (criterio estadístico), estar fuera de las normas culturales (criterio normativo), causar malestar significativo (criterio subjetivo) y afectar la funcionalidad del individuo (criterio funcional). La integración de estos enfoques permite una evaluación más integral y precisa, evitando reduccionismos y abordando la complejidad inherente a la salud mental.

El uso de criterios múltiples también plantea desafíos éticos. Por ejemplo, la aplicación excesiva del criterio normativo puede llevar a la patologización de comportamientos culturalmente aceptables, mientras que el criterio subjetivo, aunque valioso, puede subestimar condiciones clínicas graves en individuos con baja percepción de malestar. Por ello, los profesionales deben adoptar

una perspectiva crítica e integradora que contemple tanto las experiencias del paciente como el contexto sociocultural y los avances científicos.

Ejercicio Reflexivo: Analiza cómo interactúan los diferentes criterios en un caso hipotético de trastorno de ansiedad generalizada. ¿Qué criterio considerarías más relevante en este caso y por qué?

1.6. Factores Condicionantes de la Normalidad

La normalidad no es un concepto absoluto; está moldeada por múltiples factores que interactúan y evolucionan con el tiempo. Estos factores influyen en la manera en que los profesionales de la salud mental conceptualizan y evalúan las conductas y estados mentales en relación con lo normal o lo anormal. Para comprender esta complejidad, es necesario analizar los aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales que condicionan estas definiciones.

- **Factores Biológicos**

Los factores biológicos condicionan profundamente la percepción de normalidad al influir en los procesos mentales y comportamentales a través de estructuras y funciones neuroquímicas, genéticas y fisiológicas. Por ejemplo, los desequilibrios neuroquímicos en los sistemas de serotonina y dopamina han sido vinculados con trastornos como la depresión y la esquizofrenia, respectivamente (Vallejo Ruiloba, 2015). Estos hallazgos explican cómo alteraciones en neurotransmisores específicos pueden modificar las respuestas emocionales y cognitivas.

Adicionalmente, estudios genéticos recientes sugieren que variantes en genes como el transportador de serotonina (5-HTTLPR) interactúan con eventos vitales estresantes para incrementar el riesgo de trastornos depresivos (Hernández Bayona, 2013). Este tipo de interacción gen-ambiente subraya la importancia de considerar tanto predisposiciones biológicas como circunstancias contextuales al evaluar la normalidad o anormalidad.

Un ejemplo práctico es el caso de individuos con trastornos del espectro autista, donde las diferencias en la conectividad sináptica y en la plasticidad cerebral afectan la percepción y adaptación social, elementos que usualmente definen la normalidad social y conductual (Sarason y Sarason, 2006). Esto resalta la necesidad de entender la normalidad como un espectro influido por condiciones biológicas que interactúan con el entorno social.

- **Factores Psicológicos**

En el ámbito psicológico, los patrones de pensamiento, las habilidades de afrontamiento y la resiliencia son determinantes importantes de la normalidad. Estas características no solo afectan la manera en que los individuos perciben y enfrentan el estrés, sino que también influyen en su capacidad para adaptarse a las demandas del entorno.

Por ejemplo, un individuo con estrategias de afrontamiento adecuadas puede gestionar situaciones de alta demanda sin experimentar síntomas significativos de ansiedad, mientras que otro con patrones de pensamiento negativos o rígidos puede ser más vulnerable a desarrollar trastornos psicológicos (Desviat, 2010). Asimismo, la resiliencia, entendida como la capacidad para recuperarse de eventos adversos, desempeña un papel crucial en la promoción del bienestar y la prevención de alteraciones mentales.

- **Factores Culturales**

La cultura desempeña un papel crucial en la definición de normalidad y anormalidad, ya que establece los marcos de referencia mediante los cuales las conductas y pensamientos son interpretados y valorados. Este enfoque es especialmente relevante en la psicopatología y semiología clínica, donde el contexto cultural puede determinar no solo cómo se perciben los síntomas, sino también cómo se expresan y gestionan.

Desde una perspectiva cultural, los comportamientos y estados mentales se valoran de acuerdo con normas, valores y creencias predominantes en una sociedad determinada. Por ejemplo, mientras que en algunos entornos las

experiencias de trance o comunicación con entidades espirituales se consideran prácticas normales e incluso deseables, en otros pueden clasificarse como síntomas de psicosis (Sarason y Sarason, 2006). Este fenómeno subraya la importancia del contexto en la evaluación clínica.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) enfatiza la necesidad de una evaluación cultural en el diagnóstico clínico. Esto incluye la comprensión de las narrativas culturales del paciente y cómo influyen en su experiencia del malestar y su disposición para buscar ayuda (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

- **Factores de Diversidad Cultural**

La cultura define expectativas sobre cómo deben comportarse las personas según su género. En muchas sociedades, las expresiones emocionales intensas pueden ser vistas como normales en las mujeres, pero patologizadas en los hombres, debido a normas de masculinidad restrictiva (Carlat, 2017).

1. **Creencias Espirituales y Religiosas:** Las prácticas religiosas y espirituales influyen en la percepción de la realidad y en la interpretación de síntomas psicológicos. Por ejemplo, la culpa excesiva, que puede considerarse un síntoma de depresión en contextos occidentales, podría interpretarse como una respuesta espiritual en ciertas tradiciones religiosas (Vallejo Ruiloba, 2015).
2. **Sistemas de Apoyo Comunitario:** La cohesión social y el apoyo comunitario varían significativamente entre culturas, afectando la forma en que las personas experimentan y afrontan los trastornos mentales. Por ejemplo, en sociedades colectivistas, los problemas de salud mental pueden abordarse dentro del ámbito familiar o comunitario, mientras que en sociedades individualistas es más común buscar ayuda profesional (Hernández Bayona, 2013).

La inclusión de una formulación cultural en la evaluación clínica permite a los profesionales contextualizar los síntomas en el marco cultural del paciente.

Esto no solo mejora la precisión diagnóstica, sino que también fomenta un tratamiento más empático y efectivo. El DSM-5 proporciona una herramienta específica para este propósito, que incluye una entrevista cultural diseñada para explorar la percepción del problema, las posibles causas y las expectativas de tratamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Tabla 2

Impacto de los Factores Culturales en la Psicopatología

Dimensión Cultural	Ejemplo Clínico
Normas Sociales	Expectativas sobre roles de género que afectan la expresión de emociones.
Prácticas Espirituales	Estados de trance valorados como experiencias religiosas en ciertas culturas.
Estigma y Salud Mental	Ocultamiento de síntomas debido al estigma asociado a trastornos mentales.
Sistemas de Apoyo	Redes familiares o comunitarias como primeros puntos de apoyo en crisis.

Nota. Elaboración propia a partir de Sarason y Sarason (2006), Vallejo Ruiloba (2015) y Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

- **Factores Sociales**

Los factores sociales son igualmente determinantes en la construcción de la normalidad, ya que las normas culturales y las estructuras sociales definen comportamientos y creencias aceptables. Por ejemplo, el estigma asociado a los trastornos mentales varía según la cultura; mientras que en algunas comunidades se considera natural buscar apoyo psicológico, en otras prevalece la negación y el ocultamiento de los síntomas debido a creencias culturales arraigadas (American Psychiatric Association, 2014).

Además, las desigualdades sociales, como la pobreza y la exclusión, aumentan el estrés crónico, lo que a su vez se asocia con mayores tasas de trastornos mentales, como ansiedad y depresión (Sarason y Sarason, 2006). Estas condiciones resaltan cómo las estructuras sociales condicionan no solo la percepción de normalidad, sino también el acceso a recursos para manejar la anormalidad.

Un caso ilustrativo puede ser el de comunidades indígenas en América Latina, donde las prácticas culturales tradicionales determinan la interpretación de fenómenos psicológicos como posesión espiritual o desequilibrio energético, en contraste con explicaciones biomédicas predominantes en contextos occidentales (Vallejo Ruiloba, 2015). Este ejemplo refuerza la importancia de adoptar una perspectiva intercultural para entender las variaciones en la normalidad.

- **Ejemplo Integrador: Factores Condicionantes de la Normalidad**

Un adolescente de 16 años puede presentar síntomas de trastorno de ansiedad social en un entorno urbano competitivo. Desde un enfoque biológico, estudios neurocientíficos podrían revelar una hiperactividad en la amígdala, lo que incrementa su sensibilidad a estímulos sociales negativos, como la percepción de juicios o críticas por parte de sus compañeros. Además, factores genéticos, como una variante en el gen transportador de serotonina (5-HTTLPR), podrían predisponerlo a una mayor vulnerabilidad frente al estrés.

En el plano psicológico, el adolescente muestra patrones de pensamiento disfuncionales, como la anticipación catastrófica de situaciones sociales y una baja autoestima alimentada por experiencias previas de rechazo. Su capacidad limitada para emplear estrategias de afrontamiento adaptativas, como la reestructuración cognitiva, exacerba su malestar emocional.

Desde el enfoque cultural, el adolescente vive en una comunidad donde se valoran altamente el rendimiento académico y la excelencia social. En este contexto, los errores o fracasos son vistos como inaceptables, lo que

contribuye a un aumento en su ansiedad y a una percepción negativa de sí mismo. Además, las normas culturales restringen la expresión emocional, especialmente en hombres, lo que lleva al joven a reprimir su malestar en lugar de buscar apoyo.

En definitiva, el factor social desempeña un papel crítico. La falta de redes de apoyo efectivas, como amistades cercanas o un ambiente escolar inclusivo, dificulta que el adolescente se sienta aceptado. Además, el estigma asociado a los problemas de salud mental en su entorno impide que busque ayuda profesional, perpetuando el ciclo de ansiedad y aislamiento.

- **Análisis del Ejemplo**

Este caso refleja la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales en la configuración de lo normal y lo anormal. La hiperactividad de la amígdala y la predisposición genética se potencian con patrones de pensamiento desadaptativos, mientras que las normas culturales y las condiciones sociales agravan el impacto de los síntomas. Este ejemplo ilustra cómo los profesionales deben adoptar un enfoque integrador y contextualizado al evaluar y tratar casos clínicos.

Nota destacada: La interacción entre los factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales subraya la importancia de un enfoque integrador en la práctica clínica. Estos factores no actúan de manera aislada; se influyen mutuamente, configurando la experiencia individual y colectiva de la normalidad.

Tabla 3

Factores Condicionantes de la Normalidad y la Anormalidad

Factor	Ejemplo
Cultural	Normas sobre roles de género o conductas aceptables en una comunidad.
Histórico	Evolución de la percepción del duelo prolongado como normal o patológico.
Biológico	Desequilibrios neuroquímicos en la depresión mayor.
Psicológico	Estrategias de afrontamiento que modulan el estrés o la resiliencia.

Nota. Elaboración propia a partir de Desviat (2010), Ortiz-Tallo (2018), Esqueda (2006).

Comprender los factores condicionantes de la normalidad tiene implicaciones prácticas críticas en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. La integración de estos factores en la práctica clínica no solo mejora la precisión diagnóstica, sino que también promueve una atención más contextualizada y humana. Este enfoque evita reduccionismos al considerar no solo los síntomas presentados, sino también las experiencias subjetivas del paciente y su contexto sociocultural (Esqueda, 2006; Desviat, 2010; Ortiz-Tallo, 2018).

Nota destacada: "La definición de normalidad debe abordarse desde una perspectiva integradora que contemple tanto las dimensiones biológicas como las socioculturales."

- **Ejercicio de Reflexión**

1. Identificar un comportamiento que en un contexto cultural se considere normal pero que podría percibirse como anormal en otro. Determinar los factores históricos y culturales que influyen en esta percepción.

2. Reflexionar sobre cómo el entorno social y las desigualdades estructurales afectan la aparición y percepción de los trastornos mentales.
3. Analizar un caso clínico hipotético considerando cómo los factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan para influir en la percepción de un comportamiento como normal o anormal.

1.7. Trastorno Mental: Signos, Síntomas y Síndromes

1.7.1. Introducción al Concepto de Trastorno Mental

Un trastorno mental se define como una alteración clínicamente significativa en los procesos cognitivos, emocionales o comportamentales de un individuo, que conlleva disfunción en áreas importantes de la vida diaria, como el trabajo, las relaciones interpersonales y el autocuidado (American Psychiatric Association, 2014). Estos trastornos no son simplemente reacciones esperadas a situaciones estresantes o pérdidas, sino que reflejan patrones de comportamiento o experiencias que se desvían de las normas culturales y están asociados con angustia o deterioro funcional.

1.7.2. Signos, Síntomas y Síndromes: Distinciones Fundamentales

En el ámbito clínico, es crucial distinguir entre signos, síntomas y síndromes, términos que, aunque relacionados, tienen significados específicos:

1. **Signos:** Son manifestaciones observables objetivamente por parte del clínico. Por ejemplo, el retraso psicomotor en un paciente con depresión puede ser un signo identificable durante la exploración clínica (Hernández Bayona, 2013).
2. **Síntomas:** Son experiencias subjetivas reportadas por el paciente, como tristeza persistente, ideación suicida o ansiedad excesiva (Sarason y Sarason, 2006).
3. **Síndromes:** Representan conjuntos de signos y síntomas que tienden a presentarse juntos y que conforman un cuadro clínico reconocible, como el síndrome depresivo mayor, caracterizado por anhedonia,

fatiga, alteraciones del sueño y pensamientos recurrentes de muerte (American Psychiatric Association, 2014).

Nota destacada: "La evaluación integral de signos, síntomas y síndromes es fundamental para establecer diagnósticos precisos y formular intervenciones efectivas."

1.7.3. Clasificación y Evaluación Diagnóstica

El DSM-5 y la CIE-11 son herramientas diagnósticas ampliamente utilizadas que agrupan los trastornos mentales según criterios definidos. Estos manuales permiten al clínico establecer diagnósticos basados en la presencia de combinaciones específicas de signos y síntomas. Además, enfatizan la importancia de evaluar el deterioro funcional y la duración del cuadro clínico para diferenciar trastornos agudos de crónicos (American Psychiatric Association, 2014).

Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada requiere que el individuo presente preocupación excesiva durante al menos seis meses, acompañada de al menos tres de los siguientes síntomas: fatiga, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño e inquietud (American Psychiatric Association, 2014).

1.7.4. Interacción entre Signos, Síntomas y Síndromes

La integración de signos y síntomas permite identificar patrones específicos que conducen al reconocimiento de síndromes. Un ejemplo ilustrativo es el trastorno bipolar, donde los episodios de manía, caracterizados por aumento de la energía, autoestima inflada y comportamiento impulsivo, alternan con episodios depresivos, creando un patrón clínico distintivo (Hernández Bayona, 2013).

Ejercicio reflexivo: Analiza un caso clínico hipotético donde un paciente presente pérdida de apetito, insomnio y desesperanza. Identifica cuáles de

estas manifestaciones corresponden a signos, síntomas o ambos, y plantea un posible diagnóstico diferencial.

1.7.5. Relevancia Clínica

La identificación precisa de signos, síntomas y síndromes es crucial para la formulación de un diagnóstico adecuado y la planificación de intervenciones terapéuticas. Además, este enfoque permite evaluar la respuesta al tratamiento, facilitando ajustes en las estrategias clínicas según sea necesario.

- **Ejemplo Integrador**

Un paciente masculino de 45 años consulta por fatiga constante, disminución del interés en actividades y pensamientos recurrentes de inutilidad. Durante la evaluación, el clínico observa inhibición psicomotora y un tono de voz monótono (signos). El paciente reporta sentirse triste la mayor parte del tiempo y experimentar insomnio persistente (síntomas). Estos hallazgos, en conjunto, forman un síndrome depresivo mayor según los criterios del DSM-5, que requiere intervención inmediata.

Tabla 4

Diferencias entre Signos, Síntomas y Síndromes

Término	Definición	Ejemplo Clínico
Signos	Manifestaciones objetivas observadas por el clínico.	Retraso psicomotor en depresión.
Síntomas	Experiencias subjetivas reportadas por el paciente.	Sentimientos de tristeza persistente.
Síndromes	Conjunto de signos y síntomas que forman un cuadro clínico reconocible.	Síndrome depresivo mayor.

Nota. Elaboración propia a partir de Hernández Bayona (2013), Sarason y Sarason (2006), y Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

La identificación y clasificación de trastornos mentales plantea desafíos éticos. Es fundamental evitar la patologización de conductas culturalmente aceptables y considerar la perspectiva del paciente en el contexto de su entorno sociocultural.

Resumen del capítulo

En este capítulo se han abordado los fundamentos conceptuales de la semiología clínica y la psicopatología, disciplinas esenciales en el proceso de evaluación psicológica. Se ha explicado la relación entre semiótica, semiología clínica, psicosemiología y psicopatología, destacando el valor de los signos y síntomas como expresiones del sufrimiento psíquico. Asimismo, se han revisado las categorías fundamentales del lenguaje clínico, diferenciando entre signos, síntomas, síndromes y trastornos, así como los modelos históricos que han configurado el campo psicopatológico. Finalmente, se enfatizó la importancia de la observación, el juicio clínico y la sistematización del discurso como herramientas clave para una comprensión profunda del paciente.

Glosario de términos clave

Término	Definición breve
Semiótica	Ciencia que estudia los signos y su capacidad de significar.
Semiología clínica	Estudio sistemático de signos y síntomas en el ámbito de la salud.
Psicosemiología	Enfoque que interpreta los signos psíquicos desde una perspectiva semiótica.
Signo	Manifestación objetiva observada por el clínico.
Síntoma	Manifestación subjetiva relatada por el paciente.
Síndrome	Conjunto de signos y síntomas que aparecen de forma simultánea y coherente.
Trastorno	Alteración clínica reconocida por criterios diagnósticos establecidos.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál es la diferencia entre semiótica y semiología clínica?
2. ¿Qué elementos diferencian un signo de un síntoma?
3. ¿Cuál es el objetivo de la psicosemiología dentro de la evaluación clínica?
4. ¿Qué aportes realizaron los modelos históricos a la psicopatología actual?
5. ¿Por qué es fundamental el lenguaje clínico en la formulación de un diagnóstico?
6. ¿Qué riesgos conlleva una evaluación clínica basada solo en la impresión subjetiva?
7. ¿Qué vínculo existe entre el signo clínico y el juicio psicopatológico?

Actividad de aplicación

Caso para análisis:

Juan, de 27 años, es derivado a consulta por su médico general. Refieren que ha disminuido notablemente su rendimiento laboral, pasa largos períodos sin hablar y se muestra indiferente a los estímulos del entorno. Durante la entrevista, evita la mirada, mantiene una postura rígida, y responde con monosílabos. A momentos, sonríe sin motivo aparente. Afirma escuchar una "voz que lo critica".

Instrucciones para el estudiante:

1. Identifica al menos tres signos y tres síntomas presentes en el caso.
2. ¿Qué elementos semiológicos pueden relacionarse con un posible diagnóstico?
3. Elabora un cuadro resumen diferenciando observaciones subjetivas y objetivas.
4. Reflexiona: ¿Qué papel jugaría la psicosemiología en la interpretación de este caso?

Referencias Bibliográficas:

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universidad de Chile.
- Carlat, D. (2017). La entrevista psiquiátrica y el examen mental. Wolters Kluwer.
- Desviat, M. (2010). *Síntoma, signo e imaginario social*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Hernández Bayona, G. (2013). *Psicopatología básica*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Ortiz-Tallo, M. (2018). *Psicopatología clínica: Adaptado al DSM-5*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Sarason, I. G., y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal*. Pearson Educación.
- Vallejo Ruiloba, J. (2015). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier.

CAPÍTULO II.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

“Una de las habilidades clínicas más poderosas es la capacidad del profesional para percibir y dar sentido a lo que el paciente muestra, más allá de lo que dice.”

– Shea (2017)

Viñeta clínica

Andrés, un hombre de 28 años, acude a su primera consulta psicológica tras ser derivado por su médico general. El motivo: fatiga persistente, insomnio y una sensación constante de agobio. Al iniciar la entrevista, el clínico nota que Andrés evita el contacto visual, mantiene los brazos cruzados y responde con monosílabos. Sin embargo, a medida que avanza la conversación, revela que se despierta varias veces en la noche, ha perdido el apetito, y tiene pensamientos recurrentes sobre su rendimiento académico. El profesional decide iniciar una evaluación clínica sistemática, integrando la observación conductual, la entrevista psicopatológica, la historia clínica y el examen del estado mental.

Propósito: Esta viñeta contextualiza de forma realista el contenido del capítulo, anticipando la importancia de dominar los principales métodos de evaluación en psicología clínica.

Objetivos del capítulo

Al finalizar el estudio de este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Describir los principales métodos clínicos utilizados en la evaluación psicopatológica: observación, entrevista psicopatológica, historia clínica y examen del estado mental.
2. Analizar la utilidad de cada método en función del tipo de paciente y del contexto clínico.

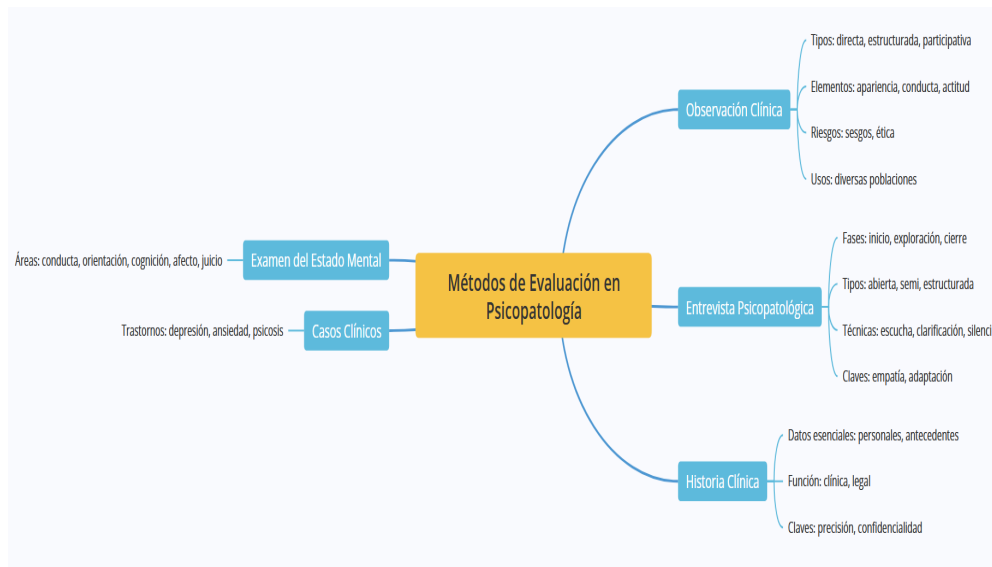
3. Diferenciar los tipos de observación clínica y reconocer sus aplicaciones e implicaciones éticas.
4. Reconocer los componentes esenciales de la entrevista psicopatológica y sus fases estructurales.
5. Identificar los elementos fundamentales de la historia clínica psicológica y su valor terapéutico y legal.
6. Aplicar criterios clínicos para la evaluación del estado mental, incluyendo la valoración del aspecto, conducta, juicio, memoria, orientación y percepción.

Preguntas guía del capítulo

1. ¿Por qué es fundamental la observación clínica en la evaluación del estado mental de un paciente?
2. ¿Qué características distinguen a una entrevista psicopatológica de otros tipos de entrevistas clínicas?
3. ¿Qué información debe contener una historia clínica psicológica y qué funciones cumple?
4. ¿Cómo se estructura el Examen del Estado Mental (EEM) y qué dominios explora?
5. ¿Qué tipo de errores y sesgos puede cometer un clínico durante la observación o la entrevista?
6. ¿Cuáles son los desafíos éticos en la aplicación de métodos de evaluación psicológica?
7. ¿Cómo debe adaptarse la evaluación clínica a poblaciones específicas como niños, personas mayores o pacientes con deterioro cognitivo?

Organizador gráfico

Métodos de evaluación clínica en psicopatología



Nota. Elaboración propia con fines didácticos.

2.1. La observación

2.1.1. Definición y relevancia clínica

La observación clínica es una técnica central en la evaluación psicopatológica, que permite registrar de manera directa y sistemática la conducta manifiesta del paciente, sus expresiones emocionales y su actitud en la interacción. A diferencia de los métodos autorreferidos, la observación ofrece información no filtrada por la conciencia del sujeto, lo que resulta especialmente útil en poblaciones con dificultades para verbalizar su malestar o con escaso insight. Esta técnica requiere entrenamiento y un marco teórico que guíe la interpretación de lo observado (Cordero-Andrés y Pastor Muñoz, 2019).

Desde una perspectiva semiológica, la observación no es un acto pasivo, sino una competencia técnica que exige entrenamiento perceptivo, atención flotante y capacidad de contextualización. Su valor radica en su transversalidad diagnóstica, ya que opera como herramienta complementaria durante toda la evaluación, desde la primera impresión hasta la validación de hipótesis

clínicas, y se mantiene activa incluso en contextos no estructurados, como la sala de espera o el seguimiento ambulatorio.

Tal como señala Shea (2017), una de las habilidades clínicas más poderosas es la capacidad del profesional para percibir y dar sentido a lo que el paciente muestra, más allá de lo que dice. Esto incluye reconocer microexpresiones faciales, matices prosódicos del habla, patrones motores y reacciones interpersonales. En muchos casos, estos indicadores observables constituyen pistas clave para detectar sufrimiento psíquico que el paciente aún no ha verbalizado o incluso del que no tiene plena conciencia.

2.1.2. Tipos de observación

La observación clínica puede clasificarse según diversos criterios, tales como el grado de estructuración, la participación del observador o el contexto en el que se lleva a cabo. Cada tipo de observación responde a diferentes objetivos clínicos y niveles de control del procedimiento. Su correcta elección y aplicación exige criterios técnicos y experiencia profesional (Muñoz, 2010; Fernández-Ballesteros, 2013).

- **Observación directa:** Se basa en la percepción inmediata del comportamiento del paciente por parte del profesional, sin intermediarios. El clínico recoge información a través de la interacción presencial, evaluando expresiones emocionales, conducta motora, lenguaje corporal y coherencia verbal. Es el formato más frecuente en contextos clínicos individuales (Cordero-Andrés y Pastor Muñoz, 2019).
- **Observación indirecta:** Utiliza la información aportada por terceros como familiares, docentes, cuidadores o personal institucional. Este tipo de observación es especialmente valiosa cuando el paciente no puede expresar adecuadamente sus experiencias, como ocurre en casos de deterioro cognitivo, cuadros psicóticos o en la infancia (Muñoz, 2010).
- **Observación estructurada:** Se realiza con base en protocolos previamente definidos que determinan las conductas a observar, el contexto en que deben registrarse y los criterios de codificación. Este

enfoque maximiza la fiabilidad interobservador y es común en investigación y evaluación conductual, mediante escalas como la CBCL o la BASC (Fernández-Ballesteros, 2013).

- **Observación no estructurada:** Se lleva a cabo sin una pauta formal, permitiendo que el clínico registre espontáneamente los aspectos que considera clínicamente relevantes. Este tipo de observación exige experiencia y juicio clínico entrenado para discriminar lo significativo y evitar sesgos (Cordero-Andrés y Pastor Muñoz, 2019).
- **Observación participativa:** El profesional interviene activamente en la situación observada, provocando deliberadamente respuestas conductuales o emocionales. Este tipo de observación es común en contextos terapéuticos o de evaluación proyectiva, como en la aplicación de técnicas gráficas o tareas sociales simuladas (Muñoz, 2010).
- **Observación no participativa:** El clínico adopta un rol de observador pasivo, registrando las conductas tal como se presentan en el ambiente, sin influir directamente. Es útil en evaluaciones institucionales, en salas de juego o mediante espejos unidireccionales, y se recomienda en fases iniciales del vínculo clínico (Fernández-Ballesteros, 2013).

Cada modalidad de observación aporta perspectivas complementarias y debe seleccionarse considerando el contexto, los objetivos diagnósticos y las características del paciente. Su integración mejora la validez ecológica de la evaluación y enriquece la comprensión clínica del caso.

2.1.3. Elementos observables clave

Una observación clínica eficaz requiere atención meticulosa a diversos componentes del comportamiento humano que, en conjunto, permiten inferir el estado mental actual del paciente. La observación sistemática de estas dimensiones debe integrarse con los datos recogidos mediante entrevista y anamnesis para formar una representación clínica completa y evitar

interpretaciones basadas en estereotipos o intuiciones sin fundamento (Shea, 2017).

- **Apariencia general**

Este dominio incluye la evaluación de la higiene o aseo personal del paciente, su vestimenta, postura corporal, edad aparente, el estado nutricional, además de otros detalles importantes que involucran la presencia de signos físicos como por ejemplo hematomas, lesiones autoinfligidas o gestos autoagresivos.

- **Conducta motora**

Se refiere a la calidad, cantidad y coordinación de los movimientos del cuerpo. Puede evidenciarse inhibición psicomotora, como lentitud o rigidez, típica en la depresión mayor, o bien agitación motora, frecuente en manía o ansiedad intensa. También se pueden observar manierismos, estereotipias, tics o temblores, que pueden indicar presencia de esquizofrenia, efectos secundarios extrapiramidales o trastornos neurológicos (Shea, 2017; Othmer y Othmer, 2001).

- **Expresividad emocional**

La capacidad de manifestar emociones a través de la expresión facial, la postura, los gestos y el tono vocal es un indicador esencial del funcionamiento afectivo. Se valoran la congruencia afectiva (acorde o no con el contenido verbal), la intensidad y la variabilidad emocional. Por ejemplo, una expresión facial incongruente, como reír al hablar de un duelo, puede señalar trastornos psicóticos o disociativos (Carlat, 2017). Un afecto plano o embotado puede sugerir esquizofrenia o deterioro neurocognitivo.

- **Tono y prosodia del habla**

El análisis del habla incluye aspectos paraverbales, como el tono, el volumen, la modulación, la velocidad y el ritmo. Un tono monótono o una prosodia empobrecida es característico de personas con depresión o esquizofrenia. Por el contrario, una prosodia excesivamente rápida y exaltada puede ser expresión de un estado maniforme (Shea, 2017; Fernández-Ballesteros, 2013).

La evaluación del habla ofrece pistas sobre el estado afectivo y el nivel de activación general del sujeto.

- **Actitud hacia el entrevistador**

Este ítem evalúa la disposición interpersonal que el paciente muestra durante el encuentro clínico. Puede variar desde la cooperación activa y confiada, hasta la evasividad, la hostilidad o el retraimiento extremo. Estas actitudes reflejan el estilo de vinculación interpersonal del paciente y permiten al clínico valorar el nivel de insight, el funcionamiento social y la posibilidad de establecer una alianza terapéutica efectiva (Othmer y Othmer, 2001).

2.1.4. Errores comunes y sesgos del observador

La observación clínica no está exenta de sesgos. La interpretación de la conducta del paciente puede verse influida por diversos factores personales y cognitivos del observador, los cuales, si no se reconocen y controlan, comprometen la objetividad diagnóstica. A continuación, se describen algunos de los sesgos más comunes:

- **Efecto halo:** Consiste en generalizar una impresión inicial positiva o negativa del paciente a otras áreas del comportamiento o del juicio clínico. Por ejemplo, un paciente bien vestido y articulado podría ser percibido como mentalmente sano, aun cuando presente síntomas encubiertos. Este sesgo impide una valoración equilibrada de la totalidad de la información observable (Shea, 2017).
- **Expectativas previas:** Las creencias o hipótesis preconcebidas del profesional pueden sesgar la forma en que se interpretan las conductas. Es decir, el clínico puede “ver lo que espera ver”, desestimando signos que contradicen su idea inicial. Carlat (2017) advierte que esto ocurre con frecuencia cuando el evaluador se deja influir por diagnósticos anteriores o por el relato del remitente.
- **Contratransferencia:** Se refiere a las reacciones emocionales que despierta el paciente en el profesional, basadas en experiencias pasadas o aspectos no resueltos del propio observador. Si no se

identifica y regula, la contratransferencia puede distorsionar la percepción del paciente y alterar la conducta del clínico. Su detección no solo es un acto de conciencia ética, sino también una competencia clínica fundamental (Shea, 2017).

Estos sesgos no invalidan la utilidad de la observación, pero exigen del profesional una actitud crítica, supervisión clínica continua y formación en habilidades reflexivas.

2.1.5. Consideraciones éticas

Toda acción observacional en psicología clínica debe enmarcarse en los principios éticos fundamentales del respeto por la dignidad, la privacidad y la autonomía del paciente. Entre las consideraciones más relevantes se encuentran:

- **Observación sin juicio ni interpretación prematura:** Observar no implica etiquetar ni diagnosticar inmediatamente. El rol del observador es registrar conductas, no interpretarlas sin contexto ni corroboración clínica. Una buena práctica es describir lo que se ve ("el paciente evitó el contacto visual durante toda la entrevista") antes de atribuir significados ("tiene ansiedad social").
- **Consentimiento implícito:** Aunque la observación forma parte del acto clínico estándar, debe existir una comprensión tácita o explícita del paciente respecto al proceso de evaluación. Esto se alcanza al establecer una relación terapéutica transparente y honesta, en la que el paciente entiende que está siendo evaluado para su propio beneficio.
- **Respeto a la dignidad del paciente:** La observación debe realizarse en un entorno que asegure la privacidad, la confidencialidad y el trato respetuoso. Carlat (2017) subraya la importancia de generar un "espacio seguro" donde el paciente pueda comportarse espontáneamente sin sentir que está siendo juzgado o vigilado.

La ética de la observación clínica no se limita a lo normativo, sino que constituye una práctica que refleja el compromiso del profesional con el bienestar integral del paciente.

