

GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS

Redacción :
Grupo de trabajo en Psicología Clínica en Albacete
COP-CLM

CONSIDERACIONES PREVIAS:

Este documento tiene como objetivo crear un documento que contenga la información clínica relevante de un consultante o usuario para aquellos casos en que fuera necesario justificar la actuación clínica del profesional ante terceros (organismos, entidades, otros profesionales,...)

OBJETIVO:

El objetivo de los informes es recoger brevemente la información sobre le motivo de consulta, la evaluación que se lleva a cabo, los resultados obtenidos, los objetivos acordados y el tratamiento sugerido.

Esta información puede corresponderse a la recabada entre la primera consulta y el final de la evaluación (INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLOGICA) o bien, entre la primera consulta y el final del tratamiento, (INFORME DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA)

La finalidad del informe psicológico es por un lado, facilitar esta información al paciente y por otro lado permitir la comunicación sobre el caso clínico con otros profesionales.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA:

- Garantizar la máxima neutralidad, evitando cualquier tipo de implicación personal que pueda provocar sesgos en los objetivos.
- Garantizar la máxima objetividad utilizando adecuadas fuentes de información para el psicólogo y pruebas a utilizar.
- Garantizar la calidad de su base metodológica dentro de la orientación científica adoptada.
- Garantizar la calidad de los instrumentos de evaluación y su correcta utilización.
- Garantizar el respeto a las diferencias individuales.
- Garantizar una actuación profesional conforme al código deontológico del COP CLM

ESTRUCTURA BASICA DEL INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLOGICA

Psicólogo

Apellidos y nombre:
colegiado:
Entidad:
Dirección:

Nº de

Paciente

Apellidos y nombre:
Edad: Lugar y Fecha de nacimiento:
Dirección:
Teléfono:
Fecha de inicio y fin de la evaluación

DNI:

Solicitud de informe

Explicar de manera clara y precisa, sin extenderse mucho, el motivo o motivos por los que se solicita dicho informe y quién lo solicita.

Motivo de la consulta

Explicar de manera clara y precisa, sin extenderse demasiado, cuál fue el motivo o motivos que llevaron a la persona a solicitar atención psicológica.

El objeto de las (número visitas realizadas) visitas realizadas los días XXX fue la recogida de datos clínicos del paciente y la administración de testología, para la realización de una evaluación sobre el diagnóstico psicopatológico y la repercusión de ésta en su capacitación laboral.

Antecedentes personales

Describir de manera precisa los datos cronológicos de la persona, abarcando la evolución a lo largo de su vida en todas las esferas. Debe ser un resumen de la historia vital de la persona.

Situación Personal/Familiar/social/ocio

(Estado civil, edad, hijos, personas a su cargo, situación económica...Red social, aficiones, permanencia a alguna asociación,...)

Antecedentes personales médicos y psicológicos

(Enfermedades desde la infancia, accidentes previos, tratamientos farmacológicos previos, bajas previas...)

Antecedentes familiares

(Enfermedades físicas y/o mentales, hábitos tóxicos,...)

Situación Laboral/Académica

(Puesto actual, estudios, tiempo que lleva sin trabajar, tipo de trabajo, actitud ante su trabajo...)

Situación Judicial

(Detenciones, juicios pendientes, denuncias actuales contra la empresa, cónyuge, etc....)

Exploración y evaluación

Describir de forma esquemática todas las actuaciones llevadas a cabo para la exploración y evaluación del paciente:

- Entrevistas (paciente, familia, profesores...),
- Lectura de informes aportados,
- Pruebas aplicadas...

Descripción de la historia clínica

(Sintomatología, tiempo de evolución, origen/desencadenamiento, tratamiento iniciado, sesiones de psicología/psiquiatría, visitas especialistas, medicación, tipo de evolución de la sintomatología, factores mantenedores de la sintomatología...)

Observación conductual:

(Valorar la apariencia externa, la expresión, la postura mantenida, los gestos, la mirada, respuestas dilatadas en el tiempo, respuestas dicotómicas, afirmaciones realizadas con mucha seguridad o ambiguas...)

Después explicar de forma amplia cada paso dado, incluyendo pruebas, resultados e interpretación de dichas pruebas.