2.1.6. Aplicación en diversos contextos clínicos

La utilidad de la observación varía según el tipo de paciente, el contexto asistencial y los objetivos del encuentro clínico. A continuación, se señalan algunas adaptaciones específicas:

- **Niños:** En población infantil, la observación es clave, ya que muchos niños no poseen el nivel de desarrollo verbal necesario para expresar sus síntomas. El juego libre, las interacciones con figuras parentales y la conducta motora brindan información valiosa. Se recomienda observar tanto en contextos estructurados (entrevista, test) como no estructurados (sala de espera).
- **Pacientes con psicosis:** La observación es fundamental para detectar signos como la desorganización del pensamiento, afecto plano, conductas bizarras o catatónicas, que pueden no ser verbalizadas. Además, las respuestas no verbales a estímulos internos (como escuchar voces) suelen evidenciarse primero en la conducta observable.
- **Urgencias psiquiátricas:** En situaciones de crisis, como intentos de suicidio, episodios agudos de agitación o delirium, la observación permite una rápida evaluación del riesgo, nivel de conciencia y respuesta al entorno. En estos casos, se prioriza la detección de signos de peligro inminente y se integran hallazgos observacionales con intervenciones de contención y derivación.
- **Personas mayores (geriatría):** En adultos mayores, especialmente con deterioro cognitivo, la observación de conductas como la orientación temporal, el seguimiento de órdenes, la expresividad facial y el ritmo del habla es crucial. Estas observaciones ayudan a discriminar entre

envejecimiento normal, demencia y delirium, y suelen ser más fiables que el autorreporte.

Como señala Carlat (2017), el “ojo clínico” entrenado permite captar lo que muchos otros no ven, y esa diferencia puede marcar la línea entre un diagnóstico superficial y una comprensión empática del sufrimiento psíquico del paciente.

2.2. La entrevista psicopatológica

2.2.1. Definición y objetivos

La entrevista psicopatológica es una técnica clínica fundamental para la evaluación del estado mental del paciente, caracterizada por la interacción verbal y no verbal entre el entrevistador y el consultante. Su objetivo es obtener información sistemática, válida y empática sobre los síntomas actuales, la historia personal, los recursos del paciente y el contexto psicosocial en el que se inscriben sus dificultades (Shea, 2017).

En palabras de Carlat (2017), la entrevista constituye “el instrumento de diagnóstico más potente con el que cuenta el clínico” y es el eje central de la evaluación psiquiátrica. Más que una simple recolección de datos, la entrevista tiene una función terapéutica implícita: permite establecer una alianza, contener emocionalmente al paciente, iniciar un proceso de comprensión conjunta y preparar el terreno para una intervención efectiva.

Los objetivos generales de la entrevista incluyen:

- a) Recoger datos para un diagnóstico tentativo.
- b) Comprender la experiencia subjetiva del paciente.
- c) Evaluar riesgos (suicidio, heteroagresión, psicosis).
- d) Formular una estrategia terapéutica inicial.
- e) Fortalecer la alianza terapéutica y promover adherencia al tratamiento.

2.2.2. Fases de la entrevista clínica

La entrevista clínica, especialmente en su modalidad inicial, suele dividirse en tres grandes fases que se interrelacionan dinámicamente:

a) Fase de acogida

Esta fase incluye el primer contacto con el paciente. Su finalidad principal es reducir la ansiedad, establecer un ambiente de confianza y explicar el propósito de la entrevista. La forma en que se inicia el encuentro condiciona la disposición del paciente a colaborar y compartir su malestar (Shea, 2017). Se recomienda una actitud empática, atenta y respetuosa, evitando tecnicismos en los primeros minutos.

b) Fase de exploración

Constituye el núcleo de la entrevista. Aquí se recogen los datos psicopatológicos relevantes, se analiza la coherencia del relato, se exploran los dominios mentales y se indagan aspectos biográficos o contextuales. La actitud del entrevistador debe combinar escucha activa, flexibilidad y foco clínico. En esta fase se alternan preguntas abiertas para fomentar la expresión espontánea y preguntas cerradas para precisar información.

c) Fase de cierre

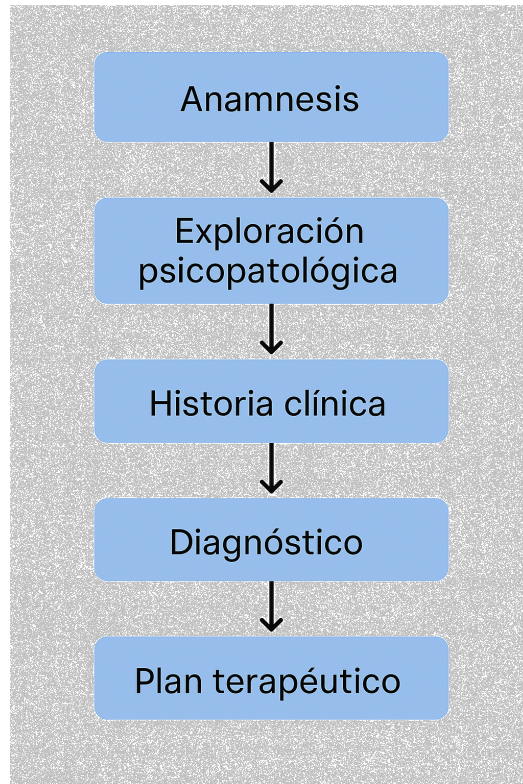
Es la etapa final, donde se resumen los puntos principales, se clarifican acuerdos y se refuerza la disposición del paciente a continuar con el proceso terapéutico. También es el momento para contener emociones activadas durante la entrevista y generar una sensación de sentido. Una buena entrevista no concluye de forma abrupta, sino que proporciona un cierre emocional y cognitivo tanto al profesional como al paciente.

Pregunta de reflexión

¿Cómo influye la actitud del entrevistador en la calidad de la información obtenida durante la entrevista psicopatológica?

Figura 1

Flujograma de la entrevista psicopatológica



Nota: Elaboración propia con fines didácticos. El esquema representa las fases principales de la entrevista psicopatológica.

2.2.3. Tipos de entrevista

El estilo y grado de estructuración de una entrevista varían en función del contexto, la experiencia del entrevistador y los objetivos de la consulta. Los tres tipos clásicos son:

a) Entrevista abierta

Se basa en la exploración libre de los contenidos que el paciente desee compartir. El profesional facilita el discurso espontáneo mediante preguntas abiertas, comentarios empáticos y silencios productivos. Es útil para evaluar relaciones interpersonales, conflictos afectivos y significados personales. Su desventaja es que puede omitir datos importantes si el entrevistador no redirige adecuadamente.

b) Entrevista semiestructurada

Equilibra la libertad expresiva con una guía temática establecida por el clínico. Se adapta al ritmo del paciente, pero cubre áreas obligatorias como antecedentes personales, síntomas actuales, historia médica y consumo de sustancias. Es el formato más común en la práctica clínica, especialmente en psicología y psiquiatría ambulatoria.

c) Entrevista estructurada

Se realiza mediante un protocolo cerrado de preguntas formuladas de manera estandarizada. Minimiza el sesgo del entrevistador y permite comparar datos entre casos. Se utiliza en investigaciones, peritajes o evaluaciones diagnósticas formales. Ejemplos de instrumentos estructurados ampliamente utilizados incluyen:

- MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)
- SCID-5 (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5)
- SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)
- SIPS (Structured Interview for Prodromal Syndromes)

Aunque estos instrumentos no reemplazan la escucha clínica, son herramientas valiosas cuando se requiere objetividad, precisión diagnóstica o replicabilidad.

2.2.4. Técnicas de exploración clínica

Durante la entrevista psicopatológica, el profesional no solo formula preguntas, sino que emplea un conjunto de habilidades interactivas conocidas como técnicas de exploración clínica. Estas técnicas permiten establecer un vínculo empático, obtener información precisa y promover la expresión emocional y cognitiva del paciente. Su uso ha sido ampliamente desarrollado en la literatura especializada (Shea, 2017; Othmer y Othmer, 2001).

- **Escucha activa:** Consiste en brindar al paciente una atención plena, tanto verbal como no verbal, que transmita interés genuino por su discurso. Esta actitud se expresa mediante el uso de verbalizaciones breves como “entiendo”, la inclinación corporal, el asentimiento con la cabeza y la ausencia de interrupciones. La escucha activa facilita el establecimiento del rapport y fomenta la apertura emocional del consultante (Rogers, 1961; Shea, 2017).
- **Clarificación:** Se refiere a la reformulación o solicitud de precisión ante expresiones vagas o ambiguas del paciente. Por ejemplo: “Cuando dice que se siente extraño, ¿podría explicarme mejor a qué se refiere?”. Esta técnica es esencial para precisar los fenómenos psicopatológicos y evitar malentendidos clínicos (Carlat, 2017).
- **Confrontación:** Técnica avanzada que implica señalar, de forma cuidadosa y no confrontativa, discrepancias entre lo que el paciente expresa verbalmente y su comportamiento observado, o entre distintas partes de su relato. Se emplea para favorecer el insight sin invalidar la experiencia del paciente. Por ejemplo: “Noto que sonríe mientras describe un hecho que le resultó doloroso. ¿Le parece si exploremos eso?” (Shea, 2017; Othmer y Othmer, 2001).
- **Silencio terapéutico:** El uso estratégico del silencio permite que el paciente procese internamente lo que ha compartido, fomente la introspección y continúe elaborando su relato. No se trata de una omisión, sino de una intervención activa que ofrece espacio emocional y psicológico, especialmente útil tras la evocación de temas delicados (Langs, 1995; Shea, 2017).

Estas técnicas forman parte del repertorio clínico esencial y deben aplicarse con flexibilidad, sensibilidad cultural y criterio profesional, adaptándose tanto al contexto clínico como al perfil del paciente.

2.2.5. Factores que facilitan o dificultan la alianza terapéutica

La alianza terapéutica es uno de los predictores más sólidos del éxito clínico. Es definida como la relación de colaboración basada en la confianza, la empatía y la sensación de seguridad que se establece entre profesional y paciente (Frank y Frank, 1991, cit. en Carlat, 2017).

Factores facilitadores:

- **Empatía genuina:** Comprender la experiencia emocional del paciente desde su marco de referencia, sin caer en la simpatía o en el juicio.
- **Actitud del clínico:** Mostrar respeto, calidez y competencia. La actitud no directiva y sin prejuicio mejora la disposición del paciente a abrirse.
- **Estilo de comunicación:** Adaptarse al ritmo verbal, al nivel cultural y a las necesidades expresivas del paciente favorece la comprensión mutua y la validación subjetiva.

Factores que la dificultan:

- Lenguaje técnico excesivo o condescendiente.
- Actitudes impacientes o desinteresadas.
- Falta de sintonía emocional.

Una buena alianza no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que convierte la propia entrevista en una experiencia terapéutica en sí misma.

2.2.6. Errores frecuentes en la entrevista

Los errores técnicos o actitudinales pueden interferir gravemente con la calidad diagnóstica y la relación clínica. Algunos de los más comunes son:

- **Estilo de interrogatorio:** Realizar preguntas en cadena, cerradas y rápidas transforma la entrevista en un cuestionario policial, afectando la espontaneidad del discurso y la comodidad emocional del paciente.
- **Juicios o interpretaciones prematuras:** Etiquetar rápidamente una conducta sin explorar su significado para el paciente genera rechazo o defensividad. Ejemplo: decir “eso no es normal” al escuchar una vivencia atípica.

- **Pérdida del foco clínico:** Puede ocurrir cuando el entrevistador se deja llevar por detalles irrelevantes, permitiendo que la entrevista se vuelva errática. La estructuración flexible, no rígida, es esencial para evitar este error.

Estos errores no deben ser vistos como fracasos personales, sino como oportunidades de aprendizaje a través de la supervisión y la autorreflexión.

2.2.7. Adaptación a diferentes poblaciones

La entrevista debe ajustarse al contexto clínico y al perfil del paciente, considerando su etapa del desarrollo, capacidades cognitivas y nivel cultural.

- **Niños:** Se requiere un enfoque lúdico y no directivo, basado en el juego, el dibujo o la observación de la conducta espontánea. La entrevista con padres o cuidadores es esencial. Se utilizan escalas como la EDNA-IV y entrevistas como la DICA-P.
- **Adultos mayores:** Es necesario hablar más lentamente, confirmar la comprensión de lo que se pregunta y evaluar alteraciones cognitivas con sensibilidad. Evitar la infantilización es clave. La entrevista debe valorar tanto síntomas como funcionalidad.
- **Personas con déficit cognitivo:** Deben emplearse frases simples, evitar metáforas, usar apoyos visuales o conductuales, y validar la comunicación no verbal. La presencia de un familiar o tutor puede facilitar la contención emocional y la recogida de datos.

Adaptar la entrevista no significa simplificarla, sino transformarla en una herramienta ética, eficaz y centrada en el ser humano.

2.3. La historia clínica

2.3.1. Definición y utilidad

La historia clínica es un documento clínico, legal y terapéutico que recoge de forma ordenada, sistemática y cronológica la información relevante sobre el estado de salud física y mental de un paciente (Carlat, 2017). Su finalidad principal es integrar datos clínicos, antecedentes personales y sociales, y hallazgos psicopatológicos que sirvan como base para el diagnóstico, el pronóstico y la planificación terapéutica.

Desde el punto de vista jurídico, constituye un registro oficial de las actuaciones clínicas realizadas, con valor probatorio y ético. Además, permite al profesional demostrar la pertinencia y calidad de la atención brindada, lo que le otorga un rol central en la defensa legal de la práctica clínica (Barbudo del Cura y Chinchilla Moreno, 2011). Éticamente, refleja el vínculo profesional-paciente y debe ser elaborada con respeto, veracidad y confidencialidad.

En el ámbito de la salud mental, la historia clínica no solo recoge síntomas, sino también el sentido subjetivo que el paciente atribuye a su sufrimiento. Esta perspectiva biográfica y fenomenológica la convierte en una herramienta indispensable para una comprensión diagnóstica integral, más allá de la mera clasificación nosológica (Shea, 2017; Othmer y Othmer, 2001).

Desde una perspectiva evolutiva, en las últimas décadas, la historia clínica se ha adecuado hacia sistemas electrónicos (EHR), lo que ha transformado la forma de documentar los datos del paciente al ofrecer mayor accesibilidad, trazabilidad y continuidad en la atención. No obstante, esta transición plantea desafíos éticos y técnicos cruciales, como la interoperabilidad, esencial para compartir información entre instituciones y profesionales, y la protección de la seguridad y confidencialidad de los datos en ambientes digitales. En este contexto, el psicólogo clínico debe estar preparado no solo para elaborar historias clínicas precisas, sino también para gestionar adecuadamente los aspectos legales y tecnológicos vinculados al registro electrónico (Kariotis et al., 2022).

2.3.2. Componentes esenciales

Una historia clínica estructurada en el contexto de la psicopatología debe incluir, como mínimo, los siguientes apartados (Carlat, 2017):

1. Datos de filiación

Incluyen nombre completo, edad, sexo, nacionalidad, ocupación, nivel educativo, estado civil, dirección, número de historia clínica y datos de contacto. Estos datos permiten identificar al paciente y contextualizar sus condiciones de vida.

2. Motivo de consulta

Es la razón por la que el paciente solicita atención, idealmente registrada en sus propias palabras. Puede acompañarse de la perspectiva del familiar o profesional que deriva. Es importante distinguir entre el motivo explícito y la demanda implícita, que puede emerger durante la evaluación (Barbudo del Cura y Chinchilla Moreno, 2011).

3. Historia del problema actual

Incluye la descripción detallada del malestar actual: fecha de inicio, curso temporal, síntomas predominantes, factores precipitantes y desencadenantes, repercusión funcional, y estrategias de afrontamiento previas. Se debe explorar tanto la narrativa subjetiva del paciente como los signos clínicos observables (Shea, 2017).

4. Antecedentes personales

Se registran enfermedades médicas, antecedentes quirúrgicos, hospitalizaciones, uso de medicamentos, intentos de suicidio, tratamientos psicológicos o psiquiátricos previos, y eventos significativos en la vida del paciente. También se valora el desarrollo psicobiográfico desde la infancia hasta la actualidad, incluyendo el rendimiento escolar, relaciones familiares, afectivas y laborales (Carlat, 2017).

5. **Antecedentes familiares**

Recoge información sobre historia de trastornos psiquiátricos, neurológicos o médicos relevantes en familiares de primer y segundo grado. Esta información permite establecer patrones de riesgo hereditario y contextos de exposición ambiental. El uso de herramientas como el genograma puede ser útil para visualizar dinámicas familiares (Othmer y Othmer, 2001).

6. **Historia evolutiva**

Explora hitos del desarrollo psicomotor, lenguaje, socialización, adaptabilidad escolar, conducta, personalidad y eventos vitales críticos a lo largo del ciclo vital. Este apartado es especialmente relevante en población infantojuvenil y en pacientes con sospecha de trastornos del neurodesarrollo (Fernández-Ballesteros, 2013).

7. **Consumo de sustancias**

Se deben registrar tipo, frecuencia, cantidad y duración del uso de sustancias psicoactivas (alcohol, cannabis, tabaco, benzodiazepinas, etc.). Además, es esencial explorar el impacto funcional, los intentos de abstinencia y la conciencia del problema. El uso de cuestionarios breves puede ser un complemento útil (Barbudo del Cura y Chinchilla Moreno, 2011).

8. **Tratamientos anteriores**

Incluye intervenciones médicas, psicológicas, psicofarmacológicas o alternativas. Se debe anotar la duración, adherencia, efectos secundarios, percepción de eficacia y motivos de abandono, si existieron. Esta sección es vital para planificar futuras estrategias terapéuticas con base en la experiencia del paciente (Shea, 2017).

Cada uno de estos componentes debe ser registrado con claridad, precisión y lenguaje técnico adecuado, evitando juicios subjetivos, adjetivos innecesarios o inferencias no fundamentadas. El profesional debe procurar

una narrativa comprensible para otros clínicos, garantizando así la continuidad asistencial y el trabajo en equipo.

Figura 2

Elementos básicos de la historia clínica

Datos de Identificación	Información demográfica y datos de contacto del paciente
Antecedentes	Historia médica, familiar y psicosocial del paciente
Hallazgos Clínicos	Resultados de la exploración física y evaluaciones del estado mental
Juicio Clínico	Diagnóstico, pronóstico y planificación del tratamiento

Nota: Elaboración propia con fines didácticos. Apartados esenciales de una historia clínica en psicología, que constituyen la estructura mínima para un registro clínico completo.

2.4. Técnica de recolección: importancia de la precisión, orden cronológico, lenguaje claro, uso de categorías diagnósticas

La recolección de información en la historia clínica exige precisión, orden lógico y claridad conceptual, ya que un error en el registro puede alterar la interpretación clínica del caso. Según Shea (2017), la entrevista clínica debe registrar los hechos tal como se presentan, evitando inferencias prematuras o juicios de valor, y dando prioridad a la exactitud en la descripción de los síntomas, emociones y conductas del paciente.

La organización cronológica de los eventos clínicos, en especial durante la reconstrucción de la historia del problema actual, permite trazar la secuencia evolutiva del trastorno, identificar factores desencadenantes y evaluar la eficacia de estrategias previas de afrontamiento. Esta disposición temporal favorece una formulación clínica coherente y facilita la distinción entre síntomas nucleares, secundarios y contextuales (Carlat, 2017).

Asimismo, el lenguaje utilizado en el registro clínico debe mantener un tono técnico, objetivo y claro, evitando ambigüedades, juicios subjetivos o términos coloquiales, salvo que se trate de una cita textual del paciente. Esta precisión terminológica garantiza la comunicación efectiva entre profesionales y resguarda el valor clínico y legal del documento (Shea, 2017).

Cuando el profesional cuenta con suficientes elementos diagnósticos, es recomendable el uso de categorías clínicas reconocidas como las del DSM-5 o la CIE-11, especificando siempre si se trata de un diagnóstico presuntivo o confirmado (Fernández-Ballesteros, 2013). Un registro ordenado, claro y objetivo facilita la continuidad asistencial y protege legalmente tanto al paciente como al profesional.

2.4.1. Diferencias con otros registros clínicos: ficha médica, anamnesis, notas de evolución

La historia clínica se distingue de otros registros utilizados en el ámbito sanitario por su carácter integrador y longitudinal, ya que no solo documenta información médica, sino también aspectos psicológicos, conductuales y sociales, fundamentales para una comprensión biopsicosocial del paciente. Esta amplitud convierte a la historia clínica en un instrumento clave para la formulación diagnóstica, la planificación terapéutica y la coordinación interdisciplinaria (Carlat, 2017).

- **Ficha médica**

Es un documento más restringido, generalmente utilizado en entornos médicos generales o urgencias. Se centra en datos administrativos,

diagnósticos biomédicos, tratamientos farmacológicos, constantes vitales y resultados de laboratorio. A diferencia de la historia clínica, suele excluir elementos subjetivos o contextuales, y no contempla un análisis de la vivencia del malestar o la dimensión psicosocial del paciente (Fernández-Ballesteros, 2013).

- **Anamnesis**

La anamnesis constituye un subcomponente esencial de la historia clínica, orientado específicamente a la recogida de antecedentes personales, familiares, médicos y contextuales. Aunque proporciona información valiosa para establecer hipótesis diagnósticas, por sí sola no constituye una historia clínica completa, ya que no incluye análisis del estado mental actual, observaciones clínicas ni planificación terapéutica (Shea, 2017).

- **Notas de evolución**

Son registros cronológicos y parciales que documentan el progreso del paciente durante el proceso asistencial. Permiten registrar intervenciones realizadas, respuestas clínicas, modificaciones en el tratamiento y observaciones incidentales. No obstante, carecen del carácter integrador y longitudinal de la historia clínica completa, y deben ser entendidas como una parte operativa de esta, no como un documento diagnóstico en sí mismo (Carlat, 2017).

Estas distinciones son fundamentales para asegurar una práctica clínica ética, documentada y coherente, especialmente en equipos interdisciplinarios donde la claridad y especificidad del registro condicionan la continuidad y eficacia de la atención.

2.4.2. Confidencialidad y aspectos legales: derecho a la intimidad, protección de datos, consentimiento informado

La historia clínica está sujeta a principios éticos y legales fundamentales, entre ellos el derecho a la intimidad, la protección de datos personales y el consentimiento informado. Estos principios son recogidos en las leyes nacionales de salud y en los códigos deontológicos profesionales.

El contenido de la historia clínica debe ser tratado como información estrictamente confidencial. Solo puede ser compartido con otros profesionales con el consentimiento del paciente o en situaciones de riesgo para la vida o la salud de terceros (Shea, 2017). Además, los principios ético-legales que regulan el manejo de información clínica establecen que el paciente tiene derecho a conocer qué datos se registran en su historia clínica, con qué finalidad, y quiénes tendrán acceso a ellos. Esta obligación de transparencia forma parte del marco del consentimiento informado y de la protección de la intimidad, reconocida por los códigos deontológicos y la legislación vigente en materia de datos personales en salud (Shea, 2017; Cordero-Andrés y Pastor Muñoz, 2019).

El consentimiento informado implica que el paciente ha sido adecuadamente informado sobre el proceso de evaluación y tratamiento, y ha aceptado voluntariamente participar. Este consentimiento debe ser registrado y actualizado si cambian las condiciones clínicas o jurídicas del caso (Barbudo del Cura y Chinchilla Moreno, 2011).

2.4.3. Utilidad para la formulación clínica y pronóstico

La historia clínica es una herramienta esencial para la formulación clínica, que va más allá de un diagnóstico categorial y busca una comprensión dinámica e integral del caso. Como señala Shea (2017), formular clínicamente implica identificar patrones, relaciones entre síntomas, personalidad y entorno, así como factores de vulnerabilidad y resiliencia. Además, proporciona información clave para el establecimiento del pronóstico: la presencia de antecedentes de recaídas, factores estresantes persistentes, nivel de insight,

red de apoyo y respuesta previa a tratamientos son elementos decisivos para predecir la evolución del trastorno (Carlat, 2017).

Una historia clínica bien elaborada no solo proporciona una base diagnóstica sólida, sino que también facilita el trabajo del equipo interdisciplinario, al ofrecer una visión integrada del paciente que orienta la planificación terapéutica, promueve la continuidad asistencial y permite formular intervenciones personalizadas, coherentes y sostenibles a lo largo del tiempo (Shea, 2017; Fernández-Ballesteros, 2013).

2.5. Evaluación del estado mental

2.5.1. Definición y propósito

El Examen del Estado Mental (EEM) es una herramienta estructurada y sistemática que permite evaluar el estado psicológico actual del paciente mediante la observación directa de su conducta, discurso y funciones cognitivas. A diferencia de la historia clínica, que recoge eventos pasados, el EEM se focaliza en el aquí y ahora, y resulta fundamental para detectar alteraciones en áreas como el juicio, la percepción, el pensamiento, el lenguaje, el afecto y la conciencia (Shea, 2017; Carlat, 2017).

Este examen constituye una herramienta esencial para complementar la información obtenida en la entrevista psicopatológica. Su utilidad clínica se refleja tanto en la formulación diagnóstica como en la planificación terapéutica, además de servir como base para evaluaciones sucesivas que permitan monitorear el progreso del paciente (Carlat, 2017).

2.5.2. Estructura clásica del Examen del Estado Mental (EEM)

El Examen del Estado Mental (EEM) contempla la evaluación de diversos dominios del funcionamiento psíquico que, organizados en una estructura estandarizada, permiten realizar una descripción precisa del estado mental del paciente. Esta estructura facilita la comparación de hallazgos clínicos entre diferentes momentos de la evolución del caso o entre distintos profesionales,

promoviendo la coherencia diagnóstica y el seguimiento longitudinal (Shea, 2017; Carlat, 2017).

A continuación, se presenta una tabla descriptiva que resume las principales funciones psíquicas o elementos del vivenciar que se valoran habitualmente durante el EEM. Este esquema tiene carácter orientativo y su propósito es proporcionar al estudiante una visión general de los componentes que integran la evaluación.

Tabla 1

Funciones psíquicas exploradas en el Examen del Estado Mental (EEM)

Función psíquica	Descripción clínica general
Estado de conciencia	Nivel de alerta y capacidad de respuesta ante el entorno. Es el primer dominio evaluado en todo encuentro clínico.
Orientación	Capacidad para situarse correctamente en relación con el tiempo, el espacio y la propia identidad.
Atención y concentración	Habilidad para focalizar (atención) y sostener (concentración) el foco mental en tareas o estímulos.
Memoria	Capacidad para registrar, almacenar y recuperar información. Incluye memoria inmediata, reciente y remota.
Lenguaje	Competencia para comprender y expresar ideas. Abarca ritmo, coherencia, prosodia, fluidez y comprensión.
Pensamiento	Evaluación de la <i>forma</i> (lógica y secuencia) y <i>contenido</i> (ideas, creencias, temores) del discurso del paciente.
Percepción	Proceso mediante el cual el individuo interpreta estímulos sensoriales del entorno.
Afecto y ánimo	Estado emocional del paciente (ánimo) y su manifestación externa observable (afecto).
Juicio	Capacidad para analizar situaciones, prever consecuencias y actuar de forma adecuada al contexto.

Percepción de realidad	Habilidad para distinguir entre lo real y lo imaginario.
------------------------	--

Nota. Elaboración propia con fines didácticos. Adaptado de Carlat (2017), Shea (2017), Othmer y Othmer (2001), y Fernández-Ballesteros (2013). Este cuadro resume las funciones psíquicas evaluadas en el EEM. Las particularidades diagnósticas, principales alteraciones y técnicas específicas de exploración se desarrollarán en detalle en los capítulos III y IV de este texto.

2.5.3. Otros dominios por evaluarse en el Examen del Estado Mental (EEM)

Como se ha expuesto, el Examen del Estado Mental (EEM) es una valiosa herramienta clínica que permite registrar sistemáticamente el funcionamiento psíquico actual del paciente a través de dominios observables, verbales y conductuales. A continuación, se detallan diversos aspectos que deben ser objeto de evaluación clínica.

- **Aspecto general**

La evaluación del aspecto general se realiza desde el primer contacto con el paciente y proporciona valiosa información sobre su estado físico, nivel funcional y organización psíquica. Incluye la observación de elementos como el aseo personal, la vestimenta, la postura corporal, la edad aparente, el estado nutricional, la simetría facial y la presencia de signos físicos inusuales, como cicatrices, hematomas, tatuajes en contextos clínicos sugestivos, o uso excesivo de maquillaje.

Una apariencia visiblemente descuidada puede ser indicativa de trastornos depresivos graves, deterioro neurocognitivo o estados psicóticos con desorganización. En contraste, una vestimenta llamativa o inadecuada al contexto puede encontrarse en pacientes con trastornos del estado de ánimo en fase maniforme o con trastornos de personalidad del grupo B (Carlat, 2017; Fernández-Ballesteros, 2013).

El juicio clínico debe guiarse por la coherencia del aspecto del paciente con la situación, su relato verbal y el contexto cultural, evitando interpretaciones basadas en estereotipos sociales.

- **Conducta**

El análisis de la conducta observada durante la entrevista abarca el comportamiento motor, la actitud del paciente hacia el entrevistador y las manifestaciones no verbales que se expresan a través del cuerpo. Entre los aspectos más relevantes se encuentran:

- El nivel de actividad motora: agitación, hipoactividad o bradicinesia.
- La actitud interpersonal: cooperación, hostilidad, evasión, sumisión o desconfianza.
- El contacto ocular: evitación, fijación excesiva o ausencia de conexión visual.
- Los movimientos repetitivos: estereotipias, manierismos, tics, temblores o ecolalia motora.
- La expresión facial: adecuada, inexpresiva (hipomimia), inadecuada o desinhibida.

Alteraciones en este dominio pueden indicar catatonia, inhibición psicomotora, excitación maníforme, ansiedad grave o cuadros extrapiramidales inducidos por fármacos (Shea, 2017; Carlat, 2017). La conducta debe describirse objetivamente, evitando etiquetas interpretativas, y preferiblemente con ejemplos conductuales concretos.

- **Instintos básicos: Sueño, alimentación, sexualidad y pulsión vital**

La valoración de los instintos básicos constituye una parte esencial del examen del estado mental, ya que permite detectar alteraciones en el funcionamiento vegetativo del paciente, las cuales suelen estar presentes en trastornos afectivos, psicóticos, de ansiedad o en cuadros neurocognitivos. Estos dominios reflejan aspectos fundamentales del equilibrio psicobiológico y su

evaluación debe formar parte sistemática de toda entrevista psicopatológica (Shea, 2017; Cordero-Andrés y Pastor Muñoz, 2019).

- **Sueño**

La exploración del sueño incluye síntomas como insomnio de conciliación, despertares nocturnos, despertar precoz e hipersomnia. Estos trastornos pueden reflejar una alteración del eje neurovegetativo y son característicos de trastornos depresivos mayores, trastornos bipolares, trastornos de ansiedad generalizada, o del consumo de sustancias. Además, el patrón y la calidad del sueño constituyen un marcador sensible del estado afectivo del paciente (Carlat, 2017; Shea, 2017).

- **Alimentación**

En el dominio alimentario se investiga el cambio en el apetito, variaciones de peso corporal, episodios de hiperfagia, anorexia, ayuno voluntario o atracones. Estas alteraciones se observan en depresiones severas, trastornos de la conducta alimentaria (como anorexia nerviosa y bulimia), y en algunos trastornos por ansiedad, especialmente aquellos con componente somático. La evaluación clínica debe incluir tanto el comportamiento alimentario como las creencias y actitudes del paciente hacia la comida y su cuerpo (Cordero-Andrés y Pastor Muñoz, 2019; Fernández-Ballesteros, 2013).

- **Sexualidad**

El funcionamiento sexual debe explorarse con respeto y sensibilidad, evaluando aspectos como el nivel de deseo sexual (hipoactividad o hipersexualidad), satisfacción, dificultades en las relaciones íntimas y percepción del propio cuerpo. La disminución del deseo sexual es común en la depresión, la ansiedad crónica y también como efecto secundario de psicofármacos como los ISRS o antipsicóticos atípicos. En episodios maniformes, puede presentarse un aumento notorio de la libido y desinhibición sexual (Shea, 2017; Carlat, 2017).

○ **Pulsión vital**

Este dominio hace referencia a la energía general del paciente, su capacidad de iniciativa, motivación, disfrute y conexión con metas personales o sociales. Su disminución, conocida como anhedonia vital, es uno de los síntomas nucleares de la depresión mayor, y puede presentarse también en cuadros psicóticos, trastornos disociativos y estados de despersonalización. El paciente puede verbalizarlo como “vacío”, “falta de ganas de vivir” o “ausencia de propósito” (Carlat, 2017; Cordero-Andrés y Pastor Muñoz, 2019).

2.5.4. Preguntas tipo y observaciones clínicas específicas para estos dominios
La entrevista clínica debe incluir preguntas abiertas y sensibles que permitan al paciente expresar libremente sus vivencias en estos aspectos. Según Shea (2017), la forma en que se formulan las preguntas puede facilitar la autoexploración sin generar resistencia o vergüenza.

Ejemplos de preguntas incluyen:

- **Higiene y aspecto:** “¿Ha sentido que tiene menos ganas de asearse o vestirse últimamente?”
- **Sueño:** “¿Cómo ha estado durmiendo en estas últimas semanas? ¿Se despierta descansado?”
- **Alimentación:** “¿Ha notado cambios en su apetito o peso en este tiempo?”
- **Sexualidad:** “¿Cree que su estado de ánimo ha influido en su deseo sexual o su vida íntima?”
- **Energía vital:** “¿Siente que tiene fuerza para hacer sus actividades diarias o todo le resulta muy difícil?”

Estas preguntas deben complementarse con la observación clínica directa, que a menudo revela signos no verbalizados por el paciente (Carlat, 2017).

2.5.5. Ejemplos clínicos breves

Los ejemplos clínicos permiten integrar la evaluación de estos dominios con los cuadros psicopatológicos más frecuentes.

- **Depresión mayor:** Un paciente se presenta con vestimenta desaliñada, rostro inexpresivo y tono de voz monótono. Refiere pérdida de apetito, insomnio, anhedonia y ausencia total de deseo sexual. La observación del aspecto físico y el relato del paciente permiten inferir una alteración profunda del ánimo y de las funciones vegetativas (Shea, 2017).
- **Esquizofrenia paranoide:** Una mujer asiste a consulta con múltiples capas de ropa en clima cálido, gesticulación inapropiada y mirada huidiza. Niega tener hambre porque “los alimentos están manipulados” y afirma no dormir “para protegerse de los que la observan”. Estos datos indican una alteración significativa de la percepción, del juicio de realidad y del funcionamiento básico (Carlat, 2017).
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Un hombre refiere interrupciones frecuentes del sueño, tensión muscular persistente y disminución del deseo sexual, síntomas que han interferido con su funcionamiento cotidiano. A pesar de conservar una buena higiene y presentación personal, el paciente muestra inquietud psicomotora, dificultad para concentrarse y un patrón de preocupación constante y excesiva. Aunque su aspecto físico no sugiere deterioro, el discurso clínico revela una clara hiperactivación del sistema autonómico, coherente con los criterios clínicos del trastorno de ansiedad generalizada (Carlat, 2017; Shea, 2017)

Pregunta de reflexión

¿Qué riesgos diagnósticos podrían surgir si se omite alguno de los dominios evaluados en el Examen del Estado Mental?

Elementos de cierre:

Resumen del capítulo

Este capítulo abordó los principales métodos de evaluación clínica utilizados en la práctica psicopatológica, fundamentales para la comprensión

estructurada del funcionamiento mental del paciente. Se analizaron las distintas modalidades de observación clínica, diferenciando sus tipos y su aplicabilidad según el contexto. Se desarrollaron las fases, técnicas y tipos de entrevista psicopatológica, enfatizando su valor en la exploración del discurso y la conducta. Asimismo, se expuso la estructura de la historia clínica como documento integral de registro clínico y legal, así como el examen del estado mental (EEM), que permite describir con rigor las funciones psíquicas básicas y superiores. Finalmente, se discutieron aspectos éticos y adaptativos de estos métodos, subrayando la importancia de su integración en una formulación clínica comprensiva, precisa y respetuosa con la dignidad del paciente.

Glosario de términos clave

Término	Definición breve
Observación clínica	Método basado en la percepción sistemática del comportamiento del paciente.
Entrevista psicopatológica	Técnica estructurada para explorar el mundo interno del paciente.
Historia clínica	Documento que recoge antecedentes, síntomas, diagnósticos e intervenciones.
Examen del Estado Mental (EEM)	Evaluación estructurada de funciones psíquicas actuales.
Síntoma	Manifestación subjetiva referida por el paciente.
Signo	Manifestación objetiva observada por el clínico.
Insight	Conciencia que tiene el paciente sobre su estado o enfermedad.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál es la diferencia entre observación directa e indirecta en el contexto clínico?
2. ¿Qué fases estructuran la entrevista psicopatológica y qué propósito cumple cada una?

3. ¿Qué tipo de información se recoge en la historia clínica psicológica?
4. ¿Qué dominios evalúa el Examen del Estado Mental (EEM)?
5. ¿Por qué es importante considerar los sesgos del observador en la evaluación clínica?
6. ¿Cómo se adapta el proceso de evaluación clínica en pacientes con deterioro cognitivo?
7. ¿Qué aspectos éticos deben considerarse al realizar una evaluación psicopatológica?

Actividad de aplicación

Caso clínico:

Claudia, mujer de 43 años, acude a consulta referida por su médico general debido a insomnio, pérdida de peso y aislamiento progresivo. Durante la entrevista, se muestra formal, responde con frases breves y evita el contacto visual. Manifiesta tener pensamientos intrusivos y un sentimiento de culpa constante, aunque no sabe "exactamente por qué". Al preguntarle si escucha voces, niega con ambigüedad. En la exploración clínica se observan hipomimia, discurso monótono y dificultad para concentrarse.

Instrucciones para el estudiante:

1. Realiza un esquema con los métodos de evaluación clínica que aplicarías en este caso.
2. Describe los signos observables y los síntomas que podrían inferirse.
3. Redacta un ejemplo breve de cómo iniciarías la entrevista psicopatológica.
4. Identifica qué funciones psíquicas deberían ser evaluadas mediante EEM.
5. Plantea consideraciones éticas que debes tener en cuenta en este contexto.

Referencias bibliográficas

- Barbudo del Cura, E., y Chinchilla Moreno, A. (2011). *Breviario de urgencias psiquiátricas* (Cap. 3). Masson.
- Carlat, D. J. (2017). *La entrevista psiquiátrica* (4.ª ed.). Lippincott Williams y Wilkins.
- Carlat, D. J. (2017). *Entrevista psiquiátrica y el examen mental* (4.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Cordero-Andrés, S. C., y Pastor Muñoz, C. (2019). *Evaluación psicológica* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Ezpeleta, L. (1997). *Entrevista diagnóstica EDNA-IV*. Barcelona: Masson.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Kariotis, T. C., et al. (2022). *Impact of electronic health records on information practices in mental health contexts: A scoping review*. International Journal of Mental Health Systems.
- Langs, R. (1995). *Psicoterapia: el arte de escuchar y responder*. Paidós.
- Muñoz, M. (2010). *Técnicas de observación conductual*. Editorial Sanz y Torres.
- Othmer, E., y Othmer, S. C. (2001). *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica* (2.ª ed.). Masson.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Shea, S. C. (2017). *Entrevista psiquiátrica: El arte de comprender. Una guía práctica* (3.ª ed.). Elsevier.

CAPÍTULO III:

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS BÁSICAS

“La observación clínica de las funciones mentales no es solo un arte, sino una herramienta esencial para entender la psique humana.”

- Ey (1967)

Introducción

El conocimiento clínico de las funciones psíquicas básicas representa un pilar indispensable en la formación del psicólogo y del profesional de la salud mental. Estas funciones –como la conciencia, la atención, la orientación, la sensopercepción, el aprendizaje, la memoria y la afectividad– constituyen los fundamentos sobre los cuales se construye el funcionamiento mental saludable o patológico. A través de su evaluación sistemática y cuidadosa, el clínico puede identificar alteraciones tempranas, establecer diagnósticos diferenciales y planificar intervenciones terapéuticas con mayor precisión.

Este capítulo ofrece una mirada integrada entre la semiología clínica, la psicopatología clásica y los enfoques contemporáneos de evaluación, brindando al lector las herramientas conceptuales y prácticas necesarias para comprender el funcionamiento mental desde sus elementos más esenciales.

Objetivos de aprendizaje

O1: Comprender la definición, el rol y los componentes clave de cada función psíquica básica.

- ¿Qué características definen a cada función psíquica básica?
- ¿Cuál es la relación entre estas funciones y el funcionamiento mental global?
- ¿Qué teorías explican su organización y desarrollo?

O2: Identificar los principales tipos de alteraciones y su relevancia clínica.

- ¿Qué manifestaciones clínicas se asocian a alteraciones de funciones como la memoria o la atención?
- ¿Qué indicadores semiológicos orientan al diagnóstico diferencial?
- ¿Cómo se relacionan estas alteraciones con diversos cuadros psicopatológicos?

O3: Desarrollar habilidades para realizar una evaluación sistemática de estas funciones en el contexto clínico.

- ¿Qué técnicas e instrumentos permiten evaluar cada función?
- ¿Cómo se integra la información recabada en una historia clínica psicológica?
- ¿Qué errores comunes deben evitarse durante la evaluación?

3. Conciencia

3.1. Definición

La conciencia constituye una función psíquica primaria que permite al individuo mantener un estado de alerta y de vigilancia, al mismo tiempo que integrar de manera coherente las percepciones del mundo externo y de su experiencia subjetiva interna. Esta capacidad posibilita el conocimiento de sí mismo y del entorno, la orientación en el tiempo y en el espacio, así como la articulación de procesos mentales complejos como la atención, la memoria y el juicio (Belloch et al., 2020; Ey, 1967).

Desde una perspectiva fenomenológica, Karl Jaspers (1963) describió la conciencia como un campo de vivencias que se manifiesta en la experiencia subjetiva del "yo", destacando su estructura tridimensional: la *interioridad* (vivencia subjetiva de la experiencia), la *intencionalidad o dirección hacia el objeto* (atención), y la *reflexividad* (conciencia de ser consciente). Así, el sujeto no solo vive, sino que se da cuenta de que vive.

En el plano neurofuncional, la conciencia es entendida como el resultado de la actividad sincrónica de redes neuronales distribuidas, especialmente aquellas que conectan el sistema reticular activador ascendente (SRAA), el tálamo, y las áreas corticales prefrontales y parietales, responsables del procesamiento de la atención y del contenido cognitivo (Goldberg, 2006; Sadock et al., 2017).

La conciencia implica entonces dos dimensiones interrelacionadas: (a) el nivel de conciencia (grado de vigilia o alerta) y (b) el contenido de conciencia

(organización cualitativa de la experiencia mental). Ambos aspectos deben ser explorados cuidadosamente en la evaluación psicopatológica (Kaplan y Sadock, 2008).

3.2. Tipos de conciencia

3.2.1. Clasificación tradicional

Tradicionalmente, los tipos de conciencia se dividen en:

- a) **Conciencia de vigilia:** Estado ordinario de alerta en el que se procesan estímulos internos y externos con claridad.
- b) **Autoconciencia:** Capacidad de reconocerse como agente de las propias acciones y pensamientos, relacionada con la “conciencia del yo”.
- c) **Conciencia reflexiva:** Función que permite al sujeto pensar sobre su propia experiencia psíquica (Belloch et al., 2020; Capponi, 2001).
- d) **Conciencia corporal:** Reconocimiento del cuerpo como propio, integrado en la experiencia subjetiva del yo (Ey, 2013).

Sin embargo, existen otras diversas clasificaciones que se han propuesto para categorizar los modos en que se presenta la conciencia, entre las cuales destacan las siguientes:

3.2.2. Clasificación estructural (según nivel de alerta)

Esta clasificación evalúa el estado de vigilia y reactividad del paciente ante estímulos:

- a) **Conciencia lúcida:** el individuo se encuentra plenamente alerta, responde de forma coherente a estímulos del entorno, y presenta adecuada integración del contenido mental.
- b) **Somnolencia u obnubilación:** reducción leve de la alerta; el sujeto responde lentamente y con fatiga cognitiva.
- c) **Sopor:** respuesta solo ante estímulos vigorosos; hay desconexión parcial con el entorno.
- d) **Estupor:** ausencia de reactividad conductual, con conservación mínima de funciones vegetativas.

- e) **Coma**: pérdida completa de la conciencia, sin respuesta a ningún estímulo (Ey, 1967; Belloch et al., 2020).

Figura 1

Niveles de Conciencia



Nota: Elaboración propia con fines didácticos. La figura muestra los niveles de conciencia, destacando el carácter progresivo de la alteración.

3.2.3. Clasificación funcional (según contenido o modo de organización)

Este enfoque atiende a la forma en que se estructuran las experiencias conscientes:

- a) **Conciencia plena o normal**: integración coherente de percepción, pensamiento y afecto.
- b) **Conciencia onírica**: el contenido mental está dominado por imágenes fantásticas o simbólicas, como en sueños vívidos.
- c) **Conciencia delirante**: distorsión global del pensamiento, percepción y juicio con pérdida del juicio de realidad.
- d) **Conciencia disociada**: fragmentación del yo o escisión de contenidos mentales, como en la amnesia disociativa o fugas (Jaspers, 1963; Belloch et al., 2020).

3.2.4. Clasificación psicológica (según intencionalidad y reflexividad)

De acuerdo con Tulving (1985), pueden distinguirse:

- a) **Conciencia anoética:** relacionada con procesos automáticos o implícitos, sin reflexión sobre la experiencia.
- b) **Conciencia noética:** involucra conocimiento factual y representación del mundo.
- c) **Conciencia autoética:** permite el viaje mental en el tiempo, la autopercepción del yo y la autorreflexión.

3.3. Alteraciones de la conciencia

Las alteraciones de la conciencia se agrupan, clásicamente, en dos grandes categorías: cuantitativas, que afectan el nivel de alerta, y cualitativas, que modifican la organización y el contenido de la experiencia consciente (Belloch et al., 2020; Kaplan y Sadock, 2008; Miragall et al., 2020).

3.3.1. Alteraciones cuantitativas

Estas afectan el grado de vigilancia o activación cortical, y son de gran relevancia en la práctica clínica por su asociación frecuente con condiciones médicas, neurológicas o tóxico-metabólicas (Sadock et al., 2017). A la elevación del nivel de conciencia se le denomina hipervigilia y está caracterizada por un extraordinario aumento de la claridad, percepción más vívida y repercusión emocional más intensa. Contrario a ello, existen estados de descenso o disminución del nivel de conciencia, y estos son:

- a) **Obnubilación:** estado de somnolencia leve, caracterizado por lentitud del pensamiento, dificultad para mantener la atención y ligera desorientación.

Ejemplo clínico: Un paciente posquirúrgico muestra tendencia al sueño, responde con demora y repite respuestas de forma automática (Miragall et al., 2020).

- b) **Sopor:** disminución intensa del nivel de conciencia, donde el individuo solo responde a estímulos dolorosos con movimientos o sonidos

incoherentes.

Ejemplo clínico: Un sujeto intoxicado por hipnosedantes responde con muecas a la presión ungueal profunda, sin producir lenguaje comprensible (Kaplan y Sadock, 2008).

- c) **Estupor:** pérdida casi completa de reactividad motora y verbal, con reflejos conservados; se observa en condiciones neurológicas graves o estados catatónicos.

Ejemplo clínico: Paciente esquizofrénico en episodio catatónico permanece inmóvil, en mutismo completo, con rigidez muscular prolongada (Sadock et al., 2017).

- d) **Coma:** abolición total de la conciencia, con ausencia de respuesta ante cualquier estímulo, frecuentemente asociado a daño cerebral severo.

Ejemplo clínico: Víctima de traumatismo craneoencefálico con escala de Glasgow ≤ 8 , sin reflejos oculares ni respuesta pupilar (Belloch et al., 2020).

3.3.2. Alteraciones cualitativas

En estas, la alteración no radica en el grado de vigilia, sino en la estructuración anómala de los contenidos conscientes, incluyendo distorsiones perceptivas, atencionales y del pensamiento (Jaspers, 1963; Belloch et al., 2020). Entre los principales trastornos cualitativos de la conciencia, se encuentran los siguientes:

- a) **Delirium:** trastorno agudo y fluctuante de la conciencia, caracterizado por alteración de la atención, desorientación, pensamiento incoherente y alucinaciones. *Ejemplo clínico:* Un paciente geriátrico hospitalizado por infección urinaria desarrolla desorientación, agitación nocturna y alucinaciones visuales de tipo animales (Kaplan y Sadock, 2008; Miragall et al., 2020).
- b) **Estado crepuscular:** reducción focal del campo de conciencia con conservación de la actividad motora automática; puede aparecer en

epilepsias del lóbulo temporal. *Ejemplo clínico:* Un paciente con epilepsia es hallado deambulando sin rumbo durante horas y no recuerda lo ocurrido (Ey, 1967; Belloch et al., 2020).

- c) **Estado oniroides:** dominado por imágenes alucinatorias de tipo onírico o fantástico, con débil conexión con la realidad; se asocia a esquizofrenia o fases maniformes. *Ejemplo clínico:* Mujer en episodio maníaco relata experiencias místicas y visiones simbólicas, creyendo estar en contacto con entidades celestiales (Jaspers, 1963).
- d) **Estupor psicógeno (o disociativo):** inmovilidad física y mutismo sin causa neurológica identificable, habitualmente asociado a trastornos disociativos.

Ejemplo clínico: Mujer joven, tras sufrir un accidente vial, presenta completa desconexión afectiva, mutismo y rigidez, sin hallazgos orgánicos (Sadock et al., 2017; Belloch et al., 2020).

3.3.3. Otras (del sí mismo)

Además, existen alteraciones de la conciencia del sí mismo, que incluyen:

- a) **Despersonalización:** Sentimiento de extrañeza respecto al propio cuerpo o mente.
- b) **Desrealización:** Sensación de irrealidad del entorno.
- c) **Pérdida de la unidad del yo:** Escisión de la identidad, frecuente en trastornos psicóticos o disociativos graves (Jaspers, s.f., como se citó en Belloch et al., 2020).

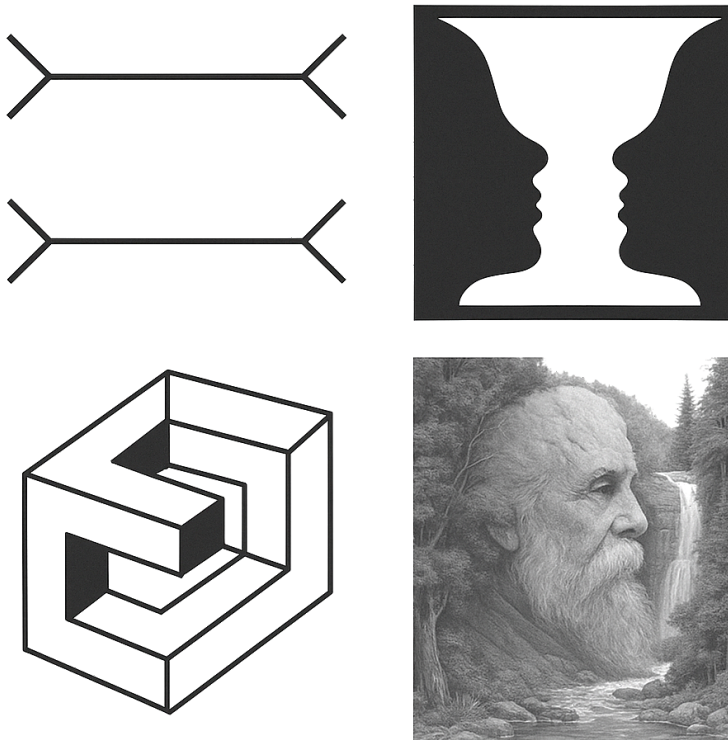
3.3.4. Ejemplos clínicos

- a) **Obnubilación por intoxicación etílica:** Un paciente con alta concentración de alcohol en sangre responde lentamente, no recuerda eventos recientes y muestra confusión temporal leve.
- b) **Delirium postoperatorio:** Un adulto mayor, tras una cirugía, presenta desorientación súbita, alucinaciones visuales y lenguaje incoherente.

- c) **Estado disociativo:** Una mujer víctima de abuso relata sentirse “fuera de su cuerpo” durante el evento, sin recordar segmentos de tiempo posteriores.

Figura 2

Alteraciones perceptivas



Nota: Elaboración propia con fines didácticos. Ilusión de Müller-Lyer, la figura-vase, y el tablero de Adelson, ilustrando cómo los estímulos visuales pueden inducir interpretaciones perceptivas erróneas.

Conclusión

La conciencia es una función compleja que sostiene la experiencia subjetiva integrada del individuo. Su evaluación clínica debe considerar tanto el nivel de alerta como la organización cualitativa de los contenidos mentales. Las alteraciones de la conciencia, tanto cuantitativas como cualitativas, constituyen indicadores centrales en la valoración semiológica y permiten orientar el

diagnóstico diferencial entre cuadros neurológicos, psiquiátricos y toxicológicos.

Tabla 1

Resumen de la unidad temática 1: Conciencia.

Consejo:  Observa si el paciente responde coherentemente a preguntas básicas como su nombre, lugar y fecha. Una alteración en la conciencia puede simular otros trastornos, por lo que es clave evaluar primero su nivel de alerta.	G Vigilia: Estado de alerta consciente frente al entorno.
	L O Obnubilación: Reducción del estado de alerta con lentitud y confusión.
	S A Conciencia autonoética: Capacidad de autorreflexión y viaje mental en el tiempo.
	R I Conciencia disociada: Fragmentación del yo y sus experiencias, común en fugas o estados disociativos.
O Para reflexionar...  <i>¿Por qué es fundamental explorar el nivel de conciencia antes de evaluar otras funciones psíquicas?</i>	

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Atención

3.4.1. Definición

La atención es una función neuropsicológica esencial que permite al ser humano dirigir y concentrar su actividad mental hacia determinados estímulos, internos o externos, mientras inhibe otros considerados irrelevantes. Representa un mecanismo de regulación de la conciencia que actúa como un filtro selectivo sobre la información sensorial y cognitiva, facilitando la

orientación adaptativa del comportamiento (Belloch et al., 2020; Posner y Petersen, 1990).

Desde una perspectiva psicológica, la atención puede definirse como la capacidad de seleccionar activamente información, mantenerla durante un período determinado, alternarla entre focos distintos, o distribuirla en tareas múltiples. A diferencia de la conciencia, que remite al campo global de experiencia, la atención delimita el foco dentro de ese campo y modula el procesamiento perceptivo, mnésico y ejecutivo (Miragall et al., 2020).

Neuroanatómicamente, la atención se sustenta en un sistema atencional distribuido que involucra múltiples regiones cerebrales: el sistema reticular activador ascendente (vigilia y alerta), el tálamo (selección sensorial), el lóbulo parietal derecho (orientación espacial), el cíngulo anterior (control ejecutivo) y la corteza prefrontal dorsolateral (atención sostenida y dividida) (Goldberg, 2006; Sadock et al., 2017).

3.4.2. Tipos de atención

La atención es una función compleja y multifacética. Por ello, diversas clasificaciones han sido propuestas en función de criterios psicofisiológicos, clínicos o funcionales. A continuación, se presentan las más relevantes:

- **Según el tipo de control (voluntario vs. automático)**
 - a) **Atención voluntaria:** requiere esfuerzo consciente para dirigir el foco hacia estímulos o tareas específicos.
 - b) **Atención involuntaria o refleja:** es captada automáticamente por estímulos intensos o novedosos (Belloch et al., 2020).
- **Según el proceso funcional implicado**
 - a) **Atención focalizada:** habilidad para responder discretamente a estímulos específicos.

- b) **Atención sostenida:** mantenimiento del foco atencional durante períodos prolongados (vigilancia).
- c) **Atención selectiva:** capacidad de centrar la atención en estímulos relevantes, inhibiendo distractores.
- d) **Atención dividida:** procesamiento simultáneo de múltiples fuentes de información.
- e) **Atención alternante:** capacidad de cambiar de un foco atencional a otro de manera eficiente (Miragall et al., 2020; Posner y Petersen, 1990).

- **Según el contenido al que se orienta**

- a) **Atención externa:** dirigida hacia estímulos del ambiente (ruidos, objetos, personas).
- b) **Atención interna:** orientada hacia estados mentales internos (pensamientos, recuerdos, emociones) (Goldberg, 2006).

3.5. Alteraciones de la atención

Las disfunciones atencionales constituyen un signo clínico frecuente en múltiples cuadros psicopatológicos, desde trastornos neurocognitivos hasta afecciones del estado de ánimo y psicosis. Las alteraciones pueden clasificarse en cuantitativas (variaciones en la intensidad de la atención) y cualitativas (desorganización o distorsión del proceso atencional) (Belloch et al., 2020; Sadock et al., 2017).

3.5.1. Alteraciones cuantitativas

- a) **Hipoprosexia:** disminución general de la capacidad atencional. El sujeto presenta fatiga mental, distracción y escasa capacidad para sostener el foco. *Caso clínico:* Juan, de 48 años, en contexto de depresión mayor, refiere “no poder concentrarse en la lectura ni ver televisión”; durante la entrevista, pierde el hilo de la conversación con facilidad y requiere que se le repitan las preguntas (Caballo, 2014).

- b) **Aprosexia:** supresión total de la atención. El individuo parece desconectado del entorno y no responde a estímulos verbales o sensoriales. *Caso clínico:* Lidia, de 31 años, es ingresada por un episodio catatónico. Permanece sentada en postura rígida, sin responder a estímulos visuales ni auditivos, y sin realizar movimientos espontáneos (Sadock et al., 2017).
- c) **Hiperprosexia:** aumento excesivo de la atención hacia determinados estímulos, que puede conducir a hipervigilancia o sobreinclusión perceptiva. *Caso clínico:* Alejandro, con diagnóstico de episodio maníaco, muestra una atención exacerbada a ruidos del pasillo y detalles del mobiliario, interrumpiendo constantemente la entrevista con comentarios sobre estímulos irrelevantes (Belloch et al., 2020).

3.5.2. Alteraciones cualitativas

- a) **Distractibilidad:** incapacidad para mantener la atención debido a la captación continua por estímulos irrelevantes. *Caso clínico:* Sofía, estudiante universitaria con diagnóstico de TDAH, inicia una conversación y se interrumpe sola varias veces para comentar sonidos, objetos del entorno o pensamientos intrusivos (Miragall et al., 2020).
- b) **Paraprosexia:** atención mal dirigida o desviada hacia estímulos inadecuados, usualmente en cuadros delirantes o histeriformes. *Caso clínico:* Manuel, paciente con esquizofrenia paranoide, fija su atención en una mancha en la pared que interpreta como un “código secreto” enviado por una organización enemiga (Ey, 1967).
- c) **Pseudoaprosexia:** apariencia de falta de atención con conservación real de la función; puede encontrarse en simulación o trastornos conversivos. *Caso clínico:* Mariana, con antecedentes de trauma emocional reciente, permanece inmóvil ante el entrevistador, sin responder verbalmente. Sin embargo, se observan cambios sutiles en su expresión facial al mencionarse ciertos temas, lo que indica registro atencional (Sadock et al., 2017).

- d) **Labilidad atencional:** fluctuación rápida e inestable de la atención, condicionada muchas veces por factores afectivos. *Caso clínico:* David, con trastorno de ansiedad generalizada, comienza a relatar una situación cotidiana, pero interrumpe el relato ante cada pensamiento catastrófico, mostrando ansiedad fisiológica y cambios temáticos abruptos (Caballo, 2014).
- e) **Perplejidad atencional:** el paciente no puede integrar el significado de los estímulos, quedando en un estado de desconcierto o extrañeza. *Caso clínico:* Carla, en un brote psicótico agudo, permanece con la mirada fija en los objetos sin comprender su utilidad, preguntando de forma repetida "¿Qué es esto? ¿Qué significa?" (Jaspers, 1963; Belloch et al., 2020).

Conclusión

La atención es un proceso integrador y modulador de la vida mental, cuya función es permitir la regulación voluntaria o automática de la actividad psíquica frente a múltiples fuentes de estimulación. Su alteración compromete gravemente la interacción del individuo con el entorno, así como su capacidad para percibir, recordar, razonar y actuar de manera coherente. Una adecuada evaluación semiológica de la atención resulta crucial para el diagnóstico diferencial en múltiples entidades clínicas, así como para el diseño de intervenciones neuropsicológicas y psicoterapéuticas.

Tabla 2

Resumen de la unidad temática 2: Atención.

Consejo:  Evalúa la atención con tareas simples como repetir series numéricas. Dificultades en la atención pueden afectar la memoria, el lenguaje y otras áreas cognitivas.	G Atención focalizada: Capacidad de responder a estímulos específicos.
	L O Atención sostenida: Mantener el foco durante un período prolongado.
	S  Distractibilidad: Tendencia a cambiar el foco ante estímulos irrelevantes. 
	A R Hipoprosia: Disminución patológica de la atención, común en trastornos depresivos.
Para reflexionar...  <i>¿Cómo se diferencia una alteración atencional primaria de una secundaria a fatiga o ansiedad?</i>	

Fuente: Elaboración propia.

3.6. Orientación

3.6.1. Definición

La orientación es una función psíquica de carácter complejo que permite al individuo situarse respecto a sí mismo, al tiempo y al espacio. Constituye una manifestación superior del funcionamiento consciente y depende de la adecuada integración de procesos atencionales, mnésicos y perceptivos (Belloch et al., 2020). En la práctica clínica, su exploración es una herramienta fundamental para determinar el grado de organización de la experiencia subjetiva y la integridad de la conciencia.

Desde una perspectiva fenomenológica, la orientación puede definirse como la facultad del sujeto para reconocerse como un yo estable, situado en una coordenada temporal, espacial y social específica. Esto incluye la capacidad para responder de forma adecuada a preguntas básicas como: "¿quién soy?", "¿dónde estoy?" y "¿en qué momento del tiempo me encuentro?" (Capponi, 2001; Jaspers, 1963).

Neuropsicológicamente, la orientación depende del funcionamiento coordinado de áreas corticales frontales, temporales y parietales, así como del sistema límbico y estructuras subcorticales como el tálamo. Por tanto, su alteración puede ser indicativa de daño cerebral orgánico, deterioro neurocognitivo, estados confusionales o trastornos disociativos (Perpiñá y Baños, 2019; Sadock et al., 2017).

3.6.2. Tipos de orientación

La orientación se clasifica tradicionalmente en tres dimensiones principales, aunque algunas propuestas contemporáneas amplían esta división para incluir variantes clínicas específicas.

- **Orientación temporal**

Es la capacidad para situarse adecuadamente en el tiempo: identificar el día, la fecha, el mes, el año y la estación. También implica una noción ordenada de la sucesión de los eventos vividos. La desorientación temporal es, con frecuencia, el primer signo de compromiso de la conciencia o de deterioro cognitivo temprano (Belloch et al., 2020).

Ejemplo de evaluación: "¿Qué día es hoy? ¿En qué mes y año estamos? ¿Qué hora del día es?".

- **Orientación espacial**

Permite reconocer el lugar físico en el que se encuentra la persona: ciudad, institución, sala, etc. Esta dimensión implica una correcta percepción del entorno y su codificación espacial. *Ejemplo de evaluación:* "¿Dónde estamos ahora? ¿Cómo se llama este sitio?".

- **Orientación personal**

Implica el reconocimiento de la propia identidad: nombre, edad, estado civil, profesión y datos biográficos fundamentales. La orientación personal constituye la expresión más íntima del yo y suele mantenerse preservada hasta fases avanzadas del deterioro mental. *Ejemplo de evaluación:* "¿Cómo se llama usted? ¿Cuántos años tiene? ¿A qué se dedica?".

- **Orientación situacional (subtipo clínico)**

Algunos autores proponen una cuarta dimensión, la orientación situacional, entendida como la capacidad para comprender las circunstancias particulares en las que se encuentra el sujeto (por qué está en un hospital, en una sala de espera, etc.) (Perpiñá y Baños, 2019).

Ejemplo de evaluación: "¿Sabe por qué está aquí? ¿Qué le ocurrió antes de llegar?".

3.6.3. Alteraciones de la orientación

Las alteraciones de la orientación son síntomas relevantes en diversos cuadros clínicos y pueden afectar una o varias de las dimensiones descritas. Su presencia suele asociarse a trastornos del nivel de conciencia (como el delirium), cuadros demenciales, estados psicóticos agudos o trastornos disociativos (Sadock et al., 2017; Belloch et al., 2020).

- **Desorientación temporal**

Es la más común y suele presentarse primero. El paciente confunde fechas, días o momentos del día. *Caso clínico:* Un hombre de 72 años con deterioro cognitivo leve cree que se encuentra en el año 2001 y afirma que "aún trabaja como bancario", pese a estar jubilado desde hace 15 años.

- **Desorientación espacial**

El individuo no reconoce el lugar en el que se encuentra, incluso si es un entorno habitual. *Caso clínico:* Paciente hospitalizado con síndrome

confusional agudo que insiste en que está en su casa, y pregunta reiteradamente “¿cómo llegué aquí?”.

- **Desorientación personal**

Corresponde a una pérdida del sentido de identidad. Es menos frecuente y suele indicar un trastorno grave. *Caso clínico:* Mujer de 38 años con trastorno disociativo, que durante la entrevista afirma llamarse con un nombre diferente, dice tener otra edad y desconoce a sus familiares presentes.

- **Desorientación global**

Es la afectación conjunta de las tres dimensiones (tiempo, espacio, persona), típica de cuadros de delirium o demencias avanzadas. *Caso clínico:* Paciente de 84 años con enfermedad de Alzheimer en estadio moderado-avanzado no sabe su nombre, desconoce la fecha y repite constantemente que “está esperando a sus padres” (fallecidos hace décadas).

3.6.4. Valor diagnóstico

La orientación es un excelente indicador del estado general de la conciencia. Su evaluación se realiza mediante preguntas simples, pero debe contextualizarse clínicamente. La aparición repentina de desorientación suele indicar compromiso agudo de la conciencia (delirium), mientras que su instauración progresiva sugiere deterioro cognitivo o demencia (Jaspers, 1963; Belloch et al., 2020). Asimismo, formas específicas de desorientación se presentan en cuadros afectivos graves o disociativos.

Conclusión

La orientación es una capacidad integradora que refleja el funcionamiento global del sistema nervioso central. Su deterioro representa una manifestación relevante de alteración psíquica, con valor diagnóstico en la evaluación clínica. El reconocimiento de sus dimensiones y modalidades permite al clínico establecer con mayor precisión la severidad del cuadro y el tipo de trastorno subyacente, ya sea neurológico, psiquiátrico o mixto. Su exploración sistemática constituye un pilar fundamental de la semiología del examen mental.

Tabla 3

Resumen de la unidad temática 3: Orientación.

Consejo:  Explora las dimensiones de la orientación (tiempo, espacio, persona) con preguntas simples, pero analiza el contexto: un error leve puede ser normal si hay fiebre o ansiedad, pero no si es persistente.	G Desorientación espacial: Incapacidad de reconocer el lugar donde se encuentra.
	L O Desorientación personal: Alteración del sentido de identidad propia.
	S A Desorientación temporal: Pérdida de noción del día, hora o año.
	R I O Orientación global: Integración de las tres dimensiones anteriores.
Para reflexionar...   <i>¿Qué indicios clínicos podrían hacerte sospechar una desorientación dissociativa?</i>	

Fuente: Elaboración propia.

3.7. Sensopercepción

3.7.1. Definición

La sensopercepción es una función psíquica básica mediante la cual el ser humano recibe, organiza e interpreta los estímulos provenientes tanto del medio externo como del propio cuerpo. Este proceso comprende dos momentos articulados: la sensación, que hace referencia a la captación pasiva de estímulos físicos a través de los órganos de los sentidos; y la percepción, que implica una elaboración psíquica activa mediante la cual esos datos sensoriales son dotados de sentido y transformados en experiencia consciente (Belloch et al., 2020; Capponi, 2001).