Diagnóstico

Este apartado se incluye siempre y cuando se haya realizado un diagnóstico, y se menciona el manual clínico utilizado para establecer dicho diagnóstico.

Los manuales más utilizados para el diagnóstico clínico son:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V
- Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10

Tratamiento a aplicar

Este apartado se incluye siempre y cuando el informe se refiera a una persona con la que ya estamos realizando un trabajo terapéutico. Explicando de forma clara qué técnicas y procedimientos psicológicos estamos utilizando.

Conclusiones

Realizar una integración de los resultados obtenidos en las pruebas, describiendo de forma generalizada, y a modo de síntesis, los aspectos más importantes encontrados en el proceso de evaluación.

Si existiera un proceso previo de terapia con el paciente, también se describen las mejoras que se han conseguido hasta ese momento, los objetivos que quedan pendientes de lograr y las razones por las que esto está siendo así.

Recomendaciones

Pautas que se recomiendan a partir del momento de la elaboración del informe, teniendo en cuenta los resultados de la exploración realizada, las demandas del paciente o familia y los objetivos que quedan por conseguir, si ya estuviese en curso un proceso terapéutico.

Fdo:

D.D^a-----
Psicóloga/o, col nº CM-00000

El resultado de la evaluación se refiere solo al momento actual y a las condiciones actuales. Una variación de las circunstancias o nuevos datos exigirían un nuevo análisis y podrían modificar los resultados.

Este informe no debe utilizarse fuera de contexto o en un momento diferente para el que ha sido solicitado.

ANEXO 1

ESTRUCTURA BASICA DEL INFORME DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Nombre:

Dirección y teléfono:

Edad:..... Fecha de Nacimiento :.....

Estudios/ Ocupación:

D./Dña.(nombre del psicólogo/a), colegiado nº CM00000, informa que el paciente D./Dña,..... acude al Centro de Psicología, situada en la C/ de Albacete (02001) por primera vez en la fecha aaa/bb/2.015 y hasta el día aa/bb/2.015.

El motivo de consulta y objetivo que motivo el proceso de evaluación consistió en una entrevista tonel consultante para conocer.....

Se utilizaron los instrumentos de evaluación..... Y como resultado de la evaluación se concluyó según la clasificación en el DSM-IV-TR / V, que el paciente presentaba un cuadro de

Los objetivos del tratamiento acordados con el/la paciente son:

-.....

-.....

-.....

Para la consecución de los citados objetivos se propone la intervención con técnicas cognitivo- conductuales como:

-Reestructuración cognitiva,

-Estrategias de afrontamiento

-Técnicas de relajación

-Técnicas de desensibilización sistemática.

-.....

A la fecha de elaboración del presente informe el /la Paciente se comunica el alta terapéutica tras la consecución de los objetivos acordados, y se mantiene una mejoría en los siguientes aspectos.....

Albacete, a 00 del mes de junio de 2015

Fdo: (nombre del /la psicóloga/o y nº de colegiada/o

ANEXO 2

Dentro del proceso de valoración psicológica, las pruebas más utilizadas en psicología clínica son las siguientes:

1. Evaluación de la personalidad

- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado MMPI-2-RF
- Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF-5
- Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI

2. Evaluación psicopatológica

- Listado de Síntomas Breve LSB-50
- Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-I
- Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV SCID-II

3. Evaluación de trastornos específicos

- Inventario de Depresión de Beck-II BDI-II
- Escala de Depresión para Niños CDS
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños STAIC
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA
- Acoso y Violencia Escolar AVE
- Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal IMAGEN
- Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3

4. Evaluación de la inteligencia

- Escala de Inteligencia de Wechsler WPPSI-IV.
- Escala de Inteligencia de Wechsler WISC-IV
- Escala de Inteligencia de Wechsler WAIS-IV
- Test de Inteligencia Breve de Reynolds RIST
- Matrices progresivas de RAVEN

5. Evaluación Neuropsicológica

- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica TBR
- Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos LURIA DNA
- Diagnóstico Neuropsicológico Infantil LURIA DNI
- Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez CAMDEX-R
- Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil CUMANIN
- Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños ENFEN
- Test de Clasificación de Tarjetas de WISCONSIN
- Test de Atención d2

6. Evaluación de la simulación

- Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas SIMS

- Test de simulación de problemas de memoria TOMM