El fenómeno perceptivo no es simplemente una reproducción fiel del estímulo, sino una construcción compleja que requiere la participación de otros procesos mentales como la atención, la memoria, el juicio y la afectividad. Así, la percepción se constituye como una experiencia cargada de significado, modelada por factores individuales, socioculturales y neurobiológicos (Llinás, 2003; Perpiñá y Baños, 2019).

Desde el punto de vista neurofuncional, la sensopercepción depende de la integridad del sistema nervioso central y periférico. La transducción de estímulos ocurre en receptores especializados (sensoriales), los cuales transmiten la información al encéfalo mediante vías aferentes. Las áreas corticales primarias y de asociación (particularmente la corteza occipital, temporal, parietal y frontal) participan en la codificación, integración y reconocimiento del estímulo como un objeto o fenómeno del mundo (Sadock et al., 2017).

3.7.2. Clasificación de la sensopercepción

Para comprender la complejidad de esta función, se pueden distinguir tres niveles jerárquicos en el procesamiento sensoperceptivo:

- **Sensaciones**

Las sensaciones son procesos fisiológicos elementales que permiten la recepción de estímulos a través de receptores especializados. Se clasifican según el tipo de estímulo:

- a) **Sensoriales externas (exteroceptivas):**

- *Visuales*: captadas por la retina.
- *Auditivas*: a través del oído.
- *Olfativas y gustativas*: mediadas por receptores químicos.
- *Táctiles*: presión, temperatura, dolor.

b) **Sensoriales internas:**

- *Interoceptivas*: percepción visceral (hambre, náusea, dolor interno).
- *Propioceptivas*: posición y movimiento corporal (sentido cinestésico) (Capponi, 2001; Llinás, 2003).

• **Percepciones**

La percepción transforma la sensación en objeto consciente, articulando la imagen sensorial con procesos cognitivos superiores. Puede clasificarse según:

a) **Modalidad sensorial predominante:**

- a. *Visual, auditiva, olfativa, gustativa, táctil, somática.*

b) **Complejidad estructural:**

- a. *Percepciones simples*: formas, sonidos, colores.
- b. *Percepciones complejas*: rostros, escenas, melodías.

c) **Condiciones del objeto:**

- a. *Percepción presente*: estímulo actual.
- b. *Percepción imaginada o evocada*: sin estímulo actual (diferenciada de la representación o imagen mental) (Belloch et al., 2020).

• **Representaciones**

Son reconstrucciones mentales internas de estímulos previamente percibidos. Se originan en ausencia del objeto, conservando rasgos de su experiencia original. Las representaciones son fundamentales en el pensamiento, la imaginación y la memoria. *Ejemplo*: evocar mentalmente el rostro de un familiar o la voz de un amigo.

3.8. Alteraciones de la sensopercepción

Las alteraciones de la sensopercepción se clasifican en función de tres criterios: la intensidad del estímulo percibido, la distorsión cualitativa del contenido y la alteración del juicio de realidad. Estas alteraciones pueden ser transitorias, como en estados febriles, o persistentes, como en esquizofrenia o trastornos neurológicos.

3.8.1. Alteraciones cuantitativas

- a) **Hiperestesia:** aumento anormal de la sensibilidad a estímulos sensoriales.

Caso clínico: paciente en episodio maníaco se queja de que “la luz le lastima los ojos” y “los sonidos son insoportables”.

- b) **Hipoestesia:** disminución de la intensidad perceptiva.

Caso clínico: sujeto deprimido refiere que “todo parece lejano y apagado”, con escasa respuesta emocional a estímulos auditivos o visuales.

- c) **Anestesia sensorial:** pérdida completa de la sensación. Puede deberse a causas neurológicas o psicológicas (p. ej., anestesia histérica) (Capponi, 2001; Sadock et al., 2017).

3.8.2. Alteraciones cualitativas

Las alteraciones cualitativas de la sensopercepción son fenómenos psicopatológicos en los que el sujeto percibe estímulos reales de manera distorsionada o experimenta percepciones sin un objeto sensorial externo. A diferencia de las alteraciones cuantitativas, como la hiperestesia o la hipoestesia, que afectan la intensidad de la percepción, las cualitativas afectan su estructura, contenido y coherencia con la realidad (Belloch et al., 2020). Estas alteraciones pueden dividirse en tres grandes grupos: ilusiones, alucinaciones y alteraciones de integración perceptiva.

3.8.3. Ilusiones

Las ilusiones son errores perceptivos en los que un estímulo real es interpretado de forma errónea. A diferencia de las alucinaciones, requieren de un objeto externo y tienden a desaparecer cuando se focaliza la atención o se modifica el estado emocional del sujeto (Capponi, 2001; Sadock et al., 2017). Existen varios tipos de ilusiones:

- b) **Ilusiones fisiológicas (funcionales):** Son normales y ocurren por condiciones físicas o ambientales particulares (oscuridad, fatiga, estímulos ambiguos). *Ejemplo clínico:* una persona cree ver una figura humana en un perchero en la penumbra de su habitación. Al encender la luz y dirigir la atención al objeto, la ilusión desaparece, lo que refleja la dependencia de las condiciones sensoriales.
- c) **Ilusiones afectivas:** El estado emocional del sujeto interfiere con la interpretación del estímulo. *Ejemplo clínico:* un paciente con ansiedad social percibe que una risa a lo lejos es una burla hacia él.
- d) **Ilusiones catatímicas (por deseo o temor intenso):** El sujeto proyecta deseos o temores inconscientes sobre estímulos ambiguos. *Ejemplo clínico:* una madre reciente cree oír llorar a su bebé mientras duerme, aunque el monitor no indica sonido alguno.
- e) **Ilusiones pareidolias:** Consisten en ver formas reconocibles en estímulos amorfos, como nubes o manchas; en contextos patológicos, se asocian a estados crepusculares o esquizofrenia. *Ejemplo clínico:* paciente en episodio febril interpreta las sombras de la habitación como figuras humanas que “lo vigilan”.

3.8.4. Alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones falsas sin objeto real externo, que el sujeto vive con convicción de realidad. Se distinguen por su viveza, ausencia de control voluntario y falta de juicio crítico. Pueden ser desde muy simples y elementales, hasta muy complejas; la nitidez también es variable, desde voces

definidas y reconocibles, imágenes claras, sensaciones táctiles precisas, hasta murmullos indefinidos, imágenes borrosas, sensaciones táctiles imprecisas (Jaspers, 1963; Belloch et al., 2020). Las alucinaciones se clasifican por:

a) Modalidad sensorial

- a. **Alucinaciones auditivas:** Son las más frecuentes en la clínica psiquiátrica, especialmente en la esquizofrenia. Los pacientes generalmente escuchan voces insultantes o que comentan sus acciones en tercera persona. *Caso clínico:* María, 26 años, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, refiere oír tres voces distintas que discuten entre sí sobre ella. Las percibe claramente como provenientes del exterior, con la misma claridad que una voz real. Explica que las voces interrumpen continuamente su pensamiento, generándole la convicción de que los demás pueden escuchar sus pensamientos.
- b. **Alucinaciones visuales:** Menos frecuentes que las auditivas; pueden presentarse en delirium, intoxicaciones, epilepsia o cuadros orgánicos. *Ejemplo clínico:* ver insectos que caminan por las paredes. *Caso clínico:* Rodolfo, 68 años, con delirium secundario a infección urinaria, ve “niños con máscaras” que corren por su habitación. Describe miedo intenso y trata de espantarlos con las manos. Reconoce la luz y los objetos reales de la sala, pero asegura que las figuras son igualmente tangibles y reales.
- c. **Alucinaciones olfativas y gustativas:** Suelen ser desagradables (malos olores, sabores repulsivos). Comunes en epilepsia del lóbulo temporal o psicosis. *Ejemplo clínico:* sentir olor a podrido sin fuente externa. *Caso clínico:* Adriana, 32 años, con epilepsia focal, percibe un intenso olor a gas minutos antes de una crisis convulsiva. Refiere que este olor anticipa la sensación de ‘despersonalización’, describiendo que su cuerpo deja de ser

suyo. Reconoce que los demás no perciben ese olor, pero lo vive como inequívocamente real.

- d. **Alucinaciones táctiles o hápticas:** Sensaciones corporales falsas (pinchazos, quemaduras, insectos que caminan por la piel). Comunes en delirium por abstinencia alcohólica. *Ejemplo clínico:* paciente siente que hay "hormigas" bajo su piel (*formicación*). *Caso clínico:* Jorge, 45 años, en síndrome de abstinencia alcohólica, se rasca compulsivamente afirmando que tiene "bichos" en la piel. Describe la sensación de insectos caminando en sus brazos y abdomen, con intenso prurito que le impide dormir. La vivencia subjetiva incluye desesperación y vergüenza, pues cree que los demás notan los insectos y se alejan de él.
- e. **Alucinaciones cinestésicas:** Sensación falsa de movimiento corporal, cambios de forma o tamaño. *Ejemplo clínico:* sujeto siente que su cuerpo flota o se deforma, sin ningún cambio evidente.
- f. **Alucinaciones somáticas (cenestésicas):** Sensaciones extrañas dentro del cuerpo, como presión, vacío o movimientos. Frecuentes en esquizofrenia. *Ejemplo clínico:* "Siento que mis órganos están girando dentro de mí". *Caso clínico:* Rosa, 39 años, cree que le implantaron un dispositivo en el estómago que le controla las emociones. Manifiesta presión abdominal y vibraciones internas, que interpreta como descargas eléctricas. La vivencia subjetiva es angustiosa porque percibe pérdida de control sobre sí misma.

b) Alucinaciones según el juicio de realidad

- a. **Verdaderas alucinaciones:** El sujeto las experimenta como reales, sin conciencia de su carácter patológico. *Caso clínico:* mujer esquizofrénica de 26 años refiere escuchar a "una voz

masculina que le ordena dejar de comer”, con alteraciones conductuales graves.

- b. **Pseudoalucinaciones:** El sujeto reconoce que la percepción no proviene del exterior, pero persiste la experiencia subjetiva. A menudo se describen como “voces dentro de la cabeza” o “pensamientos auditivos”. *Caso clínico:* paciente con trastorno obsesivo describe escuchar “una voz dentro de su cabeza que repite frases, pero sabe que son producto de su mente”.
- c. **Alucinosis:** El sujeto percibe un estímulo inexistente, pero conserva el juicio crítico. Común en intoxicación alcohólica crónica. *Caso clínico de alucinosis alcohólica:* sujeto alcohólico de 54 años escucha voces insultantes durante el síndrome de abstinencia; aunque es capaz de afirmar que “no son reales”, este se angustia por su aparición.

3.8.5. Alteraciones de la integración perceptiva

- **Agnosias**

Las agnosias son alteraciones en el reconocimiento perceptivo, causadas por disfunciones en las áreas de asociación cortical, en ausencia de déficit sensorial primario o deterioro intelectual significativo (Luria, 1980; Belloch et al., 2020). Existen diferentes tipos, según la modalidad sensorial comprometida y el nivel de integración afectado.

- a) **Agnosia visual**

- a. **Agnosia aperceptiva:** El paciente es capaz de detectar características perceptuales básicas de los objetos (como la forma y el color), pero no puede integrar esta información para reconocer el objeto como una unidad significativa (Belloch et al., 2020; Caballo, 2014). El paciente ve el objeto y puede describirlo, pero no lo reconoce como, por ejemplo, “una cuchara” o “un bolígrafo”. Se asocia comúnmente con lesiones occipitales posteriores bilaterales. *Caso clínico:* paciente con

lesión occipital posterior no reconoce utensilios comunes, pero sí puede describir su forma y color. "Es alargado, metálico, brillante', pero es incapaz de identificarlo como una cuchara.

- b. **Agnosia asociativa:** Puede percibir correctamente un objeto, pero no puede asignarle un significado. *Ejemplo:* Puede copiar una taza, pero no sabe qué es ni para qué sirve.
- c. **Prosopagnosia:** Incapacidad para reconocer rostros familiares. *Caso clínico:* Pedro, tras un accidente cerebrovascular en la región occipitotemporal, puede describir ojos, nariz y boca, pero no reconoce a su esposa ni a sus hijos hasta que hablan (Belloch et al., 2020).

b) Agnosia auditiva

- a. **Agnosia verbal (afasia de Wernicke):** Incapacidad para reconocer palabras habladas, aunque se mantiene la audición. *Ejemplo:* El paciente escucha, pero no comprende, como si le hablaran en otro idioma.
- b. **Agnosia no verbal:** Incapacidad para identificar sonidos ambientales. *Ejemplo:* No reconoce el sonido del timbre, del teléfono o de una alarma.
- c. **Amusia:** Dificultad para identificar o reproducir melodías o tonos musicales. Se presenta en músicos profesionales o personas con entrenamiento musical.
- c) **Agnosia táctil (astereognosia):** Incapacidad para identificar objetos por el tacto sin ayuda de la visión. *Caso clínico:* Leticia, de 69 años, con lesión parietal izquierda, no puede identificar una llave colocada en su mano cerrada con los ojos vendados, aunque sí lo logra al verla.
- d) **Agnosia corporal (somatognosia):** Incapacidad para reconocer partes del propio cuerpo. Incluye:

- a. **Asomatognosia:** Desconocimiento de un lado del cuerpo, común en heminegligencia.
- b. **Autopagnosia:** Dificultad para nombrar o localizar partes del cuerpo.
- c. **Anosognosia:** Negación de enfermedad o de una parte del cuerpo afectada (e.g., hemiplejía izquierda tras ACV). *Caso clínico:* Jorge, tras un infarto cerebral derecho, insiste en que “puede mover el brazo izquierdo”, aunque permanece paralizado.
- e) **Agnosias espaciales:** Alteraciones en la percepción del espacio:
 - a. **Agnosia topográfica:** Incapacidad para orientarse en entornos conocidos. *Ejemplo:* Un paciente se pierde en su propio vecindario.
 - b. **Negligencia espacial unilateral:** El paciente ignora estímulos del lado contralateral a la lesión cerebral, sin darse cuenta del déficit.

Figura 3

Comparativa entre Ilusión y Alucinación



Nota: Elaboración propia con fines didácticos. La viñeta izquierda representa una ilusión perceptiva (un perchero confundido con una figura humana),

mientras que la viñeta derecha ilustra una alucinación visual (percepción sin objeto externo)

- **Evaluación clínica**

La evaluación de la sensopercepción se realiza mediante entrevista clínica, observación directa y exploración dirigida. El clínico debe valorar:

- a) Existencia de fenómenos alucinatorios o ilusorios.
- b) Juicio de realidad: ¿el paciente considera la percepción como real?
- c) Modalidad sensorial implicada.
- d) Contenido, intensidad y repercusión emocional.

Preguntas orientadoras:

- a) "¿Ha visto cosas que otros no ven?"
- b) "¿Ha escuchado voces sin saber de dónde vienen?"
- c) "¿Ha tenido sensaciones extrañas en su cuerpo, como si algo se moviera dentro?"

Además, se deben observar conductas indirectas: responder a estímulos no presentes, mirar al vacío, murmurar o replegarse por temor. Se recomienda complementar con pruebas neurológicas y neuropsicológicas en caso de sospecha de agnosia o patología orgánica (Sadock et al., 2017; Perpiñá y Baños, 2019).

- **Casos clínicos ilustrativos de alteraciones de la sensopercepción**

- **Ilusiones afectivas**

- a) **Caso clínico 1 - Ilusión auditiva en estado ansioso**

Luis, de 33 años, consultó por un cuadro de ansiedad generalizada. En los últimos días, tras una discusión con su jefe, comenzó a experimentar ansiedad intensa al llegar al trabajo. En una ocasión, mientras se encontraba solo en la oficina, escuchó el zumbido del ventilador y lo interpretó como voces que lo criticaban. Al abrir la puerta, se dio cuenta de que estaba solo y que el sonido era ambiental. Posteriormente, reconoció que había "malinterpretado el

sonido", aunque persistía su miedo. Se interpretó como una ilusión afectiva transitoria, modulada por un estado de alerta ansiosa (Belloch et al., 2020).

- **Alucinaciones auditivas estructuradas**

- a) Caso clínico 2 - Alucinaciones en esquizofrenia paranoide**

María, de 24 años, estudiante universitaria, fue hospitalizada tras ser encontrada hablando sola y mostrando signos de desorganización conductual. Declaró que escuchaba claramente a tres personas "hablando entre sí sobre ella", comentando sus acciones ("mira, va a tomar agua", "ahora se sienta"). Las voces eran reconocibles y se repetían a diario. Afirmaba que "no eran imaginaciones" y sentía que estas influían en su conducta. La paciente no presentaba alteración del nivel de conciencia ni consumo de sustancias. Se estableció el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con alucinaciones auditivas en tercera persona, una de las formas más típicas del trastorno (Kaplan y Sadock, 2008).

- **Alucinosis alcohólica**

- a) Caso clínico 3 - Voz crítica con conservación de juicio de realidad**

Ramiro, de 51 años, con historia de alcoholismo crónico, fue ingresado en fase de abstinencia complicada. Refirió oír la voz de un hombre que lo insultaba constantemente ("eres una basura", "todos te odian"). Sin embargo, el paciente manifestaba que "sabía que era producto del alcohol" y se mostraba angustiado. No presentaba delirio ni desorganización del pensamiento. El fenómeno fue interpretado como alucinosis auditiva alcohólica, donde el paciente mantiene conciencia crítica sobre la irrealidad de la percepción (Sadock et al., 2017).

- **Pseudoalucinación de tipo obsesivo**

- a) Caso clínico 4 - Voz interna con insight parcial**

Claudia, de 37 años, diagnosticada con trastorno obsesivo-compulsivo, manifestó escuchar "una voz" que le repetía frases obscenas cuando intentaba rezar. Describía esta voz como proveniente de su interior, sin localización espacial, y reconocía que era un pensamiento intrusivo. No había alteración

del juicio ni otras manifestaciones psicóticas. El fenómeno fue conceptualizado como una pseudoalucinación con contenido obsesivo, típica del TOC con componente religioso (Caballo, 2014).

- **Alucinaciones visuales en delirium**

- a) Caso clínico 5 - Delirium hiperactivo con alucinaciones visuales**

Rosa, de 82 años, fue internada por infección urinaria. Durante la noche comenzó a gritar, afirmando que “unos niños corrían por la habitación y se subían a la cama”. Intentaba espantarlos con las manos. Presentaba confusión, desorientación temporal y un discurso incoherente. Se diagnosticó síndrome confusional agudo (delirium) con alucinaciones visuales, típicas del cuadro en personas mayores (Belloch et al., 2020).

Conclusión

El sistema sensorio-perceptivo constituye una interfaz crítica entre el organismo y su entorno. Sus alteraciones, ya sean por exceso, defecto o distorsión, constituyen un indicador clínico clave en la evaluación de estados psicopatológicos. La presencia de alucinaciones, ilusiones o agnosias requiere una valoración contextualizada del nivel de conciencia, juicio de realidad, contenido afectivo y modalidad sensorial. La integración de estos hallazgos en la exploración clínica permite orientar el diagnóstico hacia psicosis funcionales, síndromes neurológicos, intoxicaciones o trastornos disociativos, y demanda una comprensión profunda de los mecanismos neuropsicológicos subyacentes.

Tabla 4

Resumen de la unidad temática 4: Sensopercepción.

Consejo:  No toda percepción anómala es una alucinación. Pregunta por el contexto, la convicción del paciente y si reconoce o no que su percepción puede ser falsa.	G Agnosia: Incapacidad para reconocer estímulos a pesar de conservar los sentidos.
	L O Alucinación: Percepción sin objeto externo, con convicción de realidad.
	S A Ilusión: Distorsión de un estímulo considerado como real.
	R Hiperestesia: Exacerbación de la sensibilidad a los estímulos. I O
Para reflexionar...   <i>¿Cómo podrías distinguir entre una alucinación auditiva y una pseudoalucinación?</i>	

Fuente: Elaboración propia.

3.9. Aprendizaje

3.9.1. Definición

El aprendizaje es una función psíquica y neurobiológica compleja, definida como el proceso mediante el cual un organismo modifica su comportamiento como resultado de la experiencia, interacción con el ambiente y práctica repetida. Se trata de una capacidad adaptativa fundamental que permite incorporar conocimientos, habilidades, actitudes y patrones conductuales nuevos o modificar los ya existentes (Belloch et al., 2020; Caballo, 2014).

Desde un punto de vista psicobiológico, el aprendizaje implica la plasticidad sináptica, es decir, la modificación de las conexiones neuronales en respuesta

a la estimulación. Las investigaciones neurocientíficas de Kandel y colaboradores demostraron que el aprendizaje y la memoria están mediados por mecanismos moleculares como la potenciación a largo plazo, la activación génica y la síntesis de proteínas específicas que fortalecen las conexiones neuronales (Kandel, 2006, como se citó en Sadock et al., 2017).

En el ámbito clínico, el aprendizaje no se limita a procesos escolares o formales, sino que abarca la adquisición de respuestas emocionales, habilidades sociales y estrategias de afrontamiento. La psicopatología, desde enfoques conductuales, cognitivos y neurodesarrollativos, ha destacado el papel central del aprendizaje tanto en la génesis como en el mantenimiento de síntomas y trastornos mentales.

3.9.2. Modelos explicativos del aprendizaje

Existen múltiples teorías que explican cómo ocurre el aprendizaje. Cada una de ellas ha contribuido a la comprensión de los procesos normales y patológicos implicados en esta función:

- **Modelo del condicionamiento clásico (Pavlov)**

Describe cómo un estímulo inicialmente neutro, al asociarse repetidamente con un estímulo incondicionado (que provoca una respuesta automática), adquiere la capacidad de generar esa misma respuesta. Este modelo explica, por ejemplo, la génesis de muchas respuestas emocionales disfuncionales, como las fobias (Eysenck, 1997). *Ejemplo clínico:* Un niño que sufre una caída al subir a una escalera (estímulo incondicionado doloroso) empieza a sentir miedo cada vez que se acerca a una escalera (estímulo condicionado).

- **Modelo del condicionamiento operante (Skinner)**

Postula que la conducta se fortalece o debilita en función de sus consecuencias: los refuerzos aumentan la probabilidad de repetición de una conducta, mientras que los castigos la reducen. Este modelo es clave para explicar cómo se mantienen conductas inadaptadas (Sadock et al., 2017). *Ejemplo clínico:* Un adolescente con ansiedad social evita participar en clase;

la evitación le reduce la ansiedad (refuerzo negativo), por lo que continúa evitándola, manteniendo el problema.

- **Modelo del aprendizaje observacional (Bandura)**

Sostiene que los individuos aprenden conductas observando a otros, incluso sin reforzamiento directo. Este aprendizaje vicario tiene gran relevancia en el desarrollo de conductas prosociales o desadaptativas. *Ejemplo clínico:* Una niña que observa a su madre mostrar terror ante los insectos desarrolla una respuesta de evitación similar, a pesar de no haber tenido experiencias aversivas directas.

- **Modelo cognitivo del aprendizaje (Piaget, Ausubel)**

Estos modelos destacan el papel de la representación mental, la comprensión y la reestructuración cognitiva. El aprendizaje no es solo asociación de estímulos y respuestas, sino construcción activa de conocimiento. Son centrales en los enfoques psicoterapéuticos actuales (Beck, 1995). *Ejemplo clínico:* En terapia cognitivo-conductual, un paciente con ataques de pánico aprende a identificar y reinterpretar sus pensamientos catastrofistas, lo que reduce la frecuencia e intensidad de los síntomas.

3.9.3. Tipos de aprendizaje

El aprendizaje puede clasificarse en función de los procesos implicados:

- **Aprendizaje asociativo**

- a) **Condicionamiento clásico:** Se aprenden asociaciones entre estímulos.
- b) **Condicionamiento operante:** Se aprenden asociaciones entre conductas y consecuencias.

- **Aprendizaje no asociativo**

- a) **Habitación:** Disminución de la respuesta ante un estímulo repetido e inocuo.
- b) **Sensibilización:** Aumento de la respuesta ante la exposición repetida a un estímulo relevante (Kandel, 2006).

- **Aprendizaje por observación**

Se adquieren nuevas conductas mediante la observación de modelos sociales (Bandura, 1977).

- **Aprendizaje verbal y significativo**

Implica la adquisición de conocimiento a través del lenguaje y su integración en estructuras previas de significado.

- **Aprendizaje por insight**

Es la comprensión súbita de una solución o estructura, sin ensayo y error previo (Köhler, 1925).

3.9.4. Alteraciones del aprendizaje

Las alteraciones del aprendizaje se presentan cuando el sujeto no logra desarrollar adecuadamente habilidades académicas, sociales o funcionales, a pesar de contar con inteligencia normal y acceso a oportunidades educativas. Estas alteraciones pueden clasificarse como:

- **Trastornos específicos del aprendizaje (DSM-5; CIE-11)**

Son trastornos del neurodesarrollo que afectan la adquisición y uso de habilidades académicas. Se manifiestan durante la infancia, persisten en la edad adulta y afectan significativamente el rendimiento escolar o profesional (American Psychological Association [APA], 2013).

- a) **Trastorno de la lectura (dislexia):** Dificultad persistente para reconocer palabras escritas, leer con fluidez y comprender textos. *Caso clínico:* Santiago, de 9 años, presenta inversiones de letras ("b" por "d"), omisión de sílabas y lectura lenta. Tiene CI normal y no hay déficit sensorial. Se diagnostica dislexia.
- b) **Trastorno del cálculo (discalculia):** Dificultades para comprender conceptos numéricos, memorizar operaciones y resolver problemas aritméticos. *Caso clínico:* Julia, de 10 años, confunde los signos matemáticos, no puede hacer sumas sin contar con los dedos y presenta ansiedad frente a tareas matemáticas.

- c) **Trastorno de la expresión escrita (disgrafía):** Problemas en la ortografía, gramática, puntuación y organización del discurso escrito. *Caso clínico:* Diego, de 11 años, escribe con letra ilegible, con errores ortográficos constantes y estructuras sintácticas muy limitadas.

- **Dificultades de aprendizaje no específicas**

- a) **Secundarias a trastornos emocionales:** Ansiedad, depresión, trauma.
- b) **Por déficit atencional (TDAH):** Afecta la codificación y retención.
- c) **Por entornos socioculturales deprivados:** Carencia de estimulación o escolaridad irregular.

- **Aprendizaje disfuncional en psicopatología**

- a) En fobias, el miedo se mantiene por refuerzo negativo.
- b) En trastornos obsesivo-compulsivos, las compulsiones se refuerzan por la reducción de ansiedad.
- c) En trastornos de personalidad, se consolidan patrones relacionales desadaptativos aprendidos en contextos familiares disfuncionales (Linehan, 1993).

3.9.5. Evaluación clínica del aprendizaje

La evaluación del aprendizaje constituye una fase esencial dentro del proceso diagnóstico clínico, especialmente en contextos educativos, psicológicos y psicopatológicos. Su finalidad es identificar la presencia de dificultades o trastornos específicos del aprendizaje (TEA), comprender los mecanismos implicados en el rendimiento académico y discriminar entre causas cognitivas, emocionales, sociales, culturales o neurológicas (Belloch et al., 2020).

Desde un enfoque clínico, el aprendizaje no se evalúa solo como adquisición de contenidos escolares, sino como una capacidad integrada que abarca la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la regulación emocional y la adaptación social. Por tanto, su evaluación debe ser multidimensional, contextualizada e interdisciplinaria (Perpiñá y Baños, 2019).

- **Objetivos de la evaluación clínica del aprendizaje**

- a) Detectar dificultades específicas o generales en el proceso de aprendizaje.
- b) Identificar factores cognitivos, emocionales, conductuales o contextuales que interfieren con el rendimiento.
- c) Diferenciar entre un retraso madurativo, una dificultad transitoria y un trastorno específico.
- d) Elaborar un perfil funcional del sujeto para orientar la intervención educativa o psicoterapéutica.

- **Etapas del proceso evaluativo**

- a) **Recogida de información contextual:** Implica la revisión de la historia escolar, antecedentes médicos, factores familiares y observaciones de padres y docentes. Se exploran aspectos como:
 - a. Edad de adquisición del lenguaje y habilidades motoras.
 - b. Rendimiento escolar en diferentes materias.
 - c. Comportamiento en el aula y en casa.
 - d. Expectativas y estilos educativos familiares.

“La evaluación de los problemas de aprendizaje debe incluir una exploración detallada de la historia del desarrollo y del entorno del niño para descartar causas ambientales o relacionales” (Kaplan et al., 2017, p. 89).

- b) Observación clínica directa**

El clínico debe observar espontáneamente la forma en que el niño o adolescente:

- a. Resuelve problemas.
- b. Se enfrenta a la frustración.
- c. Sigue instrucciones.
- d. Utiliza estrategias cognitivas.

Esta observación ofrece indicadores sobre la motivación, la capacidad de autorregulación, la impulsividad o la perseverancia.

- **Dimensiones clave a evaluar**

- a) **Nivel intelectual general:** Es imprescindible descartar discapacidad intelectual, medir el funcionamiento cognitivo global y analizar la discrepancia entre el CI y el rendimiento escolar. *Pruebas recomendadas:*

- a. *Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC-V).*
 - b. *Batería Kaufman para la evaluación de niños (K-ABC-II).*

“La discrepancia entre el cociente intelectual y el rendimiento académico es uno de los criterios clave para el diagnóstico de trastornos específicos del aprendizaje” (APA, 2013, p. 67).

- b) **Atención y funciones ejecutivas:** Incluye la capacidad de concentración sostenida, planificación, flexibilidad cognitiva y control de impulsos. *Pruebas recomendadas:*

- a. *Test de Variables de Atención (TOVA).*
 - b. *Stroop Test.*
 - c. *Torre de Londres.*
 - d. *Trail Making Test.*

Estas funciones son especialmente relevantes en casos de TDAH, dificultades de aprendizaje secundarias o disfunción ejecutiva frontal.

- c) **Habilidades académicas específicas:** Se exploran mediante pruebas estandarizadas de lectura, escritura y matemáticas. Se busca detectar errores sistemáticos, lentitud, problemas de automatización o dificultades de comprensión.

- a. *Instrumentos sugeridos para Lectura:*

- *PROLEC-R:* evalúa procesos lectores (precisión, velocidad, comprensión).
 - *TALE:* Test de análisis de lectoescritura.

- b. *Instrumentos sugeridos para Escritura:*

- Análisis cualitativo de ortografía, redacción, organización discursiva.
- *PROESC*: evalúa producción escrita.

c. *Instrumentos sugeridos para Cálculo:*

- *TEMA-3*: test de matemáticas tempranas.
- *ECM*: evaluación clínica de las matemáticas.

“Los trastornos específicos del aprendizaje se diagnostican mediante el rendimiento persistentemente bajo en pruebas estandarizadas, acompañado de indicadores clínicos y funcionales” (Belloch et al., 2020, p. 244).

- d) **Lenguaje y habilidades metalingüísticas:** La comprensión oral, el vocabulario, la sintaxis y la conciencia fonológica son fundamentales para aprender a leer y escribir. *Pruebas recomendadas:*

- a. *CELF-5*: Clinical Evaluation of Language Fundamentals.
- b. *PEABODY*: vocabulario receptivo.
- c. *PHONO*: conciencia fonológica.

- e) **Memoria de trabajo y procesamiento auditivo:** Son habilidades transversales que afectan tanto al aprendizaje verbal como al matemático. *Pruebas recomendadas:*

- a. *Test de amplitud de dígitos* (WISC).
- b. *Memoria auditiva secuencial* (NEPSY).
- c. *Repetición de pseudopalabras*.

f) **Evaluación emocional y motivacional**

Factores como la ansiedad escolar, el bajo autoconcepto académico o el miedo al fracaso pueden interferir con el rendimiento. Es necesario evaluar:

- a. Niveles de ansiedad y estrés (STAIC, SENA).
- b. Autoeficacia académica.
- c. Reacciones emocionales ante el error.
- d. Relación con los pares y figuras de autoridad.

“La evaluación del aprendizaje no debe reducirse al rendimiento académico, sino considerar la interacción entre cognición y emoción” (Perpiñá y Baños, 2019, p. 82).

g) **Evaluación diagnóstica diferencial:** Es esencial distinguir entre:

Tabla 5

Características diferenciales de las condiciones psicológicas comórbidas con los trastornos del aprendizaje.

Condición	Características clave
Trastorno específico del aprendizaje	Dificultades persistentes en una o más áreas académicas, con CI normal.
TDAH	Fallas atencionales, impulsividad, pero sin déficit académico específico.
Discapacidad intelectual	CI significativamente bajo; dificultades generalizadas en todas las áreas.
Trastorno de ansiedad escolar	Buen potencial académico, pero rendimiento bajo por miedo al fracaso.
Trastornos del lenguaje	Dificultad en comprensión y expresión que afecta indirectamente al aprendizaje.

Fuente: Elaboración propia.

h) **Informe clínico e integración de resultados:** El producto final del proceso debe integrar todos los datos recogidos, formular hipótesis diagnósticas, identificar fortalezas y debilidades, y emitir recomendaciones específicas. Estas deben considerar:

- Adaptaciones curriculares.
- Intervenciones psicopedagógicas.
- Derivación a especialistas (neuropediatra, terapeuta del lenguaje, etc.).

d. Apoyo familiar y estrategias de seguimiento.

“Una evaluación clínica del aprendizaje completa permite no solo el diagnóstico, sino también la formulación de un plan de intervención efectivo y personalizado” (Kaplan et al., 2017, p. 90).

Conclusión

El aprendizaje es una función compleja que articula procesos neurobiológicos, emocionales, sociales y culturales. Su alteración puede constituir tanto un síntoma como un mecanismo etiopatogénico de diversos trastornos psicopatológicos. La comprensión de los modelos teóricos del aprendizaje, junto con una evaluación clínica exhaustiva y contextualizada, resulta imprescindible para un abordaje diagnóstico y terapéutico efectivo. La detección temprana y la intervención especializada pueden prevenir el fracaso escolar, el sufrimiento emocional y la exclusión social.

Tabla 6

Resumen de la unidad temática 5: Aprendizaje.

Consejo:  Considera el aprendizaje como algo más que conocimiento académico. Explora cómo el paciente adquiere hábitos, respuestas emocionales o estrategias para	G	Condicionamiento clásico: Asociación entre estímulos y respuestas automáticas.
	L	
	O	Condicionamiento operante: Aprendizaje por refuerzo o castigo.
	S	
	A 	Modelado: Aprendizaje por observación e imitación.
	R	
	I	Plasticidad sináptica: Capacidad del cerebro para modificar conexiones neuronales.
	O	
	Para reflexionar...  <i>¿Por qué es importante conocer el estilo de aprendizaje del paciente en la intervención clínica?</i>	

afrontar
dificultades.

Fuente: Elaboración propia.

3.10. Memoria

3.10.1. Definición

La memoria es una función psíquica superior que permite al ser humano codificar, almacenar, conservar y evocar experiencias, conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo del tiempo. Constituye un proceso dinámico que no solo posibilita la continuidad del yo y el sentido de identidad, sino también la planificación, el juicio, el aprendizaje y la adaptación al entorno (Belloch et al., 2020).

Desde el punto de vista neurocognitivo, la memoria se sustenta en la actividad sináptica y la plasticidad neuronal. Implica la participación de estructuras como el hipocampo, los lóbulos temporales mediales, la corteza prefrontal, la amígdala y los núcleos talámicos. El hipocampo es clave para consolidar la memoria episódica, mientras que la corteza prefrontal participa en la organización y recuperación del material mnésico (Kandel et al., 2013; Sadock et al., 2017).

En psicopatología, la memoria se considera una dimensión transversal: su afectación puede constituir un síntoma primario, como en los trastornos neurocognitivos, o secundario, como en la depresión mayor, trastornos disociativos y estrés postraumático. Por ello, su exploración clínica es parte indispensable del examen del estado mental.

3.10.2. Clasificaciones de la memoria

La memoria no es una función unitaria, sino un sistema compuesto por subprocesos diferenciados tanto en su estructura como en su función. A continuación, se detallan las clasificaciones más relevantes:

Según la duración del almacenamiento

- a) **Memoria sensorial:** Retiene brevemente información proveniente de los sentidos (visual, auditiva) por milisegundos o segundos. Su función es permitir la continuidad perceptiva.
- b) **Memoria a corto plazo (MCP):** Mantiene información durante segundos o minutos, con capacidad limitada. Permite el procesamiento inmediato del entorno. Este tipo de memoria refleja la capacidad del paciente para contar algo que se le ha dicho un momento antes y que se le ha indicado que recuerde.
- c) **Memoria a largo plazo (MLP):** Sistema de almacenamiento relativamente estable que guarda la información durante horas, días o años.

Según el grado de conciencia

- a) **Memoria explícita (declarativa):** Requiere conciencia para su recuperación. Se clasifica en:
 - a. **Memoria episódica:** Recuerdos autobiográficos contextualizados en tiempo y lugar.
 - b. **Memoria semántica:** Conocimientos generales sobre el mundo (lenguaje, conceptos).
- b) **Memoria implícita (no declarativa):** No requiere conciencia para su uso. Se clasifica en:
 - a. **Memoria procedimental:** Habilidades motoras o cognitivas automatizadas, como por ejemplo montar bicicleta.
 - b. **Memoria de trabajo:** Sistema transitorio que permite el almacenamiento y manipulación simultánea de información necesaria para tareas cognitivas complejas como el razonamiento, la planificación y la toma de decisiones (Caballo, 2014).

Según el contenido temporal

- a) **Memoria inmediata:** Evocación de información segundos después de su presentación.
- b) **Memoria reciente:** Retención de eventos ocurridos en las últimas horas o días.
- c) **Memoria remota:** Recuperación de hechos lejanos en el tiempo (infancia, juventud).

Según la modalidad sensorial o funcional

- a) **Memoria verbal:** Codificación y recuerdo de palabras, nombres, conceptos lingüísticos.
- b) **Memoria visual-espacial:** Imágenes, localización en el espacio.
- c) **Memoria emocional:** Asociaciones entre eventos y estados afectivos, mediada por la amígdala.
- d) **Memoria autobiográfica:** Conjunto de recuerdos personales significativos.

3.10.3. Tipos de memoria y correlatos clínicos

Tabla 7

Alteraciones asociadas a los diferentes tipos de memoria.

Tipo de memoria	Descripción funcional	Alteraciones clínicas frecuentes
Memoria inmediata	Retención por segundos.	Se afecta en delirium.
Memoria reciente	Recuerdo de hechos recientes (minutos, días).	Se altera precozmente en enfermedad de Alzheimer.
Memoria remota	Recuerdo de hechos antiguos.	Se afecta en demencias avanzadas.

Memoria episódica	Recuerdos personales situados en tiempo y espacio.	Afectada en amnesia psicógena o postraumática.
Memoria semántica	Conocimientos culturales, léxicos.	Deterioro en demencia semántica y Alzheimer.
Memoria procedimental	Habilidades automáticas.	Se mantiene intacta en fases iniciales de demencia.

Fuente: Elaboración propia

3.10.4. Alteraciones de la memoria

Las alteraciones de la memoria pueden clasificarse en cuantitativas, que afectan el grado de retención o evocación, y cualitativas, que implican distorsiones, sustituciones o falsificaciones del contenido amnésico. Estas alteraciones aparecen en cuadros neurológicos, trastornos afectivos, disociativos, psicóticos, entre otros (Belloch et al., 2020; Sadock et al., 2017).

- **Alteraciones cuantitativas**

- a) **Hipermnesia:** Consiste en un incremento anormal de la capacidad de evocación, muchas veces selectiva o circunstancial. *Ejemplo clínico:* Durante un episodio maníaco, una paciente recita páginas enteras de libros leídos años atrás, con hiperdetalle y exaltación (Kaplan et al., 2017).
- b) **Hipomnesia:** Se refiere a la disminución general del rendimiento mnésico, común en estados depresivos, ansiedad, estrés agudo o envejecimiento normal (Belloch et al., 2020).
- c) **Amnesia:** Es la pérdida total o parcial de la memoria. Se subclasifica según su orientación temporal en:
 - **Amnesia anterógrada:** Imposibilidad de incorporar nueva información. *Caso clínico:* Mario, 58 años, tras encefalitis herpética,

es incapaz de recordar qué ha hecho en las últimas horas, aunque conserva memorias anteriores.

- **Amnesia retrógrada:** Pérdida de recuerdos previos a un evento específico. *Caso clínico:* Sofía, 34 años, tras accidente automovilístico, no recuerda los tres días anteriores al siniestro.
- **Amnesia global transitoria:** Episodio súbito y reversible de amnesia anterógrada y retrógrada, sin afectación de otras funciones. Más común en adultos mayores, suele durar menos de 24 horas (Sadock et al., 2017).
- **Amnesia lacunar:** Pérdida circunscrita a un periodo específico, como una crisis epiléptica o intoxicación alcohólica (Belloch et al., 2020).
- **Amnesia disociativa:** Incapacidad para recordar información personal relevante, no atribuible a causas orgánicas; se asocia a trauma psicológico y se diagnostica dentro de los trastornos disociativos (APA, 2013, p. 298). *Caso clínico:* Carla, 27 años, no recuerda los eventos posteriores a una violación. Conserva intactas otras funciones cognitivas.
- **Alteraciones cualitativas (paramnesias)**
 - a) **Confabulación:** Invención de recuerdos falsos para llenar lagunas de memoria, sin intención de engaño. Suele aparecer en pacientes con trastornos neurocognitivos mayores, especialmente el síndrome de Korsakoff (Kapur, 1999). *Caso clínico:* Don Emilio, 70 años, con síndrome de Korsakoff, afirma haber ido al cine cada tarde, pese a no haber salido de la clínica.
 - b) **Pseudología fantástica:** Se mezcla el recuerdo con invenciones fantasiosas, sin intención de engañar, pero con fuerte carga imaginativa. Puede observarse en trastornos de la personalidad, como el histriónico o el antisocial (Sadock et al., 2017).

- c) **Déjà vu:** Falsa sensación de familiaridad ante una experiencia novedosa. Es un fenómeno común en población sana, pero también puede aparecer en epilepsia del lóbulo temporal (Berrios, 1990).
- d) **Jamais vu:** Sensación de extrañeza ante una situación conocida. A menudo se presenta en trastornos disociativos, estados ansiosos o como aura epiléptica (Belloch et al., 2020). *Ejemplo clínico:* sujeto entra a su hogar y lo percibe como un lugar totalmente desconocido, con ansiedad intensa.
- e) **Criptomnesia:** Recuerdo inconsciente de una información que el sujeto cree propia u original. Es frecuente en la creación literaria y también en pacientes con alteraciones de la fuente del recuerdo (Kaplan et al., 2017). *Ejemplo:* escritor que transcribe sin saber un párrafo de una obra que leyó en el pasado.
- f) **Alomnesia:** Modificación del contenido del recuerdo por influencias afectivas, creencias o sesgos de interpretación. Es común en cuadros depresivos, donde los recuerdos se reorganizan con una carga emocional negativa (Williams et al., 2007). *Ejemplo clínico:* en depresión, el paciente recuerda su infancia como vacía y triste, a pesar de relatos previos positivos.
- g) **Ecmnesia:** Revivencia de un recuerdo pasado con pérdida de orientación temporal. El sujeto experimenta el evento como si estuviera ocurriendo nuevamente. Suele observarse en casos de estrés postraumático o epilepsia del lóbulo temporal (Jaspers, 1963). *Ejemplo clínico:* paciente con estrés postraumático revive una escena de combate con alteración de la orientación temporal.

3.10.5. Casos clínicos relevantes

a) Caso 1 - Amnesia de origen orgánico

Don Ernesto, de 74 años, es traído por su hija a consulta por olvidos frecuentes y desorientación temporal. No recuerda hechos ocurridos recientemente, repite las mismas preguntas cada poco minuto y se muestra confuso al reconocer a familiares. Conserva en parte sus recuerdos remotos, pero no puede aprender nueva información. La evaluación neuropsicológica revela deterioro de la memoria episódica y semántica, con relativa preservación de la memoria procedimental. La resonancia magnética cerebral muestra atrofia del hipocampo. Se establece el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable, estadio leve-moderado, según criterios del DSM-5 y evidencia neurobiológica (APA, 2013; Sadock et al., 2017).

b) Caso 2 - Amnesia funcional retrógrada

Mariela, de 28 años, es encontrada desorientada en un parque de otra ciudad. No porta identificación y refiere no saber su nombre, ni cómo llegó allí. No presenta alteración del nivel de conciencia ni signos de intoxicación. En evaluación psiquiátrica relata sentirse emocionalmente "vacía" y manifiesta gran ansiedad ante la situación. La exploración cognitiva muestra conservación de la memoria semántica, pero pérdida circunscrita de recuerdos autobiográficos recientes. No hay hallazgos en neuroimagen. El cuadro es consistente con amnesia disociativa con fuga, desencadenada posiblemente por un evento traumático no consciente (APA, 2013, p. 298; Belloch et al., 2020).

c) Caso 3 - Paramnesia en esquizofrenia

Julián, de 36 años, acude al hospital por presentar ideas delirantes de persecución. Durante la entrevista manifiesta haber vivido la misma situación anteriormente, repitiendo frases como "esto ya pasó", "usted ya me lo dijo todo igual", a pesar de que se trataba de una primera consulta. Cree firmemente que los médicos están repitiendo una escena previamente vivida. La evaluación clínica revela un fenómeno de déjà vu patológico con alteración del juicio de realidad. Se diagnostica esquizofrenia paranoide con

paramnesias y trastornos del contenido del pensamiento (Jaspers, 1963; Sadock et al., 2017).

d) Caso 4 - Amnesia funcional con fuga disociativa

Andrés, 40 años, fue hallado en una ciudad distinta a la suya, sin documentos, refiriendo “no saber quién era”. Tras 48 horas, recuperó parcialmente sus recuerdos. No presentaba lesiones cerebrales ni consumo de sustancias. Se diagnosticó *amnesia disociativa con fuga* (APA, 2013).

3.10.6. Evaluación clínica de la memoria

La exploración de la memoria requiere un abordaje multidimensional (Caballo, 2014):

Entrevista clínica

Incluye preguntas orientadas a:

- a) Evocación de datos personales (nombre, edad, dirección).
- b) Relato de actividades recientes (¿qué hizo ayer?).
- c) Recuerdos remotos (eventos importantes de la infancia).
- d) Fluidez narrativa y consistencia en el relato autobiográfico.

Observación conductual

El examinador debe valorar:

- a) Repetición de preguntas.
- b) Incertidumbre ante información reciente.
- c) Uso de notas o ayudas externas para orientarse.

Pruebas neuropsicológicas

Instrumentos estandarizados que permiten evaluar diferentes tipos de memoria:

- a) Mini-Mental State Examination (MMSE).
- b) Test de memoria lógica de Wechsler.
- c) Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey (RAVLT).
- d) Figura compleja de Rey-Osterrieth (memoria visual).
- e) Test de reconocimiento y recuerdo libre.
- f) Cuestionarios autobiográficos estructurados.

Exploración complementaria

- a) Electroencefalograma en sospecha de epilepsia temporal.
- b) Neuroimagen (RMN) en casos de deterioro neurocognitivo progresivo.
- c) Pruebas de laboratorio: vitamina B12, función tiroidea, sífilis, VIH.

Conclusión

La memoria constituye un eje estructural del psiquismo humano. Su alteración afecta la continuidad del yo, la identidad narrativa y la capacidad adaptativa del individuo. Desde la perspectiva psicopatológica, las alteraciones mnésicas pueden revelar disfunciones cerebrales, procesos disociativos o distorsiones afectivas del recuerdo. La evaluación clínica exige un abordaje meticuloso, contextualizado e interdisciplinario que permita diferenciar entre trastornos neurológicos, psiquiátricos y funcionales, y guiar el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Tabla 8

Resumen de la unidad temática 6: Memoria.

Consejo:  Evalúa diferentes tipos de memoria: inmediata, reciente y remota. El deterioro puede ser selectivo y orientarte hacia cuadros específicos como	G	Amnesia anterógrada: Incapacidad de formar recuerdos nuevos.
	L	
	O	Amnesia retrógrada: Pérdida de recuerdos previos a un evento.
	S	
	A 	Memoria episódica: Recuerdos de experiencias personales. 
	R	Memoria semántica: Conocimiento general del mundo.
	I	
	O	
	Para reflexionar... 	

la demencia o el trauma.

¿Qué importancia clínica tiene diferenciar entre tipos de amnesia?

Fuente: Elaboración propia.

3.11. Afektividad

3.11.1. Definición

La afectividad es una dimensión estructural de la vida psíquica que abarca el conjunto de experiencias subjetivas de tipo emocional, sentimental y anímico. Se manifiesta como una tonalidad constante o variable que acompaña e influye en los procesos de percepción, pensamiento, conducta y relación con el mundo (Belloch et al., 2020). A diferencia de otras funciones psíquicas más delimitables como la memoria o la atención, la afectividad penetra transversalmente toda la vivencia del sujeto y modula la forma en que interpreta y responde a los estímulos internos y externos.

Desde un enfoque fenomenológico, Jaspers (1963) distinguió entre *afectos primarios* (respuestas afectivas inmediatas a un estímulo), *afectos secundarios* (más elaborados, vinculados a procesos simbólicos y relacionales) y *estados afectivos de fondo*, que configuran la disposición general del ánimo. La afectividad es, por tanto, tanto una reacción como una disposición.

Neurobiológicamente, se sustenta en la interacción de estructuras límbicas (amígdala, hipotálamo, hipocampo), corteza prefrontal y neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina, los cuales regulan la expresión, intensidad y modulación de los afectos (Sadock et al., 2017).

3.11.2. Clasificaciones de la afectividad

La afectividad es una dimensión compleja de la vida psíquica que puede organizarse clínicamente en función de distintos criterios: la forma de expresión emocional, su duración, su relación con el yo, su congruencia con la situación externa, y su estabilidad a lo largo del tiempo. Esta clasificación permite una comprensión más precisa de las distintas formas de alteración

afectiva que pueden presentarse en contextos psicopatológicos (Belloch et al., 2020; Capponi, 2001; Sadock et al., 2017).

– **Según la forma de expresión**

Esta clasificación distingue entre las manifestaciones afectivas por su grado de estabilidad, su duración y su función adaptativa o comunicativa:

- a) **Emociones:** Reacciones afectivas intensas, breves y reactivas ante estímulos específicos (por ejemplo, miedo, ira, sorpresa). Tienen un correlato fisiológico y conductual claro (Ekman, 1992).
- b) **Sentimientos:** Experiencias subjetivas afectivas más estables y duraderas que las emociones, no necesariamente reactivas (Belloch et al., 2020, p. 383). *Ejemplo:* gratitud hacia una persona por un acto generoso
- c) **Afecto:** Patrón de comportamientos observables que constituyen la expresión de sentimientos experimentados subjetivamente. Consiste en la respuesta emocional del paciente en el momento presente. El afecto puede o no ser congruente con el humor. Su evaluación incluye aspectos como la intensidad, amplitud, adecuación y congruencia con el contenido verbal y la situación contextual (Sadock et al., 2017).
- d) **Estado de ánimo (humor):** Tonalidad afectiva general y sostenida que colorea la vida psíquica del sujeto durante un período prolongado, con independencia de estímulos inmediatos (Capponi, 2001). Existen diferentes tipos de estado de ánimo:
 - a. **Deprimido:** estado de ánimo bajo, como la tristeza.
 - b. **Disfórico:** estado de ánimo desagradable con predominio de sensación de malestar.
 - c. **Elevado:** ánimo elevado con sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría.
 - d. **Eutímico:** ánimo normal.

- e. **Expansivo**: ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos con tendencia a la desinhibición.
- f. **Irritable**: fácilmente enojado.

– **Según su dirección y regulación**

Esta perspectiva evalúa si la afectividad está adecuadamente modulada y dirigida hacia objetos internos o externos.

- a) **Afectividad normal (modulada)**: Respuestas emocionales congruentes con el estímulo y ajustadas a la situación.
- b) **Afectividad desregulada**: Reacciones afectivas que no se ajustan en intensidad, duración o contenido al contexto. Esta desregulación puede manifestarse como labilidad, rigidez, ambivalencia o inadecuación emocional (Belloch et al., 2020).

– **Según su relación con el yo**

Planteada desde el modelo de Jaspers (1963), esta clasificación diferencia si la experiencia afectiva se origina como una vivencia interna (autoplástica) o como una respuesta a estímulos externos (aloplástica):

- a) **Afectividad autoplástica**: El sujeto vive los afectos como emergentes desde su mundo interno, sin una causa externa clara. *Ejemplo*: tristeza sin causa aparente, típica de la depresión endógena.
- b) **Afectividad aloplástica**: Reacción emocional frente a estímulos objetivos o situaciones externas identificables. *Ejemplo*: enojo ante una injusticia laboral reciente.

– **Clasificación fenomenológica de la afectividad**

Capponi (2001) y Ey (1978) proponen una clasificación fenomenológica en dos grandes categorías:

- a) **Afectividad vital o holotímica**: Sensación de bienestar o malestar general, muchas veces sin contenido cognitivo definido. Se relaciona

con la experiencia corporal de la emoción. *Ejemplo*: sensación de vacío interno o de estar “extrañamente bien” sin razón aparente.

- b) **Afectividad reactiva o catatímica:** Respuesta emocional concreta, asociada a un objeto o situación específica, con una dirección intencional. *Ejemplo*: miedo a perder un empleo tras recibir una llamada del jefe.

- **Clasificación clínica (según intensidad, forma, congruencia)**

Utilizada con fines semiológicos, esta clasificación orienta la descripción de los afectos en el examen mental (Sadock et al., 2017; Belloch et al., 2020):

- a) **Intensidad:** Hipertimia (euforia), hipotimia (tristeza), anhedonia.
- b) **Forma:** Labilidad, incontinencia, ambivalencia, rigidez.
- c) **Congruencia:** Adecuada o paratímica (discordante con el contenido verbal o el contexto).

3.11.3. Alteraciones de la afectividad

Las alteraciones de la afectividad son expresiones psicopatológicas frecuentes, presentes en un amplio espectro de trastornos, desde cuadros depresivos y bipolares hasta esquizofrenia y trastornos disociativos. Se clasifican en alteraciones cuantitativas (intensidad) y cualitativas (estructura, forma y congruencia). Estas alteraciones pueden afectar tres niveles interrelacionados: el afecto (como manifestación inmediata del tono emocional), el estado de ánimo (como disposición afectiva más estable) y las emociones (como respuestas reactivas ante estímulos específicos) (Belloch et al., 2020; Capponi, 2001).

- **Alteraciones cuantitativas**

- a) **Hipertimia:** Exaltación patológica del estado de ánimo. Puede presentarse como euforia, exaltación o alegría inadecuada. Típica del trastorno bipolar tipo I (Sadock et al., 2017). *Ejemplo clínico*: Alberto, 29 años, con trastorno bipolar tipo I, llega a consulta con atuendo

extravagante, hace bromas inadecuadas, interrumpe constantemente y declara que "todo está perfecto". Presenta ideas de grandiosidad y conducta desinhibida.

- b) Hipotimia:** Disminución patológica del estado de ánimo. Se manifiesta como tristeza, pesimismo, desesperanza y pérdida de interés. Es el núcleo de los trastornos depresivos mayores y persistentes (APA, 2013). *Ejemplo clínico:* Pedro, 45 años, en contexto de trastorno depresivo mayor, refiere sentirse "vacío", llora espontáneamente, presenta insomnio, fatiga y dificultad para concentrarse. Se considera de riesgo suicida por desesperanza intensa.
- c) Anhedonia:** Incapacidad para experimentar placer ante estímulos previamente gratificantes; por ejemplo, no disfrutar música, comida, relaciones sociales o sexuales. Es un síntoma cardinal de los cuadros depresivos con características melancólicas (Belloch et al., 2020, p. 387). *Ejemplo clínico:* Lorena, 30 años, antes amante del cine, expresa que "nada tiene sentido" y que todo le parece aburrido o indiferente. Diagnóstico: trastorno depresivo mayor con síntomas melancólicos.
- d) Labilidad afectiva:** Cambios rápidos e intensos del estado emocional sin causa proporcional; por ejemplo, pasar de la risa al llanto sin motivo claro. Se presenta en cuadros como trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y esclerosis múltiple (Perpiñá y Baños, 2019). *Ejemplo clínico:* paciente con esclerosis múltiple alterna llanto y risas incontrolables durante una conversación neutra, sin que logre controlar esta situación ni identificar la causa emocional.
- e) Incontinencia afectiva:** Expresión emocional exagerada y fuera de control ante estímulos mínimos; por ejemplo, episodios de llanto o risa explosiva e incontinente. Común en demencia vascular, lesiones cerebrales o esclerosis lateral amiotrófica (Kaplan et al., 2017). *Ejemplo clínico:* Don Arturo, un adulto mayor de 74 años, con demencia vascular,

estalla en lágrimas ante estímulos menores como el saludo del terapeuta.

– **Alteraciones cualitativas**

- a) **Aplanamiento afectivo:** Reducción o ausencia de la reactividad emocional, con escasa variación expresiva; por ejemplo, voz monótona, ausencia de expresión facial o gestual, mirada inexpresiva. Es característico de la esquizofrenia y puede observarse también en trastornos neurológicos frontales (APA, 2013; Sadock et al., 2017, p. 174). *Ejemplo clínico:* Roberto, 34 años, con esquizofrenia paranoide, relata eventos dolorosos sin ningún cambio emocional visible ni verbal. Se mantiene inexpresivo, sin gesticulación ni prosodia. Se interpreta como aplanamiento afectivo severo.
- b) **Rigidez afectiva:** Persistencia de un estado afectivo sin variación ante estímulos que deberían modificarlo; por ejemplo, continuar serio o apático incluso ante noticias positivas. Común en trastornos obsesivo-compulsivos y depresivos crónicos (Capponi, 2001). *Ejemplo clínico:* Carla, con trastorno depresivo persistente, permanece inexpresiva y ausente incluso durante la visita de sus hijos a quienes no ve desde hace meses.
- c) **Tenacidad afectiva:** Se refiere a la prolongación inadecuada de una emoción más allá de su causa. *Ejemplo clínico:* mujer que experimenta vergüenza intensa por una equivocación menor durante una reunión y mantiene la emoción por semanas, evitando volver al trabajo.
- d) **Ambivalencia afectiva:** Presencia simultánea de sentimientos opuestos hacia una misma persona, objeto o situación; por ejemplo, decir “la odio y la necesito” refiriéndose a una figura significativa. Es un rasgo característico de la esquizofrenia hebefrénica y del trastorno límite de la personalidad (Jaspers, 1963). *Ejemplo clínico:* Luisa, con trastorno límite de la personalidad, manifiesta alternar constantemente

entre amar y despreciar a su pareja, incluso durante la misma conversación.

- e) **Paratimia (inadecuación afectiva):** Respuesta emocional incongruente con el contenido del pensamiento o contexto; por ejemplo, reír al hablar de una tragedia personal. Característica de la esquizofrenia desorganizada (Jaspers, 1963; Sadock et al., 2017). *Ejemplo clínico:* Oscar, con esquizofrenia desorganizada, sonríe ampliamente al describir el fallecimiento reciente de su madre. Diagnóstico: paratimia grave con disociación ideo-afectiva.
- f) **Disociación ideo-afectiva:** El contenido verbal no se acompaña de la emoción esperable. Es un fenómeno típico en estados psicóticos o disociativos (Jaspers, 1963). *Ejemplo clínico:* sujeto relata un trauma infantil grave sin ninguna alteración emocional, tono neutro y ausencia de expresión facial.
- g) **Alegría patológica:** Estado de júbilo extremo, no congruente con el contexto, de carácter expansivo y disruptivo. Se observa en episodios maníacos o en cuadros neurológicos frontales (Kaplan et al., 2017). *Ejemplo clínico:* paciente en episodio maníaco que ríe compulsivamente mientras describe una deuda.
- h) **Irritabilidad:** Estado afectivo caracterizado por tendencia a reaccionar con enojo, impaciencia o frustración desproporcionada; por ejemplo, estallidos frecuentes de ira por contratiempos menores. Puede presentarse en trastornos afectivos, del neurodesarrollo o de la personalidad (Perpiñá y Baños, 2019). *Ejemplo clínico:* niño con trastorno negativista desafiante que se enfurece si se le niega algo mínimo.
- i) **Alexitimia:** Dificultad para identificar, comprender y verbalizar emociones propias. Con frecuencia se observa en trastornos psicosomáticos, depresión y del espectro autista (Taylor et al., 1997). *Ejemplo clínico:* Javier, 40 años, con somatizaciones digestivas

frecuentes, niega tener estrés y no logra describir cómo se siente emocionalmente. Resultado del TAS-20 indica alexitimia severa.

- j) **Insensibilidad afectiva (apatía emocional):** Pérdida generalizada del interés y respuesta afectiva ante los estímulos. Se presenta en esquizofrenia residual, demencia y trastornos neurodegenerativos (Sadock et al., 2017).
- k) **Embotamiento afectivo:** Afectividad disminuida, sin desaparecer del todo, con dificultad para expresar emociones. Menos intenso que el aplanamiento, pero más persistente. Por ejemplo, responder con afecto tenue, sin expresividad espontánea. *Ejemplo clínico:* Julia, 52 años, con trastorno esquizoide de la personalidad, relata sus experiencias vitales sin entusiasmo ni dolor evidentes.
- l) **Disforia:** Mezcla de tristeza, ansiedad e irritabilidad con malestar generalizado. Común en trastornos por consumo de sustancias, trastornos del ánimo o del control de impulsos (Belloch et al., 2020). *Ejemplo clínico:* Adrián, con trastorno por consumo de sustancias, se muestra hostil, inquieto, con llanto intermitente y pensamientos catastróficos.

3.11.4. Casos clínicos relevantes

a) Caso 1 - Aplanamiento y disociación afectiva en esquizofrenia

Roberto, de 34 años, diagnosticado con esquizofrenia paranoide, asiste a consulta acompañado de su madre. Durante la entrevista relata que su pareja terminó la relación recientemente. Sin embargo, lo hace sin inflexión vocal, sin expresión facial ni gesticulación. Su postura es rígida, su mirada ausente y su voz monótona. No muestra signos de tristeza, ni reactividad emocional al hablar de temas personales dolorosos. La evaluación clínica confirma un *aplanamiento afectivo* junto a *disociación ideo-afectiva*, fenómenos típicos del espectro esquizofrénico (Sadock et al., 2017; Belloch et al., 2020).

b) Caso 2 - Tenacidad afectiva en reacción vivencial patológica

Irene, de 41 años, refiere haber sido corregida en público por su jefe durante una reunión. A pesar de que el hecho ocurrió hace tres semanas y se resolvió con una disculpa formal, la paciente manifiesta un sentimiento persistente de vergüenza y humillación. Evita asistir al trabajo, presenta insomnio y pensamientos recurrentes sobre el evento. Su reacción se interpreta como *tenacidad afectiva*, es decir, una prolongación desadaptativa de una emoción que ya ha perdido su justificación objetiva (Jaspers, 1963; Capponi, 2001).

c) Caso 3 - Inadecuación afectiva (paratimia) en esquizofrenia desorganizada

Eduardo, de 26 años, hospitalizado por un episodio psicótico agudo, cuenta que fue agredido por un grupo de desconocidos en la vía pública. Mientras describe el hecho, sonríe y ríe espontáneamente. No muestra coherencia emocional con el contenido narrado. La discordancia entre emoción y pensamiento es característica de la *paratimia* o *inadecuación afectiva*, común en la esquizofrenia hebefrénica (Belloch et al., 2020; Sadock et al., 2017).

d) Caso 4 - Alegría patológica en episodio maníaco

Camila, de 29 años, acude a consulta vestida con colores llamativos, joyas ostentosas y maquillaje excesivo. Interrumpe constantemente, hace chistes inapropiados, canta y baila en medio de la entrevista. Al hablar de un reciente despido laboral, responde riendo que "fue una bendición disfrazada". Su exaltación emocional es desproporcionada, sostenida e inadecuada al contexto. Se diagnostica *alegría patológica*, síntoma cardinal del episodio maníaco (APA, 2013; Kaplan et al., 2017).

e) Caso 5 - Alexitimia y somatización en trastorno psicosomático

Javier, de 40 años, consulta por molestias gastrointestinales frecuentes. Refiere sentirse "cansado" y con "nudos en el estómago", pero no puede identificar con claridad emociones asociadas. Niega sentirse triste o ansioso, aunque su pareja informa que suele retraerse ante conflictos. La aplicación del TAS-20 indica alexitimia severa. Se interpreta que el paciente somatiza estados

afectivos no reconocidos verbalmente, un patrón frecuente en trastornos psicosomáticos y cuadros depresivos enmascarados (Taylor et al., 1997; Belloch et al., 2020).

3.11.5. Evaluación clínica de la afectividad

La evaluación de la afectividad constituye una dimensión central del examen del estado mental. A través de ella se explora la calidad, intensidad, congruencia y regulación de las vivencias emocionales del sujeto, así como su expresión externa. Dada su naturaleza subjetiva y simbólica, requiere una aproximación que integre la observación fenomenológica, el análisis del discurso y, cuando es pertinente, la aplicación de instrumentos estructurados (Belloch et al., 2020; Perpiñá y Baños, 2019).

La afectividad debe evaluarse no solo por su contenido verbal, sino por su manifestación no verbal: tono de voz, expresividad facial, reactividad emocional, postura corporal y contacto visual (Kaplan et al., 2017). En muchos casos, las incongruencias entre lo dicho y lo expresado constituyen indicadores diagnósticos valiosos, como ocurre en la paratimia esquizofrénica o en la disociación ideo-afectiva.

3.11.6. Dimensiones clínicas clave a evaluar

- a) **Estado afectivo predominante (tono del humor):** Permite identificar el estado de ánimo basal del sujeto en el momento de la evaluación: ¿triste, ansioso, irritable, indiferente, eufórico, sereno?
 - a. *Exploración:* "¿Cómo se ha sentido últimamente?", "¿Hay algo que lo haya hecho sentirse distinto estos días?"
 - b. *Criterio clínico:* El tono afectivo debe diferenciarse de emociones puntuales. Su alteración sostenida indica hipotimia, hipertimia o distimia (APA, 2013).
- b) **Reactividad afectiva:** Es la capacidad del paciente para modular su afecto ante estímulos internos o externos. La reactividad puede estar conservada (depresión reactiva), disminuida (depresión endógena) o ausente (apatía o embotamiento).

- a. *Indicador clínico*: La falta de reactividad emocional frente a noticias emocionalmente relevantes puede sugerir aplanamiento o disociación afectiva (Jaspers, 1963).
- c) **Congruencia afectiva**: Valora la correspondencia entre el afecto observado y el contenido verbal o situación conversacional.
 - a. *Ejemplo clínico*: un sujeto que ríe al hablar de una pérdida significativa puede presentar *inadecuación afectiva* o *paratimia*, común en la esquizofrenia desorganizada (Sadock et al., 2017, p. 175).
- d) **Expresividad emocional externa**: Se refiere a la manifestación observable del afecto: gestos, movimientos, prosodia, mirada, llanto o risas.
 - a. *Observación clínica*: ¿El rostro del paciente es expresivo o inexpressivo? ¿Su tono de voz varía emocionalmente? ¿Mantiene contacto visual?
- e) **Movilidad y modulación afectiva**: Indica si el afecto cambia con el desarrollo de la conversación o si permanece rígido o perseverante. La *rigidez afectiva* es típica del trastorno obsesivo-compulsivo y algunas formas de depresión crónica (Capponi, 2001).
- f) **Adecuación cultural y contextual**: Debe valorarse si la expresión emocional es coherente con las normas socioculturales del paciente. La aparente frialdad afectiva puede estar mediada por factores culturales y no por patología.

3.11.7. Estrategias de evaluación

- a) **Observación clínica estructurada**: La observación atenta y sostenida del comportamiento emocional durante la entrevista es una herramienta fundamental. "La observación de la conducta no verbal puede proporcionar datos más fiables sobre la afectividad del paciente que sus verbalizaciones explícitas" (Belloch et al., 2020, p. 383).

- b) **Entrevista clínica semiestructurada:** Permite explorar dimensiones afectivas subjetivas y contextuales. Preguntas útiles incluyen:
- "¿Hay algo que lo haga sentir especialmente triste o contento últimamente?"
 - "¿Qué cosas solían darle placer y ahora ya no lo hacen?"
 - "¿Siente que sus emociones coinciden con lo que está viviendo?"
- c) **Técnicas proyectivas (uso selectivo):** *Test de apercepción temática (TAT), Test de la familia o Test de la figura humana* pueden emplearse como recursos auxiliares para explorar el contenido afectivo simbólico, especialmente en niños o sujetos con alexitimia (Perpiñá y Baños, 2019).
- d) **Evaluación psicométrica:** Instrumentos recomendados:

Tabla 9

Listado de instrumentos psicométricos utilizados en la valoración clínica de la afectividad.

Instrumento	Objetivo	Fuente
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i>	Evaluar síntomas afectivos depresivos.	Beck et al. (1996)
<i>Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)</i>	Cuantificar la severidad de la depresión.	Hamilton (1960)
<i>Escala de Manía de Young (YMRS)</i>	Medir la severidad de los síntomas maníacos.	Young et al. (1978)
<i>Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)</i>	Evaluar la dificultad para identificar emociones.	Taylor et al. (1997)

Fuente: Elaboración propia.

3.11.8. Integración diagnóstica

La evaluación clínica de la afectividad debe integrar:

- a) Observación no verbal.
- b) Autoinforme del paciente.
- c) Datos contextuales e intersubjetivos.
- d) Resultados psicométricos.

Es fundamental diferenciar entre alteraciones transitorias (reacciones vivenciales normales), sintomatología asociada a un trastorno primario (ej. depresión mayor), y afectividad alterada como rasgo estructural (ej. trastorno esquizoide de la personalidad) (Kaplan et al., 2017; Belloch et al., 2020).

Conclusión

La afectividad representa una dimensión esencial del funcionamiento psíquico, profundamente interrelacionada con los procesos motivacionales, cognitivos, fisiológicos y sociales. Su alteración constituye un núcleo central en múltiples cuadros clínicos, desde trastornos del estado de ánimo hasta esquizofrenia o trastornos de la personalidad. La semiología afectiva requiere una observación minuciosa, sensible al lenguaje verbal y no verbal, y contextualizada en la biografía y entorno del paciente. Una correcta evaluación permite no solo el diagnóstico diferencial, sino también comprender la vivencia subjetiva del sufrimiento psíquico.

Tabla 10

Resumen de la unidad temática 7: Afectividad.

Consejo:  No confundas la emoción con el estado de ánimo.	G	Anhedonia: Incapacidad de experimentar placer.
	L	
	O	Embodamiento afectivo:
	S	Disminución, reducción o ausencia de respuesta emocional.
	A 	Eutimia: Estado afectivo normotípico.

Observa la congruencia afectiva: ¿el afecto concuerda con lo que dice el paciente?	R I O Labilidad emocional: Cambios bruscos e inmotivados del estado de ánimo. Para reflexionar...   <i>¿Cómo se manifiesta una alteración afectiva en el discurso y conducta del paciente?</i>
---	---

Fuente: Elaboración propia.

– **Autoevaluación de conocimientos**

1. ¿Qué tipo de alteración de la conciencia implica una pérdida total del estado de vigilia?

- a) Obnubilación
- b) Confusión
- c) Coma
- d) Hipoprosexia

2. La atención sostenida se refiere a:

- a) La capacidad de cambiar el foco entre estímulos
- b) Mantener la atención durante periodos prolongados
- c) Centrarse en un estímulo específico
- d) Mantenerse orientado en tiempo y espacio

3. ¿Cuál de estas dimensiones forma parte de la orientación?

- a) Afectiva
- b) Motora
- c) Temporal
- d) Intuitiva

4. ¿Cuál es una diferencia clave entre alucinación e ilusión?

- a) La alucinación es más débil que la ilusión
- b) La alucinación se basa en un estímulo real
- c) La ilusión se basa en un estímulo real
- d) No hay diferencia clínica

5. El condicionamiento operante implica:

- a) Reacción automática a un estímulo
- b) Refuerzo o castigo para modificar conducta
- c) Aprendizaje intuitivo
- d) Repetición mecánica

6. La amnesia anterógrada se caracteriza por:

- a) Dificultad para recordar la infancia
- b) No recordar lo ocurrido antes de un trauma
- c) No formar recuerdos nuevos tras un evento

d) Pérdida de la memoria emocional

7. ¿Qué concepto se refiere a la pérdida de reconocimiento de estímulos a pesar de tener los sentidos intactos?

a) Ilusión

b) Alucinación

c) Agnosia

d) Anosognosia

8. ¿Qué alteración afecta directamente la capacidad de experimentar placer?

a) Eutimia

b) Anhedonia

c) Labilidad emocional

d) Apatía

9. ¿Cuál de las siguientes funciones psíquicas básicas se ve más afectada en estados de despersonalización?

a) Memoria

b) Orientación

c) Conciencia

d) Juicio

10. La hipoprosexia es una alteración de:

a) Atención

b) Sensopercepción

c) Afectividad

d) Inteligencia

11. ¿Qué herramienta puede utilizarse para evaluar memoria reciente?

a) Observación clínica

b) Tarea de repetición inmediata

c) Prueba de recuerdo diferido

d) Exploración del estado de ánimo

12. ¿Qué función está directamente relacionada con el registro y recuperación de información?

a) Afectividad

- b) Atención
- c) Aprendizaje
- d) Memoria

13. ¿Qué fenómeno perceptivo se encuentra con mayor frecuencia en cuadros psicóticos?

- a) Ilusión
- b) Hiperestesia
- c) Alucinación
- d) Agnosia

14. ¿Cuál de estas es una manifestación común en la afectividad patológica?

- a) Obnubilación
- b) Anhedonia
- c) Confusión
- d) Afasia

15. ¿Cuál es el primer paso que debe evaluarse en una entrevista clínica estructurada?

- a) Juicio
- b) Lenguaje
- c) Conciencia
- d) Memoria

16. ¿Qué función se ve comprometida cuando el paciente presenta respuestas inconsistentes sobre el día, lugar y persona?

- a) Atención
- b) Conciencia
- c) Juicio
- d) Orientación

17. La labilidad emocional se caracteriza por:

- a) Ausencia de emociones
- b) Cambios afectivos intensos y breves
- c) Afecto plano
- d) Alegría persistente

18. ¿Qué tipo de memoria se relaciona con hechos personales vividos?

- a) Semántica
- b) Implícita
- c) Episódica
- d) Operacional

19. ¿Cuál es un indicador clínico de una alteración en la atención selectiva?

- a) El paciente ignora estímulos irrelevantes
- b) El paciente responde a todo sin filtro
- c) El paciente se desorienta
- d) El paciente recuerda todo con detalle

20. ¿Qué término define el estado afectivo normotípico, sin alteraciones clínicas?

- a) Euforia
- b) Eutimia
- c) Apatía
- d) Anhedonia

Hoja de respuestas

N° de Pregunta	Respuesta Correcta
1	c) Coma
2	b) Mantener la atención durante periodos prolongados
3	c) Temporal
4	c) La ilusión se basa en un estímulo real
5	b) Refuerzo o castigo para modificar conducta
6	c) No formar recuerdos nuevos tras un evento
7	c) Agnosia

8	b) Anhedonia
9	c) Conciencia
10	a) Atención
11	c) Prueba de recuerdo diferido
12	d) Memoria
13	c) Alucinación
14	b) Anhedonia
15	c) Conciencia
16	d) Orientación
17	b) Cambios afectivos intensos y breves
18	c) Episódica
19	b) El paciente responde a todo sin filtro
20	b) Eutimia

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Beck, A. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. APA PsycTests. DOI: 10.1037/t00742-000
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología* (Vol. I, 3.^a ed.). Pirámide.
- Berrios, G. (1990). On the phenomenology of the déjà vu. *History of Psychiatry*, 1(3), 329-344.
- Caballo, V. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2.^a ed.). Ediciones Pirámide.
- Capponi, R. (2001). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Editorial Universitaria.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3-4), 169-200. DOI: 10.1080/02699939208411068
- Ey, H. (1967). *Traité des hallucinations*. Masson.
- Eysenck, H. (1997). *Psicología del aprendizaje*. Paidós.
- Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. (2013). *Manual de Psicopatología Básica*. Editorial institucional.
- Goldberg, E. (2006). *El cerebro ejecutivo: lóbulos frontales y la mente civilizada*. Ariel.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56-62.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. University of Chicago Press.

- Kandel, E. (2006). *In search of memory: The emergence of a new science of mind*. W. W. Norton y Company.
- Kandel, E., Schwartz, J., Jessell, T., Siegelbaum, S. y Hudspeth, A. (2013). *Principios de neurociencia* (5.ª ed.). McGraw-Hill.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2008). *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica* (5.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Kaplan, H., Sadock, B. y Ruiz, P. (2017). *Kaplan y Sadock. Synopsis of psychiatry* (11.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Kapur, N. (1999). Syndromes of retrograde amnesia: A conceptual and empirical synthesis. *Psychological Bulletin*, 125(6), 800-825.
- Köhler, W. (1925). *The mentality of apes*. Harcourt, Brace.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Llinás, R. (2003). *El cerebro y el mito del yo*. Editorial Norma.
- Luria, A. (1980). *Higher cortical functions in man* (2.ª ed.). Springer.
- Miragall, M., Baños, R. y Galdón, M. (2020). *Psicopatología de la atención y de la conciencia*. Pirámide.
- Perpiñá, C. y Baños, R. (2019). *Exploración psicopatológica*. Pirámide.
- Posner, M. y Petersen, S. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13(1), 25-42. DOI: 10.1146/annurev.ne.13.030190.000325
- Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2017). *Kaplan y Sadock. Synopsis of psychiatry* (11.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Taylor, G., Bagby, R. y Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.

Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology*, 26(1), 1-12.

Williams, J., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E. y Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148.

Young, R., Biggs, J., Ziegler, V. y Meyer, D. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429-435.

CAPÍTULO IV:

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS SUPERIORES

“Las funciones mentales superiores son el instrumento mediante el cual el hombre se adapta al medio, transforma su entorno y se transforma a sí mismo.”

- Vygotsky (1934)

Introducción

El estudio de los procesos superiores como el pensamiento, el lenguaje, la inteligencia, el juicio y la introspección es fundamental para comprender el modo en que las personas interpretan la realidad, se comunican y se autorregulan. Estas funciones permiten al ser humano razonar, planificar, resolver problemas y entenderse a sí mismo, constituyendo la esencia del psiquismo humano.

Desde la psicopatología, la alteración de estas funciones puede derivar en trastornos graves como el delirio, la afasia, la discapacidad intelectual o la pérdida de juicio de realidad. Por ello, una evaluación cuidadosa de estos procesos es clave no solo para establecer un diagnóstico, sino también para comprender el sufrimiento subjetivo del paciente.

Este capítulo recorre los fundamentos clínicos, las alteraciones y los criterios de evaluación de estas funciones mentales complejas, integrando teoría y casos clínicos.

Objetivos de aprendizaje

O1: Conocer los principales procesos psíquicos superiores y su expresión clínica.

- ¿Cuáles son los procesos mentales superiores y cómo se interrelacionan?
- ¿Qué indicadores clínicos reflejan su alteración?
- ¿Qué autores y modelos han estudiado estas funciones en profundidad?

O2: Identificar signos y síntomas que reflejan alteraciones del pensamiento, lenguaje, juicio e inteligencia.

- ¿Qué tipos de alteraciones del pensamiento existen y cómo se expresan?
- ¿Cómo se manifiestan clínicamente los trastornos del lenguaje o la inteligencia?
- ¿Qué relevancia diagnóstica tiene la pérdida del juicio de realidad?

O3: Aplicar criterios clínicos para evaluar estos procesos en el contexto de la psicopatología.

- ¿Qué procedimientos clínicos permiten evaluar estos procesos?
- ¿Cómo se documentan los hallazgos en la entrevista clínica?
- ¿Qué rol juega la introspección en la evaluación del estado mental?

4. El Pensamiento

4.1. Definición

El pensamiento constituye una función psíquica superior mediante la cual el ser humano organiza, integra, transforma y manipula representaciones mentales con el fin de comprender la realidad, resolver problemas, tomar decisiones y planificar acciones. Desde una perspectiva psicológica y neurocognitiva, se trata de un proceso simbólico de elaboración activa de la información, que implica operaciones lógicas, afectivas, perceptuales y lingüísticas (Belloch et al., 2020). Es inseparable del lenguaje, aunque no se reduce a él, y se expresa en forma de discurso interno o externo.

El pensamiento permite la construcción de significados y la atribución de sentido a los eventos, así como la formulación de juicios, razonamientos e hipótesis. Según Capponi (1987), constituye el eje articulador del aparato cognitivo, permitiendo el análisis crítico y la autorregulación de la conducta. Su estudio en psicopatología es esencial, dado que su alteración se manifiesta como signo cardinal en múltiples trastornos mentales.

4.2. Tipos de pensamiento

El pensamiento puede clasificarse según distintos criterios estructurales y funcionales. Estas tipologías permiten una mejor comprensión de su funcionamiento normativo y patológico.

4.2.1. Según el nivel de abstracción:

- a) **Pensamiento concreto:** Se caracteriza por estar centrado en aspectos tangibles y literales de la experiencia. Es típico de la infancia o de personas con trastornos del desarrollo intelectual, demencias o esquizofrenia en fases agudas (Belloch et al., 2020).
- b) **Pensamiento abstracto:** Implica la capacidad de operar con conceptos, establecer analogías, formular hipótesis y comprender metáforas. Este tipo de pensamiento es fundamental para el razonamiento complejo y se ve afectado en trastornos como la esquizofrenia (Hernández, 2013; Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

4.2.2. Según su orientación funcional:

- a) **Pensamiento lógico-formal:** Opera conforme a los principios de lógica, como identidad, no contradicción y causalidad. Es típico del pensamiento maduro y normativo (Capponi, 1987).
- b) **Pensamiento mágico:** Se basa en relaciones causales no lógicas o sobrenaturales. Es frecuente en la infancia y en trastornos psicóticos, especialmente en fases delirantes (Kaplan y Sadock, 2008; Belloch et al., 2020).
- c) **Pensamiento práctico:** Enfocado en la solución de problemas cotidianos. Su deterioro puede observarse en alteraciones frontales o en demencias (Hernández, 2013).
- d) **Pensamiento divergente:** Se refiere a la generación de múltiples soluciones posibles para un problema. Está vinculado con la creatividad y la flexibilidad cognitiva (Guilford, s.f., como se citó en Sternberg, 2003).

- e) **Pensamiento convergente:** Implica la búsqueda de una única solución correcta; es evaluado comúnmente mediante pruebas psicométricas (Belloch et al., 2020).

4.2.3. Según su adecuación a la realidad:

- a) **Pensamiento normativo:** Es lógico, coherente, compartido por el grupo social, y se ajusta a los principios de realidad.
- b) **Pensamiento patológico:** Se manifiesta como desorganizado, ilógico o fantástico, como en la esquizofrenia o el trastorno delirante (Capponi, 1987; Belloch et al., 2020).

4.3. Alteraciones del pensamiento

Las alteraciones del pensamiento constituyen uno de los núcleos fundamentales de la psicopatología. Se agrupan tradicionalmente en tres grandes dimensiones: curso, contenido y control.

4.3.1. Alteraciones del curso del pensamiento

Se refieren a las variaciones en la velocidad, continuidad u organización del flujo de ideas:

- a) **Fuga de ideas:** flujo rápido y desorganizado del pensamiento; el paciente cambia de tema constantemente guiado por asociaciones superficiales. Es típico de estados maníacos.

Ejemplo clínico: paciente con episodio maníaco dice: "Hoy el cielo estaba tan azul... azul como el mar... el mar tiene peces... los peces son caros... ayer comí pescado... mañana es lunes... ¡me encantan los lunes!". *Interpretación:* el pensamiento cambia rápidamente de un tema a otro, con asociaciones superficiales y sin finalidad (Kaplan y Sadock, 2008).

- b) **Taquipsiquia:** aumento de la velocidad del pensamiento, sin pérdida de coherencia lógica. Se manifiesta en estados de ansiedad o hipomanía (Caballo, 2014). Se caracteriza por:

- a. Fluidez y rapidez asociativa del pensamiento
 - b. Mantenimiento del orden de las ideas y línea discursiva
 - c. Fluidez verbal (logorrea o verborrea)
 - d. Saltar de unos contenidos a otros con la capacidad de manejar gran cantidad de ideas.
- c) **Bradipsiquia:** enlentecimiento del pensamiento, típico de los episodios depresivos graves. La bradipsiquia puede reflejarse en el plano verbal a través de la bradifasia (enlentecimiento del discurso) y puede ir acompañada de limitaciones emocionales y motoras (Belloch et al., 2020).

Ejemplo clínico: paciente con depresión severa responde lentamente, con pausas prolongadas: "No sé... no me sale... me cuesta pensar... como si tuviera la cabeza vacía...".

- d) **Bloqueo del pensamiento:** interrupción súbita del discurso sin razón aparente. Se ve en esquizofrenia (Hernández, 2013).

Ejemplo clínico: "Paciente con daño frontal responde a distintas preguntas siempre con "el perro estaba ladrando... el perro... sí, el perro".

- e) **Perseveración:** repetición inadecuada e insistente de una idea o respuesta, asociada a daño neurológico o trastornos psicóticos (Belloch et al., 2020).

- f) **Prolijidad o circunstancialidad:** Inclusión de detalles irrelevantes que retardan la comunicación, pero se logra finalmente el objetivo del discurso.

Ejemplo clínico: ante "¿Dónde nació?", el paciente responde: "Bueno, fue un día muy caluroso, en el mes de julio... recuerdo que mi madre tenía antojo de duraznos... estaba en su noveno mes... yo nací en

Guayaquil". *Interpretación:* el paciente se pierde en detalles irrelevantes, pero finalmente llega a la respuesta (Capponi, 1987).

- g) **Tangencialidad:** desvío progresivo del pensamiento respecto al objetivo comunicativo, aunque las oraciones son gramaticalmente correctas y con cierta coherencia local, la idea principal se pierde.

Ejemplo clínico: ante la pregunta: "¿Qué edad tiene?", el paciente responde: "Bueno, el tiempo pasa... yo antes vivía con mis padres... ellos eran muy estrictos...". *Interpretación:* el paciente nunca responde de forma directa y se desvía del tema sin volver (Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

- h) **Disgregación:** pérdida marcada de la conexión lógica entre las ideas; el discurso presenta saltos abruptos, asociaciones incoherentes y fragmentación del hilo conductor, es común en la esquizofrenia (Belloch et al., 2020).

Ejemplo clínico: "El libro... estaba con la naranja... porque las ideas vienen del color... pero eso no significa que las nubes vivan en el techo". *Interpretación:* no hay hilo conductor lógico entre frases, aunque las oraciones pueden estar gramaticalmente estructuradas (Belloch et al., 2020).

- i) **Incoherencia o ensalada de palabras:** forma extrema de disgregación en la que el discurso se vuelve completamente incomprensible, el lenguaje pierde toda estructura lógica.

Ejemplo clínico: "La roja estalificación del sonámbulo espiraliza con el trébol del océano". *Interpretación:* discurso incomprensible, con ruptura total de la lógica semántica (Kaplan y Sadock, 2008).

4.3.2. Alteraciones del contenido del pensamiento

Implican distorsiones o desviaciones en los significados o creencias que se elaboran:

- a) **Delirio:** creencia falsa, irracional, irreductible a la argumentación lógica, mantenida con convicción. Pueden clasificarse por su temática:

- a. **Delirio persecutorio:** convicción de ser perseguido por otros “Sé que me vigilan desde el televisor.”

Ejemplo clínico: paciente afirma que los vecinos lo espían por las ventanas, que hay cámaras ocultas en su habitación y que la policía quiere envenenarlo. *Interpretación:* convicción falsa de ser vigilado o dañado, sin base real (American Psychological Association [APA], 2013).

- b. **Delirio de grandeza:** creencia de poseer poderes o capacidades extraordinarias “Fui elegido por Dios para salvar a la humanidad.”

Ejemplo clínico: paciente asegura ser elegido por una entidad divina para gobernar el mundo y sanar enfermedades con el poder de su mente. *Interpretación:* ideas de importancia o poder extraordinario, no sostenidas en la realidad (Belloch et al., 2020).

- c. **Delirio celotípico:** implica una idea infundada de infidelidad conyugal, que se acompaña de conductas de vigilancia, interrogatorio o amenazas (Kaplan y Sadock, 2008).

Ejemplo clínico: el señor R., de 45 años, ha comenzado a mostrar comportamientos controladores hacia su esposa en los últimos dos años. Insiste diariamente en revisar su teléfono móvil, sus redes sociales y su correo electrónico. A pesar de no haber hallado ninguna evidencia objetiva, está convencido de que su esposa lo engaña con un compañero de trabajo. Ha colocado un dispositivo de grabación en el automóvil familiar “para obtener pruebas” y ha amenazado con denunciar a su esposa si no

“confiesa”. Niega tener un problema de salud mental y se muestra hostil ante las sugerencias de consulta psiquiátrica.

Interpretación clínica: el paciente presenta un delirio sistematizado de tipo celotípico, en el que existe una convicción falsa, persistente, irreductible a la argumentación lógica, y que ha producido un deterioro importante en la relación de pareja y la funcionalidad social. Este tipo de delirio suele observarse en el trastorno delirante tipo celotípico, pero también puede aparecer en esquizofrenia paranoide o trastornos orgánicos si se asocia a disfunción frontal (APA, 2013; Belloch et al., 2020).

- d. **Delirio hipocondríaco:** hace referencia a la convicción de tener una enfermedad grave; el paciente puede presentar búsqueda compulsiva de atención médica, comportamientos evitativos y desconfianza hacia los profesionales, lo que le casusa deterioro social significativo (Caballo, 2014).

Ejemplo clínico: la señora D., de 38 años, acude a consulta médica en repetidas ocasiones con la firme convicción de tener cáncer de estómago. A pesar de que múltiples exámenes de laboratorio, endoscopias y estudios por imagen han descartado cualquier patología, ella asegura que los médicos “no quieren decirle la verdad” y que “la enfermedad avanza en secreto”. Ha consultado a más de diez médicos diferentes, toma medicamentos alternativos por su cuenta, y ha comenzado a aislarse socialmente por “miedo a contagiar a otros”.

Interpretación clínica: se trata de un delirio hipocondríaco, es decir, una creencia falsa e irrefutable de tener una enfermedad grave, sin correlato médico. El juicio está comprometido, y la paciente actúa en función de la creencia (consultas múltiples, aislamiento, automedicación). Esta forma de delirio puede presentarse en trastorno delirante somático o dentro del

espectro esquizofrénico si se acompaña de otras alteraciones formales del pensamiento (APA, 2013; Belloch et al., 2020).

- b) **Ideas delirantes secundarias:** derivadas de una experiencia psicótica previa o asociadas a un trastorno afectivo.
- c) **Ideas obsesivas:** pensamientos intrusivos, repetitivos, egodistónicos, reconocidos como irracionales. Característicos del trastorno obsesivo-compulsivo (Caballo, 2014).
Ejemplo clínico: "No puedo dejar de pensar que, si no cuento hasta cien, algo malo le pasará a mi madre."
- d) **Ideas fóbicas:** pensamientos asociados a objetos o situaciones temidas que desencadenan una respuesta de evitación, comunes en los trastornos de ansiedad.

Ejemplo clínico: mujer de 34 años tiene miedo intenso a tomar un ascensor, convencida de que se quedará atrapada. Evita todos los edificios altos. *Interpretación clínica:* pensamiento irracional asociado a una situación temida, que provoca evitación (Belloch et al., 2020).

- e) **Ideas sobrevaloradas:** creencias emocionalmente cargadas, dominantes en la vida psíquica, pero que no alcanzan el nivel de delirio (Hernández, 2013) por ejemplo, ideas extremistas, celos patológicos, hipocondría.

Ejemplo clínico: varón de 28 años está convencido de que su pareja lo engaña, pese a no tener evidencia. Insiste en revisar su teléfono, correo y redes sociales constantemente. *Interpretación:* creencia irracional sostenida con fuerza emocional, pero no delirante (Kaplan y Sadock, 2008).

4.3.3. Alteraciones del control del pensamiento

Se refieren a la experiencia subjetiva de pérdida de la propiedad sobre el pensamiento; son características de la esquizofrenia:

- a) **Inserción del pensamiento:** la persona cree que ciertos pensamientos han sido introducidos o colocados en su mente por una fuerza externa (Belloch et al., 2020).

Ejemplo clínico: "Esos pensamientos no son míos, me los ponen con una máquina."

- b) **Robo del pensamiento:** creencia de que los pensamientos le son arrebatados por agentes externos.

Ejemplo clínico: paciente dice: "Estaba pensando algo, pero me lo sacaron de la cabeza... me lo roban con una radiofrecuencia".

Interpretación: sensación de que los pensamientos están siendo extraídos por otros (Kaplan y Sadock, 2008).

- c) **Difusión del pensamiento:** el paciente cree que sus pensamientos se transmiten a otras personas; que sus pensamientos están siendo escuchados o conocidos por otros.

Ejemplo clínico: "Todo el mundo escucha lo que pienso... lo escuchan en voz alta, como si yo lo gritara sin querer". *Interpretación:* cree que sus pensamientos se transmiten fuera de su cabeza involuntariamente (Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

- d) **Lectura del pensamiento:** convicción de que otros pueden acceder directamente a sus pensamientos (Hernández, 2013).

Ejemplo clínico: "El médico puede leer lo que pienso... sé que sabe todo lo que pienso, incluso antes de hablar". *Interpretación:* Creencia de que los propios pensamientos son accesibles a otras personas (Amador y David, 2004).

- e) **Eco del pensamiento:** el sujeto escucha su pensamiento en voz alta, como un eco ajeno (Caballo, 2014).

4.4. Evaluación clínica del pensamiento

La evaluación del pensamiento forma parte del examen del estado mental y constituye un componente esencial del proceso diagnóstico en psiquiatría. Su exploración permite identificar patrones normativos y patológicos en el flujo, contenido y control de las ideas del paciente.

4.4.1. Metodología de evaluación

La evaluación del pensamiento debe realizarse mediante técnicas estructuradas y no estructuradas. Entre los principales procedimientos clínicos destacan:

- a) **Observación del discurso espontáneo y dirigido** durante la entrevista clínica, prestando atención a la coherencia, conexión lógica entre ideas, adecuación del contenido, pertinencia temática y presencia de fenómenos de pasividad (Kaplan y Sadock, 2008; Belloch et al., 2020).
- b) **Indagación fenomenológica específica**, que permite captar el modo en que el sujeto experimenta y organiza su mundo mental (Capponi, 1987; Gómez-Fontanil y Coto, 2008). Dirigida a explorar:
 - a) Asociación de ideas y transiciones temáticas.
 - b) Velocidad del pensamiento.
 - c) Contenido ideacional (ideas delirantes, obsesivas, fóbicas, sobrevaloradas).
 - d) Vivencia del pensamiento (control, difusión, robo, inserción, etc.).

4.4.2. Herramientas clínicas estandarizadas

- a) **SCID-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5)**: Permite explorar de forma sistemática alteraciones del contenido del pensamiento asociadas a diagnósticos clínicos específicos (APA, 2013).
- b) **PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)**: Evaluación clínica para síntomas psicóticos, incluyendo ítems relacionados con

pensamiento desorganizado, delirios, y alteraciones del juicio de realidad (Kay et al., 1987).

- c) **Evaluaciones neuropsicológicas:** Pruebas como la Torre de Londres, el Wisconsin Card Sorting Test o el Test de Matrices Progresivas de Raven, permiten explorar pensamiento lógico, abstracto y resolución de problemas. Son útiles para valorar daño frontal o disfunción ejecutiva (Lezak et al., 2012).

4.4.3. Elementos clave a valorar

Durante la exploración del pensamiento, el clínico debe atender a los siguientes aspectos:

- a) ¿Existe una estructura lógica y secuencial entre las ideas?
- b) ¿El pensamiento se encuentra acelerado, lento, bloqueado o repetitivo?
- c) ¿Existen ideas fijas, irracionales, delirantes u obsesivas?
- d) ¿El paciente tiene experiencias de control externo sobre su pensamiento?
- e) ¿Se conserva el juicio de realidad y el insight?

La evaluación debe contextualizarse en la historia vital del paciente, y correlacionarse con hallazgos de otras funciones psíquicas como la percepción, la atención y el afecto (Hernández, 2013).

4.5. Casos clínicos relevantes

Los casos clínicos permiten una comprensión contextualizada y aplicada de las alteraciones del pensamiento, facilitando al estudiante la integración entre teoría y práctica clínica. A través de la fenomenología observada en la conducta, el discurso y la experiencia subjetiva del paciente, se identifican las formas más representativas de disfunción en las dimensiones del curso, contenido y control del pensamiento (Belloch et al., 2020; Hernández, 2013).

- a) Caso 1: Esquizofrenia paranoide con disgregación, bloqueo y delirios de persecución**

- a. **Descripción clínica:** Varón de 28 años, sin antecedentes familiares, consultado por aislamiento social progresivo y discurso inusual. Durante la entrevista, el paciente presenta disgregación del pensamiento: "El cielo... azul... la gente... tienen cámaras, no lo sabes, claro, tú también eres parte". Se observa fuga de ideas, tangencialidad y bloqueos espontáneos. Refiere que los servicios de inteligencia insertan ideas en su mente y que sus pensamientos son leídos desde un satélite.
- b. **Interpretación clínica:** El caso presenta alteraciones del curso (disgregación, fuga, bloqueo), del contenido (delirio persecutorio, de referencia) y del control (inserción y difusión del pensamiento), configurando un cuadro compatible con esquizofrenia paranoide (F20.0) (APA, 2013; Kaplan y Sadock, 2008).
- c. **Relevancia psicopatológica:** Es un ejemplo clásico de psicosis endógena, donde se combinan los tres niveles de alteración del pensamiento, altamente relevantes para el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia (Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

b) Caso 2: Trastorno obsesivo-compulsivo con ideas intrusivas y compulsiones de neutralización

- a. **Descripción clínica:** Mujer de 32 años consulta por ansiedad intensa ante pensamientos persistentes sobre contaminarse tras tocar objetos. Refiere: "Aunque sé que es ilógico, no puedo evitar pensar que, si no me lavo las manos siete veces, me enfermaré gravemente." Realiza rituales compulsivos de lavado, negando experiencias psicóticas.
- b. **Interpretación clínica:** Se evidencian ideas obsesivas, egodistónicas, con crítica preservada, acompañadas de compulsiones. No hay disgregación ni fenómenos de pasividad. Diagnóstico: Trastorno obsesivo-compulsivo (F42) (APA, 2013).

- c. Relevancia psicopatológica:** Este caso ilustra cómo las alteraciones del contenido del pensamiento pueden presentarse con integridad de la crítica y ausencia de distorsiones formales, diferenciando los trastornos neuróticos de los psicóticos (Caballo, 2014; Belloch et al., 2020).

c) Caso 3: Episodio depresivo mayor con bradipsiquia y rumiación

- a. Descripción clínica:** Hombre de 45 años acude por inhibición psíquica, fatiga y desesperanza. Su discurso es lento, con dificultades para mantener el hilo del pensamiento. Expresa pensamientos autorreferenciales: "Siento que todos me miran porque saben que soy un fracasado".
- b. Interpretación clínica:** Presencia de bradipsiquia (inhibición del curso), ideas sobrevaloradas de culpa, sin ruptura del juicio de realidad. No hay delirios estructurados ni fenómeno de pasividad. Diagnóstico probable: Trastorno depresivo mayor (F32) (APA, 2013).
- c. Relevancia psicopatológica:** Es representativo de las alteraciones del curso en trastornos afectivos, especialmente la ralentización y el pensamiento catastrófico recurrente (rumiación) (Hernández, 2013; Belloch et al., 2020).

d) Caso 4: Trastorno delirante celotípico con juicio comprometido

- a. Descripción clínica:** Hombre de 50 años, comerciante, refiere estar absolutamente seguro de que su esposa le es infiel con su jefe. Revisa mensajes, interroga constantemente y vigila sus movimientos. No presenta alucinaciones ni desorganización del lenguaje. Niega enfermedad.
- b. Interpretación clínica:** Delirio sistematizado, temáticamente celotípico, con juicio gravemente comprometido. Preserva el

curso lógico del pensamiento. Diagnóstico: Trastorno delirante tipo celotípico (F22) (APA, 2013).

- c. Relevancia psicopatológica:** Ejemplifica cómo un contenido delirante puede coexistir con curso normativo del pensamiento, siendo clave el insight y la valoración del juicio (Kaplan y Sadock, 2008; Caballo, 2014).

Tabla 1

Resumen de la unidad temática 1: Pensamiento.

Consejo:  Cuando un paciente parece responder de forma ilógica o caótica, intenta identificar si se trata de una alteración del curso, contenido o control del pensamiento. Preguntar “¿por qué cree eso?” suele ser más revelador que “¿qué está pensando?”.	G L O S  A R I O	Bradipsiquia: Lentitud en el curso del pensamiento.
		Fuga de ideas: Flujo acelerado de pensamientos que cambian rápidamente de tema.
		Inserción del pensamiento: Creencia de que alguien introduce ideas en la mente propia.
		Tangencialidad: Incapacidad para llegar al punto central del discurso, desviándose constantemente.
	Para reflexionar...   <i>¿Cómo puedes diferenciar una idea delirante de una idea sobrevalorada?</i>	

Fuente: Elaboración propia.

4.6. Lenguaje

4.6.1. Definición

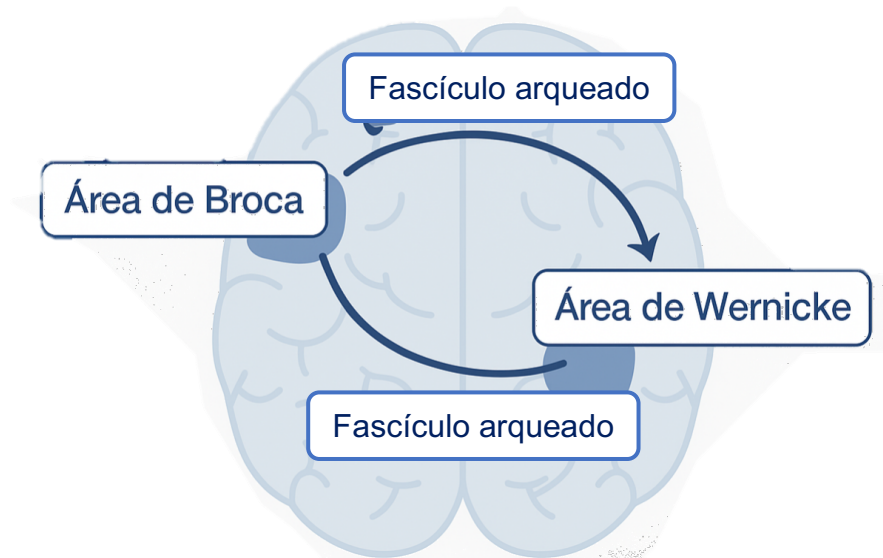
El lenguaje es una función psíquica superior que permite la simbolización, organización y comunicación del pensamiento mediante un sistema estructurado de signos arbitrarios y convencionales que cumplen funciones expresivas, comunicativas y representacionales (Belloch et al., 2020). Este sistema se articula a través de diferentes niveles (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático) y puede manifestarse de forma verbal (oral o escrita), no verbal (gestos, posturas, expresiones faciales) y paralingüística (entonación, ritmo, prosodia).

En neurobiología, el lenguaje es resultado de la integración funcional de diversas regiones cerebrales, particularmente del hemisferio izquierdo en la mayoría de los individuos diestros. Las áreas de Broca (producción del lenguaje) y Wernicke (comprensión verbal) son fundamentales, aunque también participan el lóbulo temporal (procesamiento auditivo), el parietal (integración sensorial) y el frontal (organización del discurso y control ejecutivo) (Hernández, 2013; Lezak et al., 2012).

Desde la psicopatología, el lenguaje es objeto de exploración tanto como medio para acceder a otras funciones (pensamiento, afectividad, conciencia) como en sí mismo, ya que sus alteraciones son indicativas de múltiples trastornos neuropsiquiátricos. Por su complejidad, requiere ser evaluado de manera sistemática y contextualizada.

Figura 1

Modelo neurológico del lenguaje: áreas de Broca, Wernicke y fascículo arqueado



Nota. Elaboración propia con fines didácticos. Principales áreas cerebrales implicadas en el lenguaje. El área de Broca se relaciona con la producción verbal, el área de Wernicke con la comprensión, y ambas se conectan a través del fascículo arqueado, cuya alteración puede provocar afasias de conducción.

4.6.2. Clasificación y tipos de lenguaje

El lenguaje puede clasificarse atendiendo a distintos criterios: medio de expresión, modalidad funcional, forma de organización y relación con la realidad.

- **Según el medio de expresión**

- a) **Lenguaje oral:** basado en la articulación de sonidos fonéticos. Es la forma más frecuente en la comunicación interpersonal.
- b) **Lenguaje escrito:** codificación gráfica de los signos lingüísticos. Requiere habilidades específicas de codificación y decodificación simbólica.

- c) **Lenguaje no verbal:** incluye gestos, posturas, expresiones faciales y otros elementos comunicativos no lingüísticos. Tiene un rol importante en la pragmática del discurso (Belloch et al., 2020).

- **Según la dirección funcional**

- a) **Lenguaje expresivo:** capacidad para producir mensajes coherentes y estructurados.
- b) **Lenguaje receptivo:** capacidad de comprender los mensajes emitidos por otros. La disociación entre ambas formas es común en patologías neurológicas, como afasias o trastornos del neurodesarrollo (Capponi, 1987).

- **Según el desarrollo y la función psicológica**

- a) **Lenguaje egocéntrico:** característico de la infancia, donde predomina la función autorreguladora más que la comunicativa.
- b) **Lenguaje interiorizado:** forma subvocalizada y abstracta del pensamiento maduro.
- c) **Lenguaje social o comunicativo:** destinado a establecer vínculos interpersonales y organizar el entorno (Luria, 1973; Vygotsky, s.f., como se citó en Hernández, 2013).

- **Según el grado de organización**

- a) **Lenguaje coherente:** mantiene una secuencia lógica, gramática adecuada y correspondencia semántica.
- b) **Lenguaje desorganizado:** pierde coherencia estructural, presenta fallas gramaticales, sintácticas o semánticas, propio de estados psicóticos (Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

4.6.3. Alteraciones del lenguaje

Las alteraciones del lenguaje pueden clasificarse en tres categorías principales: cuantitativas, cualitativas y pragmáticas. Cada tipo refleja disfunciones específicas que pueden corresponder a trastornos del neurodesarrollo, cuadros psicóticos, trastornos del estado de ánimo, demencias, entre otros (Belloch et al., 2020; Caballo, 2014; Hernández, 2013).

- **Alteraciones cuantitativas**

- a) **Mutismo:** consiste en la supresión total del habla en situaciones donde se espera comunicación verbal. Puede tener origen orgánico (ej. afasias motoras) o funcional (mutismo selectivo en niños, mutismo catatónico en esquizofrenia). El DSM-5 (APA, 2013) lo reconoce como un síntoma transversal presente en diversos trastornos, incluyendo los trastornos de ansiedad en la infancia y la catatonía en la esquizofrenia.

Ejemplo clínico: paciente catatónico que permanece en silencio prolongado sin respuesta verbal (APA, 2013).

- b) **Logorrea:** se manifiesta como un discurso excesivo, acelerado y difícil de interrumpir. Se asocia típicamente con episodios maniformes, en los que la hiperactividad psicomotriz se acompaña de una intensa necesidad de comunicación verbal (Kaplan y Sadock, 2008).

Ejemplo clínico: sujeto en fase maníaca habla de manera ininterrumpida, cambiando de tema rápidamente.

- c) **Pobreza del lenguaje:** implica una disminución significativa en la cantidad de palabras utilizadas o en la elaboración de las ideas. Es frecuente en la esquizofrenia tipo indiferenciada y en los síndromes negativos, como parte del empobrecimiento general de la actividad psíquica (Belloch et al., 2020; Hernández, 2013).

Ejemplo clínico: respuestas monosilábicas sin elaboración discursiva.

- **Alteraciones cualitativas**

- a) **Neologismos:** invención de palabras nuevas sin significación convencional. Estas creaciones lingüísticas son características de los trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia, donde el deterioro del pensamiento lógico se refleja en la ruptura del código lingüístico (Caballo, 2014; Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

Ejemplo clínico: “me estanificaron con un vibrometro invisible”.

- b) **Paralogismos:** utilización incorrecta de palabras reales, generando un significado erróneo o inadecuado. Constituyen un signo de trastorno semántico y suelen observarse en afasias y cuadros psicóticos (Capponi, 1987; Belloch et al., 2020).

Ejemplo clínico: decir “termómetro” en lugar de “microscopio”.

- c) **Ecolalia:** repetición involuntaria e inmediata de lo dicho por el interlocutor. Es común en niños con trastorno del espectro autista y en cuadros catatónicos de esquizofrenia (APA, 2013; Caballo, 2014).

Ejemplo clínico: examinador dice “¿cómo estás?” y el paciente responde “¿cómo estás?”.

- d) **Perseveración verbal:** repetición patológica de palabras o frases, incluso cuando ya no son pertinentes. Este fenómeno indica una disfunción del control inhibitorio y aparece en demencias, lesiones frontales y esquizofrenia (Hernández, 2013; Belloch et al., 2020).

Ejemplo clínico: sigue diciendo “rojo, rojo, rojo” tras finalizar la tarea.

- e) **Ensalada de palabras (word salad):** discurso completamente incoherente, en el cual las palabras se combinan sin respetar reglas sintácticas o semánticas. Representa una forma extrema de disgregación del pensamiento y se observa en esquizofrenia desorganizada (Kaplan y Sadock, 2008; Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

Ejemplo clínico: “mar flor sentía nave tijera”.

- f) **Estereotipias verbales:** repetición constante de expresiones sin contenido comunicativo funcional. Estas repeticiones automáticas son frecuentes en trastornos del espectro autista, en psicosis crónicas y en síndromes orgánicos (Caballo, 2014; Belloch et al., 2020).

Ejemplo clínico: “sí, sí, claro, claro, sí” repetido constantemente.

- **Alteraciones pragmáticas**

- a) **Disprosodia:** alteración del tono, ritmo o musicalidad del lenguaje. Suele aparecer en lesiones del hemisferio derecho, enfermedades neurodegenerativas y algunos casos de esquizofrenia (Hernández, 2013).
- b) **Lenguaje descontextualizado:** uso del lenguaje sin tomar en cuenta el entorno o los interlocutores. Es característico del trastorno del espectro autista, donde puede haber ecolalia, inversión pronominal o falta de reciprocidad conversacional (APA, 2013; Belloch et al., 2020).
- c) **Lenguaje excesivamente concreto:** dificultad para interpretar metáforas, ironías o dobles sentidos. Es típico en autismo, daño cerebral adquirido o demencias frontotemporales (Capponi, 1987; Lezak et al., 2012).

4.6.4. Evaluación clínica del lenguaje

La evaluación clínica del lenguaje es un procedimiento central en la exploración semiológica de las funciones psíquicas superiores, ya que permite identificar alteraciones tanto estructurales como funcionales que pueden ser indicativas de patologías neurológicas, psiquiátricas o del neurodesarrollo (Belloch et al., 2020). Dado que el lenguaje es la principal vía de expresión del pensamiento, su análisis debe ser riguroso, multidimensional y contextualizado.

4.6.5. Principios generales

La evaluación del lenguaje debe atender no solo a la forma y contenido del habla, sino también a la intención comunicativa, el uso pragmático y la adaptación al contexto interpersonal. Se recomienda iniciar con observación espontánea durante la entrevista clínica y, de ser necesario, complementar con pruebas específicas de evaluación neuropsicológica o neurolingüística (Lezak et al., 2012).

Es fundamental diferenciar entre alteraciones primarias del lenguaje (como afasias) y alteraciones secundarias a trastornos psiquiátricos (como el lenguaje desorganizado en la esquizofrenia), así como distinguir si el lenguaje expresivo o receptivo se encuentran comprometidos (Hernández, 2013; Kaplan y Sadock, 2008).

4.6.6. Dimensiones de exploración

a) Dimensión estructural

- a. **Fonología y articulación:** Se evalúa la producción de sonidos, presencia de disartrias, y errores fonéticos.
- b. **Morfosintaxis:** Se examina la estructura gramatical de las oraciones, la concordancia y el uso de pronombres.
- c. **Semántica:** Se valora la precisión y riqueza del vocabulario, uso adecuado de conceptos y relación entre significados.
- d. **Prosodia:** Se explora el ritmo, tono, acentuación y musicalidad del discurso (Capponi, 1987; Lezak et al., 2012).

b) Dimensión funcional

- a. **Lenguaje expresivo:** Habilidad para generar discurso coherente y comprensible.
- b. **Lenguaje receptivo:** Capacidad de comprender mensajes verbales o escritos, incluyendo instrucciones complejas.

- c. **Comprensión pragmática:** Evaluación de la intención comunicativa, comprensión del contexto, ironías, metáforas o ambigüedades (Belloch et al., 2020; Caballo, 2014).

4.6.7. Observación clínica durante la entrevista

Durante la entrevista semiestructurada, el clínico debe prestar atención a:

- a) Iniciativa verbal (espontaneidad, mutismo).
- b) Fluidez del discurso (logorrea, bradifemia).
- c) Coherencia semántica y sintáctica.
- d) Contenido (neologismos, ecolalia, perseveraciones).
- e) Afectación de la intención comunicativa (uso social del lenguaje).
- f) Concordancia entre lenguaje verbal y no verbal (gestualidad, expresividad facial).

Estas observaciones permiten identificar alteraciones como disartrias, pobreza del lenguaje, lenguaje desorganizado o afectación pragmática en trastornos del espectro autista o esquizofrenia (Hernández, 2013; Belloch et al., 2020).

4.6.8. Instrumentos estandarizados

Cuando se sospecha una alteración significativa, la evaluación debe complementarse con pruebas formales que aporten objetividad diagnóstica. Entre las más utilizadas se encuentran:

- a) **Boston Diagnostic Aphasia Examination** (Goodglass y Kaplan, 1983): evaluación de comprensión, repetición, denominación y lectura en adultos con sospecha de afasia.
- b) **Western Aphasia Battery (WAB):** útil para determinar tipo y gravedad de la afasia.
- c) **Token Test:** evaluación de la comprensión auditiva compleja.
- d) **Pruebas de fluidez verbal fonológica y semántica:** permiten evaluar capacidad de acceso léxico y organización del discurso.

- e) **Evaluaciones pragmáticas:** pruebas de inferencia verbal, comprensión de ironías, metáforas y análisis de la coherencia narrativa (Belloch et al., 2020; Lezak et al., 2012).
- f) **ELOE (Evaluación del Lenguaje Oral y Escrito):** utilizado en población infantil con sospechas de disfasias, TEL o trastornos del aprendizaje.

4.6.9. Diagnóstico diferencial

La evaluación clínica del lenguaje también cumple una función crucial en el diagnóstico diferencial. Algunas orientaciones diagnósticas clave incluyen:

- a) **Esquizofrenia:** el lenguaje puede estar afectado a nivel del curso y la coherencia del discurso (tangencialidad, disgregación, neologismos), sin compromiso necesariamente del aparato neurológico (APA, 2013; Gómez-Fontanil y Coto, 2008).
- b) **Demencias:** como la enfermedad de Alzheimer o la afasia progresiva primaria, suelen presentar deterioro gradual del lenguaje semántico o sintáctico.
- c) **Trastorno del espectro autista:** el lenguaje puede estar ausente, limitado, estereotipado o con uso literal y descontextualizado (APA, 2013).
- d) **Trastornos afectivos:** pueden mostrar bradifemia (lentitud en el discurso), mutismo parcial o empobrecimiento verbal.
- e) **Afasias:** trastornos adquiridos por daño cerebral, como afasia de Broca (no fluente, expresiva) o de Wernicke (fluente, pero incoherente), donde las pruebas lingüísticas permiten identificar el perfil lesional (Goodglass y Kaplan, 1983; Lezak et al., 2012).

4.6.10. Consideraciones culturales y lingüísticas

Debe tenerse especial precaución con pacientes bilingües o pertenecientes a contextos socioculturales diversos, ya que diferencias idiomáticas, educativas o dialectales pueden afectar el juicio clínico. Es recomendable realizar

evaluaciones en la lengua materna o emplear intérpretes entrenados, además de utilizar pruebas adaptadas cultural y lingüísticamente (Ardila, 2003).

4.7. Casos clínicos relevantes

La presentación clínica de las alteraciones del lenguaje permite comprender cómo las distintas dimensiones lingüísticas pueden verse afectadas en función de la etiología subyacente. Estos casos ejemplifican la variedad de expresiones lingüísticas patológicas y su valor diagnóstico diferencial. La inclusión de ejemplos clínicos constituye una herramienta pedagógica esencial para la enseñanza de la psicopatología, al articular teoría, observación fenomenológica y diagnóstico clínico (Belloch et al., 2020; Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

a) Caso 1: Lenguaje desorganizado en esquizofrenia tipo desorganizada

- a. Datos clínicos:** Paciente masculino de 23 años, con antecedentes familiares de psicosis. Refiere aislamiento social, comportamiento excéntrico y habla incoherente. Durante la entrevista, presenta lenguaje logorreico, con múltiples neologismos ("me destinizaron las víastancias") y tangencialidad. El discurso carece de un hilo conductor, con frecuentes ensaladas de palabras.
- b. Interpretación:** Se observan alteraciones formales y semánticas del lenguaje: disgregación, neologismos, verbigeración, ecolalia ocasional. El lenguaje evidencia el deterioro del pensamiento lógico y la incapacidad de articular un mensaje coherente.
- c. Diagnóstico clínico:** Esquizofrenia tipo desorganizada (F20.1), según criterios del DSM-5 (APA, 2013).
- d. Fundamento psicopatológico:** La desorganización del lenguaje en este caso refleja una alteración primaria del pensamiento formal (Belloch et al., 2020), en la que las asociaciones mentales se manifiestan como incoherencia verbal. Es un signo cardinal en

la esquizofrenia de tipo desorganizado, particularmente en fases agudas (Gómez-Fontanil y Coto, 2008).

b) Caso 2: Afasia de Wernicke secundaria a accidente cerebrovascular

- a. Datos clínicos:** Hombre de 68 años, con antecedentes de hipertensión y accidente cerebrovascular isquémico. Presenta lenguaje fluente pero ininteligible, con parafasias fonológicas, neologismos y escasa conciencia del déficit. Al solicitarle que describa una imagen, responde: "la casela está crufiendo cuando se crana la elefancia".
- b. Interpretación:** El lenguaje fluido, gramaticalmente estructurado, pero semánticamente incoherente, junto a la falta de conciencia del déficit (anosognosia), es típico de la afasia sensorial.
- c. Diagnóstico clínico:** Afasia de Wernicke, asociada a lesión en el lóbulo temporal posterior del hemisferio dominante (Lezak et al., 2012; Goodglass y Kaplan, 1983).
- d. Fundamento psicopatológico:** Esta afasia afecta predominantemente el lenguaje receptivo y la formulación semántica del discurso. El caso permite contrastar alteraciones del lenguaje de origen neurológico con aquellas de causa psicótica (Hernández, 2013).

c) Caso 3: Mutismo selectivo en trastorno de ansiedad infantil

- a. Datos clínicos:** Niña de 6 años, que se comunica verbalmente en casa sin dificultades, pero permanece en silencio absoluto en el entorno escolar. Durante la entrevista, responde con gestos, evitando el contacto ocular y mostrando signos de ansiedad intensa.
- b. Interpretación:** Existe un patrón consistente de inhibición del lenguaje expresivo en contextos sociales específicos, sin

afectación del lenguaje receptivo ni de la competencia lingüística global.

c. Diagnóstico clínico: Mutismo selectivo (F94.0), clasificado en los trastornos de ansiedad infantil según el DSM-5 (APA, 2013).

d. Fundamento psicopatológico: El mutismo no se debe a una alteración estructural del lenguaje, sino a una inhibición psicógena condicionada por ansiedad social severa. Suele observarse en niños con temperamento retraído o antecedentes de inhibición conductual (Belloch et al., 2020; Kaplan y Sadock, 2008).

d) Caso 4: Lenguaje estereotipado y ecolalia en trastorno del espectro autista

a. Datos clínicos: Niño de 9 años, con diagnóstico de trastorno del espectro autista sin discapacidad intelectual. Durante la entrevista, repite frases extraídas de series de televisión ("al infinito y más allá") sin relación con el contexto. Emplea lenguaje repetitivo, ecolalia inmediata y lenguaje literal. No realiza preguntas espontáneas ni sostiene conversación funcional.

b. Interpretación: El lenguaje carece de intención comunicativa adaptativa. Se observan estereotipias verbales, ecolalia inmediata y deficiencias en la pragmática del lenguaje.

c. Diagnóstico clínico: Trastorno del espectro autista (F84.0), con alteraciones significativas en la comunicación social y los patrones restringidos y repetitivos de comportamiento (APA, 2013).

d. Fundamento psicopatológico: Este caso representa una alteración pragmática del lenguaje, no una disfunción fonológica ni gramatical. La literalidad, la falta de reciprocidad comunicativa

y el lenguaje estereotipado son signos comunes del autismo (Hernández, 2013; Belloch et al., 2020).

e) Caso 5: Lenguaje bradicrónico y empobrecido en depresión mayor

- a. **Datos clínicos:** Mujer de 44 años, diagnosticada con episodio depresivo mayor. Durante la entrevista, responde con voz baja, pausada y con latencia aumentada. Su discurso es pobre en contenido y marcado por pensamientos de minusvalía y desesperanza.
- b. **Interpretación:** Se observan bradifemia (lentitud en la producción verbal), empobrecimiento del lenguaje expresivo y disminución del volumen y tono afectivo.
- c. **Diagnóstico clínico:** Trastorno depresivo mayor (F32), con síntomas melancólicos según criterios DSM-5 (APA, 2013).
- d. **Fundamento psicopatológico:** El lenguaje empobrecido es una manifestación común en estados depresivos, donde la lentitud psicomotora afecta tanto la fluidez verbal como la carga emocional del discurso (Kaplan y Sadock, 2008; Caballo, 2014).

Tabla 2

Resumen de la unidad temática 2: Lenguaje.

Consejo:  El lenguaje alterado no siempre indica psicosis. Evalúa la	G	Afasia: Trastorno adquirido del lenguaje debido a lesión cerebral.
	L	
	O	Disartria: Dificultad para articular palabras por daño neuromotor.
	S	
	A 	Ecolalia: Repetición automática de palabras o frases escuchadas. 

fluidez, coherencia y pragmática, y considera si hay una causa neurológica como afasia o una inhibición por ansiedad.	R Neologismo: Palabra inventada sin significado compartido. I O Para reflexionar...  <i>¿Qué aspectos del lenguaje considerarías para diferenciar entre esquizofrenia desorganizada y afasia de Wernicke?</i>
---	---

Fuente: Elaboración propia.

4.8. Inteligencia

4.8.1. Definición

La inteligencia es una función psíquica superior que permite al ser humano adaptarse a situaciones nuevas, resolver problemas, comprender ideas abstractas, planificar conductas dirigidas a metas, aprender de la experiencia y manejar de forma eficiente las demandas del entorno (APA, 2022; Lezak et al., 2012).

En psicología clínica, la inteligencia se considera una capacidad global que integra habilidades cognitivas múltiples: atención, memoria, razonamiento lógico, abstracción verbal, procesamiento visoespacial, planificación, velocidad de procesamiento y juicio (Belloch et al., 2020). Su expresión observable se traduce en la eficiencia del pensamiento, la comprensión del lenguaje, la solución de problemas cotidianos y la adaptación funcional.

Desde el enfoque psicométrico, la inteligencia se evalúa cuantitativamente mediante pruebas estandarizadas que generan índices de cociente intelectual (CI), los cuales reflejan el rendimiento de un sujeto en relación con una población normativa (Wechsler, 2003). Sin embargo, enfoques

contemporáneos destacan dimensiones múltiples y contextuales del funcionamiento intelectual (Sternberg, 1985; Gardner, 1993).

4.8.2. Modelos teóricos y tipos de inteligencia

La inteligencia ha sido conceptualizada y clasificada desde múltiples enfoques teóricos que han evolucionado a lo largo del tiempo. Esta diversidad de modelos refleja la complejidad del constructor y su multidimensionalidad. En el ámbito clínico, conocer estos modelos permite distinguir entre perfiles cognitivos diferenciados, adaptar evaluaciones y comprender los patrones de alteración intelectual asociados a distintas psicopatologías (Belloch et al., 2020; Lezak et al., 2012).

– Modelo psicométrico clásico

El modelo psicométrico es el más extendido en el ámbito clínico y educativo. Se fundamenta en la medición cuantitativa de la inteligencia a través de pruebas estandarizadas que comparan el rendimiento de un individuo con una muestra normativa.

a) Teoría bifactorial de Spearman

Charles Spearman (1904) propuso la existencia de un factor general de inteligencia (g), que subyace a todas las habilidades cognitivas, y factores específicos (s) asociados a tareas particulares. Según esta visión, el rendimiento en diferentes pruebas se explica por la combinación de ambos factores.

“La inteligencia general constituye una energía mental única que se expresa en todos los actos intelectuales” (Spearman, 1927, p. 22).

b) Escalas de Wechsler

David Wechsler (2003) diseñó las escalas de inteligencia más utilizadas en la actualidad: WAIS (adultos), WISC (niños) y WPPSI (preescolares). Estas escalas ofrecen una puntuación global de CI y puntuaciones específicas en cuatro índices:

- a. Comprensión verbal
- b. Razonamiento perceptual
- c. Memoria de trabajo

d. Velocidad de procesamiento

Estos índices permiten observar perfiles cognitivos disarmónicos, típicos en trastornos del aprendizaje, TDAH o demencias (Kaplan y Sadock, 2008).

– **Modelo de habilidades mentales primarias (Thurstone)**

Thurstone (1938) cuestionó la existencia de un factor único de inteligencia y propuso siete habilidades mentales primarias:

- a. Comprensión verbal
- b. Fluidez verbal
- c. Habilidad numérica
- d. Visualización espacial
- e. Memoria
- f. Velocidad perceptiva
- g. Razonamiento inductivo

Este modelo introdujo el concepto de inteligencia como un conjunto de aptitudes independientes y permitió el desarrollo de test que evalúan habilidades específicas, facilitando el diagnóstico diferencial (Thurstone, 1938; Sternberg, 2003).

– **Teoría de las inteligencias múltiples (Gardner)**

Howard Gardner (1993), desde una perspectiva neuropsicológica y evolutiva, propuso que la inteligencia no es una capacidad unitaria, sino un conjunto de inteligencias relativamente autónomas:

- a. Lingüística
- b. Lógico-matemática
- c. Espacial
- d. Musical
- e. Corporal-cinestésica
- f. Interpersonal
- g. Intrapersonal
- h. Naturalista (añadida posteriormente)

i. Existencial (en revisión)

Cada tipo de inteligencia posee una base neurobiológica diferenciada y se desarrolla en función de experiencias socioculturales. En contextos clínicos, esta teoría ha influido en el abordaje de niños con disarmonías cognitivas y talentos específicos (Gardner, 1999).

– **Teoría triárquica de la inteligencia (Sternberg)**

Robert Sternberg (1985) propuso un modelo que integra aspectos analíticos, creativos y prácticos de la inteligencia:

- a. **Inteligencia analítica:** habilidad para resolver problemas abstractos y realizar razonamientos lógicos.
- b. **Inteligencia creativa:** capacidad de generar soluciones novedosas y adaptarse a contextos nuevos.
- c. **Inteligencia práctica:** competencia para adaptarse al entorno cotidiano, manejar situaciones sociales y aplicar conocimientos a la vida real.

Este modelo tiene gran aplicabilidad clínica al resaltar cómo pacientes con bajo rendimiento escolar pueden poseer una inteligencia práctica o creativa elevada (Sternberg, 2003).

– **Modelo Cattell-Horn-Carroll (CHC)**

El modelo CHC es actualmente uno de los más aceptados en la psicología cognitiva. Se trata de un enfoque integrador que combina el trabajo de Raymond Cattell, John Horn y John Carroll.

a) Cattell y Horn: Inteligencia fluida vs. cristalizada

- a. **Inteligencia fluida (Gf):** capacidad para resolver problemas nuevos, independientes del aprendizaje previo. Se relaciona con el razonamiento abstracto.
- b. **Inteligencia cristalizada (Gc):** conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo del tiempo, vinculadas al lenguaje y la cultura (Cattell, 1963; Horn, 1988).

b) Carroll: Teoría de los tres estratos

John Carroll (1993) propuso un modelo jerárquico con tres niveles:

- a. **Estrato I:** habilidades cognitivas específicas.
- b. **Estrato II:** amplias capacidades cognitivas (por ejemplo, Gf, Gc, velocidad de procesamiento, memoria).
- c. **Estrato III:** factor general de inteligencia (g).

El modelo CHC ha sido adoptado en la elaboración de pruebas modernas como la Woodcock-Johnson IV y es útil para explorar perfiles cognitivos clínicos y educativos (McGrew, 2009).

– Modelo de integración fronto-parietal (P-FIT)

Desde la neurociencia cognitiva, Jung y Haier (2007) propusieron el modelo de integración fronto-parietal (Parieto-Frontal Integration Theory), basado en estudios de neuroimagen. Según este modelo, la inteligencia emerge de una red que integra las regiones frontales (funciones ejecutivas) y parietales (procesamiento sensorial y visoespacial), además de regiones temporales y subcorticales (Lezak et al., 2012).

Este enfoque permite vincular perfiles de inteligencia con patrones de activación cerebral y comprender alteraciones en trastornos como TDAH, esquizofrenia o lesiones cerebrales traumáticas.

4.8.3. Clasificación clínica por niveles de CI

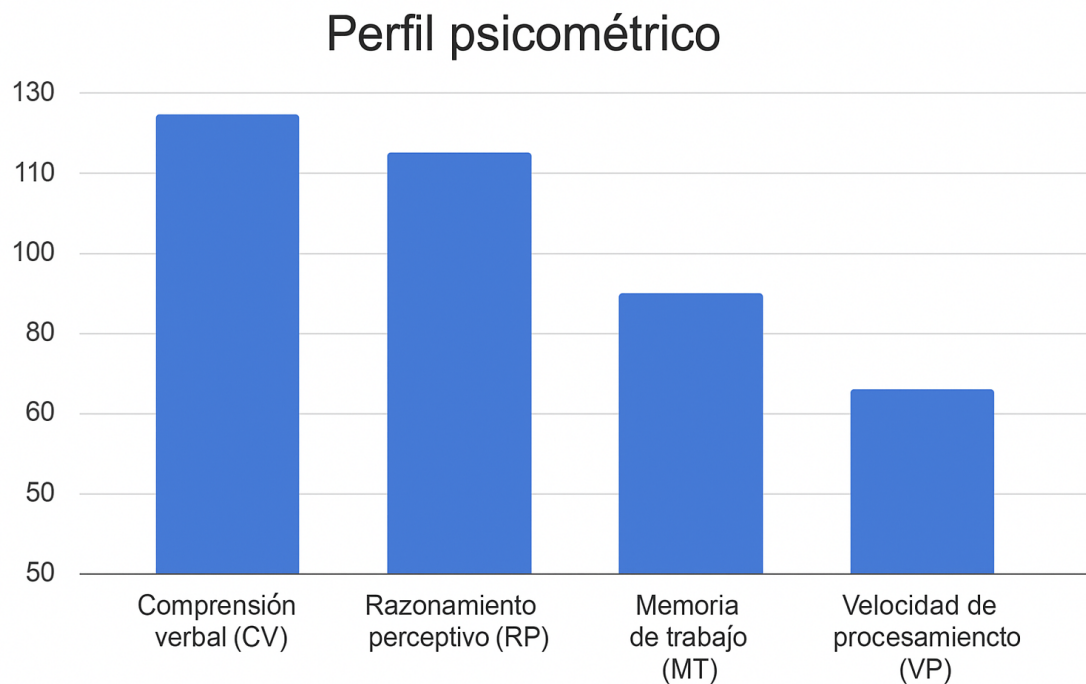
La clasificación tradicional del cociente intelectual, basada en desviaciones estándar respecto a la media ($CI = 100$, $DE = 15$), se usa para identificar extremos del funcionamiento intelectual:

- a. $CI > 130$: altas capacidades.
- b. $CI 110-129$: superior al promedio.
- c. $CI 90-109$: promedio.
- d. $CI 80-89$: límite o bajo promedio.
- e. $CI < 70$: discapacidad intelectual (APA, 2013; Wechsler, 2003).

Esta clasificación, si bien útil, debe ser interpretada en conjunto con el funcionamiento adaptativo, contexto cultural, comorbilidades y datos cualitativos de la evaluación (Kaplan y Sadock, 2008; Lezak et al., 2012).

Figura 2

Perfil psicométrico disarmónico en el WISC-V/WAIS-IV



Nota: Elaboración propia con fines didácticos. El gráfico de barras muestra un perfil con Comprensión Verbal elevada y Velocidad de Procesamiento baja, ejemplificando la disarmonía cognitiva en la evaluación clínica

4.8.4. Relevancia clínica y educativa

El conocimiento de los distintos modelos de inteligencia permite:

- Comprender disarmonías cognitivas en trastornos del neurodesarrollo.
- Identificar recursos intelectuales preservados en demencias o psicosis.
- Diferenciar deterioro adquirido de desarrollo intelectual atípico.

- d. Ajustar intervenciones terapéuticas a las fortalezas cognitivas del paciente.

Además, proporciona un marco para desarrollar estrategias compensatorias en pacientes con disfunciones específicas (p. ej., inteligencia verbal baja, pero buena capacidad visoespacial), lo cual es fundamental en contextos clínicos y psicoeducativos (Belloch et al., 2020; Sternberg, 2003).

4.8.5. Alteraciones o trastornos de la inteligencia

La inteligencia puede verse alterada de forma cuantitativa o cualitativa, ya sea por condiciones del neurodesarrollo, deterioro adquirido, o por influencia de factores emocionales, sociales o patológicos. Estas alteraciones tienen implicaciones significativas en el funcionamiento adaptativo y constituyen uno de los ejes centrales en la evaluación psicopatológica.

- **Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)**

La discapacidad intelectual (DI), anteriormente denominada “retraso mental”, se define como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual ($CI < 70$) como en la conducta adaptativa, con inicio antes de los 18 años (APA, 2013).

a) Criterios DSM-5:

- a. CI significativamente por debajo del promedio (≥ 2 DE).
- b. Deterioro en al menos una de las tres áreas de funcionamiento adaptativo:
 - Conceptual (aprendizaje, memoria, lenguaje).
 - Social (habilidades interpersonales, empatía).
 - Práctico (vida diaria, autonomía personal).
- c. Comienzo en el periodo del desarrollo.

b) Clasificación clínica según gravedad:

- a. **Leve** (CI 50-69): dificultad en aprendizaje escolar; puede alcanzar autonomía con apoyo mínimo.

- b. **Moderada** (CI 35-49): requiere supervisión en tareas cotidianas; puede adquirir habilidades laborales básicas.
 - c. **Grave** (CI 20-34): lenguaje limitado, dependencia constante en cuidados.
 - d. **Profunda** (CI < 20): severa afectación neurológica, requiere asistencia total (APA, 2013; Belloch et al., 2020).
- c) **Ejemplo clínico:** Un adolescente de 16 años, escolarizado en educación especial, presenta dificultades marcadas en el razonamiento matemático, comprensión de textos simples y escasa autonomía para desplazarse solo. CI estimado: 58. *Diagnóstico:* discapacidad intelectual leve.
- d) **Etiología:** Puede ser genética (síndrome de Down, síndrome X frágil), perinatal (anoxia, prematuridad), ambiental (desnutrición, negligencia) o idiopática (Kaplan y Sadock, 2008; Lezak et al., 2012).

- **Discapacidad intelectual límite**

Situación intermedia entre inteligencia normal y discapacidad intelectual. Se define por un CI entre 70 y 84. No constituye un trastorno mental en sí, pero puede asociarse a vulnerabilidad para trastornos del aprendizaje, dificultades de socialización o problemas laborales en la adultez (APA, 2013).

- a) **Ejemplo clínico:** Mujer de 24 años con escolaridad incompleta, CI estimado de 73, dificultad para planificar actividades y comprender instrucciones complejas. No cumple criterios de DI, pero requiere apoyo laboral y presenta baja autoestima.

- **Deterioro intelectual adquirido**

Implica la pérdida progresiva o súbita de capacidades intelectuales previamente adquiridas, secundario a lesión cerebral, enfermedades neurodegenerativas o condiciones psiquiátricas crónicas.

- a) **Demencias:** Las demencias como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular o la demencia frontotemporal producen deterioro de la memoria, el razonamiento abstracto y la planificación.

Ejemplo clínico: paciente de 71 años con pérdida progresiva de memoria, dificultad para manejar dinero y cambios de personalidad. Diagnóstico: probable enfermedad de Alzheimer (Lezak et al., 2012).

- b) **Lesiones cerebrales traumáticas:** Pueden provocar déficits focales (lenguaje, atención) o generalizados (CI, juicio), dependiendo del área afectada (Bigler y Maxwell, 2012).

Ejemplo clínico: hombre de 30 años con TCE frontal tras accidente. CI postraumático: 75. Presenta impulsividad, dificultad para resolver problemas y escasa crítica.

- c) **Esquizofrenia y trastornos psicóticos crónicos:** Pacientes con esquizofrenia pueden presentar un descenso del CI funcional, particularmente en dominios como memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas (Gold et al., 2003; Belloch et al., 2020). En fases agudas, pueden parecer desorganizados, pero el déficit es más estable en esquizofrenia de inicio temprano y curso deteriorante.

- **Deterioro intelectual funcional (pseudodemencia)**

Algunas condiciones emocionales graves, como la depresión mayor, pueden simular deterioro cognitivo. Se denomina *pseudodemencia depresiva* al síndrome en el que un cuadro afectivo cursa con enlentecimiento cognitivo, dificultades atencionales y quejas mnésicas, pero sin un daño neurológico real (Kaplan y Sadock, 2008).

Ejemplo clínico: mujer de 62 años que reporta "no recordar nada", con inhibición psicomotora e ideación negativa. Las pruebas neuropsicológicas muestran esfuerzo inconsistente y reversibilidad de síntomas tras tratamiento antidepresivo.

- **Altas capacidades intelectuales (superdotación)**

Se define como una capacidad intelectual significativamente superior al promedio ($CI > 130$), acompañada generalmente de un desempeño académico o creativo sobresaliente (Silverman, 2009). Aunque no es una alteración, puede generar problemas de adaptación emocional, ansiedad, retraimiento social o diagnóstico erróneo de TDAH o TEA.

Ejemplo clínico: niño de 9 años con vocabulario avanzado, razonamiento abstracto excepcional, pero con conductas de oposición, bajo rendimiento escolar y aburrimiento en clase.

a) **Consideraciones clínicas:**

- a. El rendimiento escolar disarmónico en niños superdotados puede deberse a falta de estimulación o disincronía emocional.
- b. Requiere una evaluación integral y diferenciada para evitar la sobre o subestimación de dificultades (Freeman, 2006).

- **Trastornos del aprendizaje con inteligencia conservada**

Es importante diferenciar los trastornos del aprendizaje (lectura, escritura, cálculo) de las alteraciones globales de la inteligencia. Un individuo con CI promedio o superior puede tener dislexia o discalculia específicas sin presentar discapacidad intelectual (APA, 2013).

Ejemplo clínico: adolescente con CI total de 102, pero con bajo rendimiento en lectura y ortografía. Diagnóstico: trastorno específico del aprendizaje con dislexia.

4.9. Evaluación clínica de la inteligencia

La evaluación clínica de la inteligencia es un proceso sistemático mediante el cual se determina el nivel de funcionamiento cognitivo general y específico de una persona. Se realiza a través de la administración de instrumentos psicométricos estandarizados y mediante la observación cualitativa del desempeño durante la entrevista clínica o la aplicación de tareas (Lezak et al., 2012). Esta evaluación es esencial para establecer diagnósticos diferenciales,

determinar niveles de funcionamiento adaptativo, planificar intervenciones terapéuticas y estimar el pronóstico en diversas condiciones clínicas.

4.9.1. Objetivos de la evaluación

- a) Medir el nivel de inteligencia general (CI total).
- b) Analizar el perfil cognitivo mediante subíndices o habilidades específicas.
- c) Detectar disarmonías cognitivas que sugieran deterioro, discapacidad, altas capacidades o trastornos específicos del aprendizaje.
- d) Valorar el impacto de condiciones neurológicas, psiquiátricas o del desarrollo sobre el rendimiento intelectual.
- e) Proporcionar evidencia para decisiones clínicas, educativas, laborales o legales (Belloch, Sandín y Ramos, 2020; Kaplan y Sadock, 2008).

4.9.2. Métodos de evaluación

- a) **Entrevista clínica y observación cualitativa:** Durante la entrevista inicial, el clínico puede obtener datos fundamentales sobre la inteligencia funcional del paciente mediante:
 - a. La capacidad para razonar, comprender instrucciones y mantener coherencia discursiva.
 - b. El uso del lenguaje (vocabulario, abstracción, metáforas).
 - c. La resolución espontánea de problemas cotidianos.
 - d. El juicio social, la orientación temporal y el nivel educativo alcanzado.

La observación clínica es especialmente útil en contextos donde las pruebas estandarizadas no pueden aplicarse (trastornos graves del desarrollo, limitaciones sensoriales, barreras lingüísticas) (Lezak et al., 2012).

- b) **Pruebas psicométricas estandarizadas:** Estas herramientas permiten obtener un cociente intelectual (CI) y desglosar el rendimiento en áreas específicas. Su aplicación debe ser realizada por profesionales capacitados bajo condiciones controladas.

- a. **Escalas de Wechsler:** Son las pruebas más utilizadas a nivel mundial para la medición de la inteligencia. Estas escalas son útiles para detectar deterioro adquirido, disarmonías cognitivas o dificultades específicas, como en TDAH, autismo o dislexia (Sattler y Ryan, 2009). *WAIS-IV* para mayores de 16 años y *WISC-V* para niños de 6 a 16 años.
 - b. **Raven's Progressive Matrices:** Mide razonamiento abstracto no verbal e inteligencia fluida (Gf). Es independiente del lenguaje y la escolarización, por lo que es útil en personas con barreras lingüísticas o sordera (Raven et al., 1998).
 - c. **Escala de Stanford-Binet (5.ª edición):** Evalúa inteligencia desde los 2 años hasta adultos mayores. Integra aspectos verbales y no verbales, y se basa en el modelo CHC (Gf-Gc) (Roid, 2003).
 - d. **Escala de inteligencia de Kaufman (KABC-II):** Orienta su interpretación hacia procesos cognitivos en lugar de habilidades académicas. Recomendable para población infantil y multicultural (Kaufman y Kaufman, 2004).
- c) **Evaluación neuropsicológica:** En casos de daño cerebral adquirido, sospecha de deterioro progresivo o afecciones psiquiátricas complejas, se recomienda aplicar baterías neuropsicológicas que permiten explorar:
- a. Atención sostenida y selectiva
 - b. Memoria de trabajo y episódica
 - c. Funciones ejecutivas (planificación, inhibición, flexibilidad)
 - d. Lenguaje, praxias y funciones visuoespaciales

Pruebas frecuentemente utilizadas:

- a) **Wisconsin Card Sorting Test (WCST)**
- b) **Trail Making Test A y B**

- c) **Torre de Londres**
- d) **Stroop Test**
- e) **Batería NEUROPSI** (en población hispanohablante) (Ardila y Ostrosky-Solís, 1997)

4.9.3. Consideraciones contextuales y éticas

La evaluación debe realizarse con sensibilidad cultural, considerando variables como:

- a) Nivel educativo
- b) Condición socioeconómica
- c) Lengua materna
- d) Limitaciones sensoriales
- e) Presencia de psicopatología o trastornos neurocognitivos

El mal uso de los resultados de CI, como etiquetas estigmatizantes o barreras educativas injustas, ha sido criticado ampliamente. Por ello, se enfatiza la interpretación contextualizada y la integración de datos cuantitativos con observaciones cualitativas (Silverman, 2009; Ardila, 2003).

4.9.4. Elementos a considerar en la interpretación clínica

- a) Un CI bajo no equivale automáticamente a discapacidad intelectual: debe haber afectación adaptativa.
- b) Un CI promedio puede ocultar deterioro en personas con alto nivel previo de funcionamiento.
- c) Un perfil disarmónico (CI verbal > ejecutor o viceversa) puede indicar trastornos específicos del aprendizaje, TDAH o autismo.
- d) Las altas capacidades requieren identificación oportuna para evitar frustración y bajo rendimiento (Freeman, 2006).

La evaluación de la inteligencia debe ser un proceso multimodal, individualizado **y** contextualizado. El cociente intelectual es solo un indicador entre muchos, y su interpretación debe considerar factores afectivos, sociales,

neurológicos y culturales. La clínica siempre debe guiar la elección de pruebas y la integración diagnóstica.

4.10. Casos clínicos relevantes en la evaluación de la inteligencia

La valoración de la inteligencia en el contexto clínico permite identificar no solo los niveles de funcionamiento cognitivo general, sino también la presencia de disarmonías, deterioros adquiridos, condiciones del neurodesarrollo o capacidades sobresalientes. A continuación, se describen diversos casos representativos con valor pedagógico para el entrenamiento clínico.

a) Caso 1: Discapacidad intelectual moderada en un adulto joven

- a. Datos clínicos:** Varón de 21 años derivado desde educación especial para evaluación de autonomía funcional. Presenta lenguaje limitado, dificultades para comprender instrucciones complejas y dependencia en actividades instrumentales (manejo de dinero, transporte). CI total estimado mediante WAIS-IV: 48.
- b. Evaluación e interpretación:** El perfil muestra rendimiento deficiente en todos los índices cognitivos, especialmente en comprensión verbal (CV=50) y razonamiento perceptivo (RP=52). La conducta adaptativa evaluada con la Vineland Adaptive Behavior Scales confirma deficiencias significativas. El paciente manifiesta frustración cuando intenta manejar dinero: *“me confundo con los billetes”*.
- c. Diagnóstico:** Discapacidad intelectual moderada (APA, 2013).
- d. Comentario clínico:** La correlación entre las puntuaciones del CI y la competencia adaptativa es esencial para evitar diagnósticos basados exclusivamente en test psicométricos (Belloch et al., 2020; Schalock et al., 2010). Este caso ilustra cómo un perfil cognitivo uniforme y bajo puede coexistir con habilidades sociales funcionales moderadas si existe un entorno de apoyo.

b) Caso 2: Deterioro cognitivo progresivo por demencia tipo Alzheimer

- a. **Datos clínicos:** Mujer de 72 años, con antecedentes familiares de Alzheimer, que acude por olvidos frecuentes, desorientación temporal y dificultades en el manejo del hogar. Informantes reportan alteraciones en la conducta reciente.
- b. **Evaluación e interpretación:** WAIS-IV muestra descenso marcado en memoria de trabajo (MT=70) y velocidad de procesamiento (VP=68). La evaluación neuropsicológica con la Escala de deterioro global (GDS=Nivel 4) y el Mini Mental State Examination (MMSE=18/30) indica deterioro cognitivo moderado. El perfil comparado con su ocupación previa (profesora universitaria) revela descenso significativo del nivel funcional esperado.
- c. **Diagnóstico:** Demencia tipo Alzheimer, probable, según criterios NIA-AA (McKhann et al., 2011).
- d. **Comentario clínico:** En sujetos con alta reserva cognitiva, los test de CI pueden subestimar la magnitud del deterioro. Es fundamental evaluar el cambio respecto al nivel premórbido (Lezak et al., 2012). La información de terceros y la evaluación funcional son claves para el diagnóstico temprano.

c) Caso 3: Inteligencia superior con desajuste emocional y social

- a. **Datos clínicos:** Adolescente de 13 años con bajo rendimiento escolar, retraimiento social y signos de ansiedad. El examen

clínico revela pensamiento abstracto avanzado y uso sofisticado del lenguaje.

- b. Evaluación e interpretación:** WISC-V arroja un CI total de 136, con puntajes especialmente elevados en comprensión verbal (CV=130) y razonamiento fluido (RF=135). Los cuestionarios socioemocionales muestran síntomas de ansiedad social y desesperanza escolar.
- c. Diagnóstico:** No se diagnostica un trastorno mental; se identifica un perfil de altas capacidades con desajuste emocional.
- d. Comentario clínico:** Los niños superdotados no siempre presentan un rendimiento escolar elevado, especialmente si enfrentan entornos poco estimulantes o carencias emocionales (Silverman, 2009). Este caso evidencia la importancia de considerar la inteligencia como un factor protector, pero también de riesgo cuando no se gestiona adecuadamente.

d) Caso 4: Perfil disarmónico con sospecha de TDAH

- a. Datos clínicos:** Niño de 10 años con dificultades atencionales y bajo rendimiento escolar. Padres refieren que “es inteligente, pero se distrae con facilidad”.
- b. Evaluación e interpretación:** WISC-V: CI total 102 (promedio), con gran discrepancia entre comprensión verbal (CV=percentil 75) y velocidad de procesamiento (VP=percentil 9). Pruebas adicionales (Test de Stroop, CPT-II) sugieren impulsividad y déficit atencional.
- c. Diagnóstico:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), presentación combinada (APA, 2013).
- d. Comentario clínico:** La evaluación del CI puede enmascarar disfunciones específicas. El TDAH suele presentarse con perfiles disarmónicos, por lo que es imprescindible explorar funciones

ejecutivas y atención sostenida (Barkley, 2015). La interpretación del CI total sin análisis de subíndices puede conducir a conclusiones erróneas.

e) Caso 5: Deterioro intelectual funcional por depresión severa (pseudodemencia)

- a. Datos clínicos:** Hombre de 67 años que refiere pérdida de memoria, lentitud mental y sensación de incapacidad cognitiva. Sin antecedentes neurológicos. Durante la entrevista, muestra inhibición psicomotora, bajo ánimo y discurso negativo.
- b. Evaluación e interpretación:** Pruebas neuropsicológicas revelan esfuerzo inconsistente, errores variables y mejoras rápidas ante estímulos motivacionales. No hay patrón compatible con demencia. El rendimiento mejora tras tratamiento antidepresivo con ISRS.
- c. Diagnóstico:** Trastorno depresivo mayor con síntomas cognitivos (APA, 2013).
- d. Comentario clínico:** La pseudodemencia es una forma de deterioro funcional reversible. Es fundamental diferenciarla de las demencias neurodegenerativas mediante pruebas longitudinales, análisis del patrón de errores y respuesta al tratamiento (Kaplan y Sadock, 2008; Lezak et al., 2012).

Tabla 3

Resumen de la unidad temática 3: Inteligencia.

Consejo:  El CI es solo un indicador. La evaluación de la inteligencia debe ir más allá del número y considerar la historia de vida, el entorno y las habilidades adaptativas del paciente.	G L O S  A R I O	CI (Cociente Intelectual): Medida estandarizada de la capacidad cognitiva general.
		Disarmonía cognitiva: Diferencia significativa entre áreas del perfil intelectual.
		Discapacidad intelectual: Funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio desde etapas tempranas.
		Reserva cognitiva: Capacidad del cerebro para resistir daños antes de mostrar síntomas clínicos.
		Para reflexionar...   <i>¿En qué casos un CI “promedio” puede ser engañoso desde el punto de vista clínico?</i>

Fuente: Elaboración propia.

4.11. Juicio e introspección

4.11.1. Definición

El juicio es la capacidad psíquica mediante la cual el individuo evalúa situaciones, valora consecuencias, toma decisiones coherentes con la realidad y ajusta su conducta a normas sociales, éticas y lógicas (Kaplan y Sadock, 2008). Es una función compleja que implica procesos como el pensamiento abstracto, la experiencia previa, la crítica racional y la autorregulación emocional (Belloch et al., 2020).

La introspección, por su parte, es la capacidad del sujeto para observar, comprender y valorar sus propios estados mentales, emociones, motivos,

síntomas o comportamientos. En psicopatología se relaciona directamente con el insight, es decir, con el grado de conciencia que el paciente tiene de su enfermedad mental (Amador y David, 2004).

Ambas funciones son fundamentales para la adaptación, la toma de decisiones y el proceso terapéutico, y su alteración constituye un signo clínico relevante en múltiples trastornos psiquiátricos y neurológicos.

4.11.2. Componentes del juicio

Desde un enfoque clínico, el juicio se puede descomponer en tres componentes esenciales (Capponi, 1987):

- a) **Juicio teórico o lógico:** evaluación abstracta de relaciones causales y consecuencias hipotéticas.
- b) **Juicio práctico o adaptativo:** capacidad de resolver problemas reales y tomar decisiones funcionales en el contexto social.
- c) **Juicio ético o valorativo:** análisis de situaciones en función de principios morales y normas sociales interiorizadas.

El juicio puede explorarse a través del lenguaje espontáneo, el análisis de la conducta cotidiana y la respuesta a preguntas hipotéticas como: "¿Qué haría si encontrara una carta sellada y dirigida en la calle?"

4.11.3. Componentes de la introspección (o insight)

El insight no es dicotómico (presente o ausente), sino que varía en grados y dimensiones. Amador y David (2004) proponen un modelo multidimensional con los siguientes niveles:

- a) Reconocimiento de que uno padece una enfermedad mental.
- b) Reconocimiento de síntomas específicos como patológicos.
- c) Comprensión de los efectos del trastorno sobre la vida personal y social.

d) Aceptación de la necesidad de tratamiento.

La pérdida de introspección puede ser total (anosognosia), parcial o situacional, y no siempre implica alteración del juicio general.

4.11.4. Alteraciones del juicio

El juicio puede estar comprometido en diversas condiciones psicopatológicas. Las alteraciones más comunes incluyen:

a) Juicio disminuido o deficiente, clasificado en:

a. Trastornos psicóticos: el juicio se ve alterado por delirios o alucinaciones. El sujeto actúa sobre la base de convicciones irreales, sin conciencia de enfermedad (APA, 2013). *Ejemplo clínico:* un paciente con esquizofrenia cree que es espiado y decide mudarse compulsivamente.

b. Trastornos de personalidad antisocial o narcisista: juicio alterado por criterios egocéntricos, falta de empatía o desprecio por las normas sociales (Millon y Davis, 1998).

c. Deterioro neurocognitivo: en las demencias, el juicio se ve afectado por déficits en memoria, lenguaje y control ejecutivo (Lezak et al., 2012). *Ejemplo clínico:* una persona con Alzheimer no reconoce el riesgo de cruzar la calle sin mirar.

b) Juicio impulsivo: Característico del trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar en fase maníaca o TDAH en adultos. Se toman decisiones precipitadas sin considerar consecuencias (Barkley, 2015). *Ejemplo clínico:* gastos excesivos, relaciones sexuales de riesgo o renuncias laborales súbitas.

c) Juicio debilitado por emociones intensas: Las emociones intensas (pánico, ira, ansiedad severa) pueden bloquear temporalmente la capacidad crítica. Se observa en trastornos afectivos, trastornos de ansiedad o estrés agudo.

4.11.5. Alteraciones de la introspección

La introspección puede verse afectada en múltiples trastornos:

a) Ausencia de insight (anosognosia)

- a. Es frecuente en la esquizofrenia (hasta el 60% de los casos), y se asocia a peor evolución clínica y mayor riesgo de recaídas (Amador y David, 2004).
- b. También ocurre en demencias (particularmente frontotemporales), donde el sujeto no percibe su deterioro.

b) Insight parcial

- a. Presente en pacientes que reconocen algunos síntomas, pero los atribuyen a causas externas (por ejemplo, estrés o terceros).
- b. Común en trastorno bipolar, depresión con negación de la gravedad o TOC sin conciencia total de irracionalidad.

c) Insight excesivo (hiperintrospección patológica)

- a. Se manifiesta en trastornos obsesivos, depresiones neuróticas o ciertos trastornos de personalidad ansiosa.
- b. El sujeto presenta autoconciencia sobredimensionada, rumiación excesiva o autoobservación paralizante (Belloch et al., 2020; Rachman, 2003).

4.11.6. Evaluación clínica

La evaluación del juicio e introspección es fundamental en la entrevista clínica y puede realizarse mediante:

- a) Observación de la conducta y decisiones recientes.
- b) Respuesta a preguntas hipotéticas ("¿qué haría si...?").
- c) Cuestionamiento directo sobre la enfermedad:

"¿Cree que tiene una enfermedad mental?", "¿A qué atribuye sus síntomas?",
"¿Cree que necesita ayuda médica?"

Instrumentos como la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) permiten cuantificar el grado de insight en esquizofrenia (Amador y Strauss, 1990).

4.11.7. Casos clínicos ilustrativos

a) Caso 1: Juicio alterado por ideación delirante: Varón de 29 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, que abandona su trabajo y denuncia a su familia convencido de estar siendo envenenado. Rechaza medicación.

a. Interpretación: Juicio práctico y adaptativo profundamente comprometido por convicciones delirantes. Ausencia total de insight (APA, 2013).

b) Caso 2: Insight parcial en trastorno bipolar: Mujer de 35 años con trastorno bipolar tipo I. Refiere que “quizás estaba algo acelerada” cuando gastó sus ahorros en una semana, pero no reconoce haber estado enferma.

a. Interpretación: Juicio ético parcialmente conservado, con negación de síntomas maniformes. Insight parcial (Belloch et al., 2020).

c) Caso 3: Hiperintrospección obsesiva: Adolescente de 17 años con trastorno obsesivo-compulsivo. Describe con detalle sus pensamientos de contaminación, reconoce su irracionalidad, pero no puede evitar rituales.

a. Interpretación: Insight preservado con hiperconciencia ansiosa. Juicio conservado pero interferido por compulsiones (Rachman, 2003).

4.11.8. Relevancia psicopatológica

La integridad del juicio y la introspección condiciona el grado de adherencia al tratamiento, la participación en psicoterapia, el riesgo de conductas peligrosas o la capacidad legal. En contextos clínicos y forenses, su evaluación

rigurosa es imprescindible para establecer capacidad de autonomía, consentimiento informado y responsabilidad penal (Kaplan y Sadock, 2008).

Tabla 4

Resumen de la unidad temática 4: Juicio e introspección.

Consejo:  Explora el juicio con preguntas indirectas que simulen situaciones hipotéticas o decisiones cotidianas. La espontaneidad de la respuesta suele ser más reveladora que la lógica forzada.	G L O S  A R I O Anosognosia: Incapacidad para reconocer un déficit propio (común en cuadros neurológicos o psicóticos). Autoconciencia: Capacidad de percibirse a uno mismo como sujeto de estados mentales. Insight: Toma de conciencia del propio estado mental o enfermedad. Negación: Mecanismo de defensa por el cual el sujeto rechaza reconocer aspectos dolorosos de su realidad. Para reflexionar...   <i>¿Cómo podrías evaluar el juicio sin recurrir a pruebas formales?</i>
--	--

Fuente: Elaboración propia.

Autoevaluación de conocimientos

1. ¿Cuál de los siguientes términos se refiere a una alteración del curso del pensamiento?

- a) Juicio moral
- b) Neologismo
- c) Fuga de ideas
- d) Anosognosia

2. ¿Qué función psíquica permite al sujeto evaluar la coherencia y factibilidad de sus ideas?

- a) Inteligencia
- b) Lenguaje
- c) Juicio
- d) Conciencia

3. El insight clínico se refiere a:

- a) Comprensión de los pensamientos de otros
- b) Capacidad de evaluar consecuencias morales
- c) Consciencia de la enfermedad propia
- d) Repetición automática de frases

4. La ecolalia es una alteración de:

- a) Pensamiento
- b) Juicio
- c) Lenguaje
- d) Memoria

5. ¿Cuál de las siguientes funciones está más relacionada con la capacidad para resolver problemas abstractos?

- a) Juicio
- b) Pensamiento
- c) Inteligencia
- d) Sensopercepción

6. El juicio de realidad se encuentra deteriorado en:

- a) Afasia
- b) Delirio

c) Bradipsiquia

d) Disartria

7. ¿Cuál de las siguientes características corresponde a un neologismo?

a) Respuesta lógica y elaborada

b) Palabra real usada incorrectamente

c) Palabra inventada sin significado compartido

d) Palabra extranjera adaptada

8. ¿Qué autor propuso que las funciones superiores se desarrollan en interacción social?

a) Luria

b) Jaspers

c) Vygotsky

d) Freud

9. ¿Qué función se explora al pedir al paciente que interprete un proverbio?

a) Lenguaje

b) Memoria

c) Juicio

d) Atención

10. Una persona que no reconoce su déficit presenta:

a) Insight elevado

b) Anosognosia

c) Bradipsiquia

d) Disartria

11. ¿Cuál de los siguientes síntomas corresponde a un trastorno del lenguaje?

a) Fuga de ideas

b) Afasia

c) Pensamiento mágico

d) Juicio deteriorado

12. El término "CI" se refiere a:

a) Coherencia interna

- b) Carga intelectual
- c) Cociente intelectual
- d) Capacidad introspectiva

13. ¿Qué tipo de juicio evalúa la capacidad para resolver problemas cotidianos?

- a) Moral
- b) Práctico
- c) Abstracto
- d) Diagnóstico

14. El pensamiento tangencial se caracteriza por:

- a) Uso de palabras inventadas
- b) Cambio rápido de ideas sin llegar al punto
- c) Pérdida de memoria
- d) Reflexión sobre uno mismo

15. La introspección se evalúa observando:

- a) Nivel de CI
- b) Fluidez verbal
- c) Capacidad de autoconciencia
- d) Juicio moral

16. ¿Cuál de estas funciones se asocia más directamente con la metacognición?

- a) Lenguaje
- b) Juicio
- c) Introspección
- d) Pensamiento

17. ¿Qué instrumento permite valorar la inteligencia general?

- a) WAIS-III
- b) PANSS
- c) BDI-II
- d) SCID-5

18. El lenguaje desorganizado suele observarse en:

- a) Demencia frontotemporal

- b) Trastorno obsesivo
- c) Esquizofrenia
- d) Trastorno de ansiedad

19. ¿Qué autor propuso el concepto de “funciones mentales superiores”?

- a) Jung
- b) Luria
- c) Spearman
- d) Millon

20. ¿Cuál de estas funciones es fundamental para establecer conciencia del estado clínico?

- a) Juicio
- b) Memoria
- c) Insight
- d) Atención

Hoja de respuestas

Nº de Pregunta	Respuesta Correcta
1	c) Fuga de ideas
2	c) Juicio
3	c) Consciencia de la enfermedad propia
4	c) Lenguaje
5	c) Inteligencia
6	b) Delirio
7	c) Palabra inventada sin significado compartido
8	c) Vygotsky

9	c) Juicio
10	b) Anosognosia
11	b) Afasia
12	c) Cociente intelectual
13	b) Práctico
14	b) Cambio rápido de ideas sin llegar al punto
15	c) Capacidad de autoconciencia
16	c) Introspección
17	a) WAIS-III
18	c) Esquizofrenia
19	b) Luria
20	c) Insight

Referencias bibliográficas

- Amador, X. y David, A. (2004). *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Amador, X. y Strauss, D. (1990). The assessment of insight in psychosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 13(1), 23-34.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Ardila, A. (2003). *Neuropsicología de los trastornos del lenguaje*. Manual Moderno.
- Ardila, A. y Ostrosky-Solís, F. (1997). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Trillas.
- Barkley, R. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología* (Vol. I, 3.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Bigler, E. y Maxwell, W. (2012). Neuropsychology and clinical neuroscience of traumatic brain injury. In M. W. Eysenck (Ed.), *Cognitive psychology* (pp. 540-562). Psychology Press.
- Caballo, V. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2.^a ed.). Ediciones Pirámide.
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Universidad de Chile.
- Carroll, J. (1993). *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. Cambridge University Press.

- Cattell, R. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54(1), 1-22.
- Freeman, J. (2006). *Gifted children grown up: Twenty years later*. David Fulton Publishers.
- Gardner, H. (1993). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences* (10th anniversary ed.). Basic Books.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. Basic Books.
- Gold, J., Goldberg, T., McNary, S., Dixon, L. y Lehman, A. (2003). Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1695-1702.
- Gómez-Fontanil, Y. y Coto, E. (2008). Trastornos formales del pensamiento. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. I, pp. 205-224). McGraw-Hill Interamericana.
- González, E. (2001). *La locura en la historia: del mito al DSM-IV*. Biblioteca Nueva.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders* (2nd ed.). Lea y Febiger.
- Hernández, G. (2013). *Psicopatología básica* (5.ª ed.). Pontificia Universidad Javeriana.
- Horn, J. (1988). Thinking about human abilities. In R. J. Sternberg (Ed.), *Advances in the psychology of human intelligence* (Vol. 4, pp. 1-44). Lawrence Erlbaum Associates.
- Jung, R. y Haier, R. (2007). The Parieto-Frontal Integration Theory (P-FIT) of intelligence: Converging neuroimaging evidence. *Behavioral and Brain Sciences*, 30(2), 135-187.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2008). *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica* (5.ª ed.). Lippincott Williams y Wilkins.

- Kaufman, A. y Kaufman, N. (2004). *Kaufman Assessment Battery for Children: Second edition*. AGS Publishing.
- Kay, S., Fiszbein, A. y Opler, L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Lezak, M., Howieson, D., Bigler, E. y Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
- McGrew, K. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence*, 37(1), 1-10.
- McKhann, G., Knopman, D., Chertkow, H., Hyman, B., Jack, C., Kawas, C., ... y Phelps, C. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups. *Alzheimer's y Dementia*, 7(3), 263-269.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Masson.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford University Press.
- Raven, J., Raven, J. y Court, J. (1998). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. Oxford Psychologists Press.
- Roid, G. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales: Fifth Edition*. Riverside Publishing.
- Sattler, J. y Ryan, J. (2009). *Assessment of children: Cognitive foundations* (5th ed.). Jerome M. Sattler Publisher.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tasse, M., Thompson, J., Verdugo-Alonso, M., Wehmeyer, M. y Yeager, M. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). AAIDD.

- Silverman, L. (2009). The moral sensitivity of gifted children and the evolution of society. *Roeper Review*, 31(4), 232-239.
- Spearman, C. (1927). The abilities of man: Their nature and measurement. Macmillan.
- Sternberg, R. (1985). Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence. Cambridge University Press.
- Sternberg, R. (2003). *Cognitive psychology* (3rd ed.). Wadsworth/Thomson Learning.
- Sternberg, R. (2003). Wisdom, intelligence, and creativity synthesized. Cambridge University Press.
- Thurstone, L. (1938). Primary mental abilities. University of Chicago Press.
- Wechsler, D. (2003). WAIS-III: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos. TEA Ediciones.

Gerardo Xavier Peña Loaiza

Psicólogo Clínico por la Universidad del Azuay. Magíster en Terapia Familiar con mención en Psicoterapia Sistémica por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Diplomado Superior en Docencia Universitaria por la Universidad Técnica de Machala. Se desempeña como docente titular y coordinador de la carrera de Psicología Clínica en la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, Ecuador. Además, es docente del Programa de Maestría Profesional en Psicopedagogía de la misma institución.

Su experiencia académica se complementa con una activa participación en procesos de vinculación con la sociedad, liderando y colaborando en proyectos de intervención comunitaria enfocados en promoción del bienestar psicológico de jóvenes y familias. Ha publicado artículos científicos en revistas indexadas, con interés particular en salud mental, dinámicas familiares y procesos de intervención psicosocial.

Correo electrónico: gpena@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2150-2988>

Yadira Liliana Sánchez Padilla

Psicóloga Clínica por la Universidad Técnica de Machala. Posee un Magíster en Psicoterapia Integrativa (Universidad del Azuay), un Máster en Investigación en Psicología (Universidad Internacional de La Rioja, España) y actualmente cursa un tercer máster en Intervención Psicológica en Niños y Adolescentes.

Su formación se complementa con capacitación en psicología de emergencias, intervención cognitivo-conductual, autocuidado profesional e inteligencia artificial aplicada a la educación.

Se desempeña como psicoterapeuta y docente universitaria titular en la UTMACH y docente de servicio ocasional la UTPL, donde imparte asignaturas en psicopatología, psicoterapia e investigación. Ha dirigido trabajos de titulación, participado como expositora y liderado proyectos de vinculación con impacto social.

Como investigadora, ha publicado artículos en revistas indexadas, centrando su interés en salud mental, trauma, adolescencia, prevención del suicidio y atención psicológica en contextos de vulnerabilidad.

E-mail: ysanchez@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8380-6434>

ISBN: 978-9942-53-037-0



Compás
capacitación e investigación