



**III JORNADAS SOBRE
ELABORACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS**

ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Ponente: D^a. Ángela M^a Puertas Roig

Organiza: Vocalía de Sevilla

Sevilla, 24 de mayo de 1997

EL INFORME EN PSICOLOGIA CLINICA
Angela M^a Puertas Roig
Centro del Psicología Clínica San Telmo

LA FORMA Y CONTENIDOS DEL INFORME CLÍNICO DEPENDEN DEL OBJETIVO/MOTIVO DEL MISMO. DE ESTE MODO, EN PSICOLOGÍA CLÍNICA LOS TIPOS DE INFORMES MÁS COMUNES SON:

- * DE EVALUACIÓN
- * DE SEGUIMIENTO (EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO)
- * DE ALTA TERAPÉUTICA

CENTRÁNDONOS EN EL INFORME DE EVALUACIÓN CLÍNICA, POR SER EL MÁS FRECUENTEMENTE DEMANDADO, PODEMOS DEFINIRLO DE LA SIGUIENTE FORMA:

LA INFORMACIÓN ORAL O ESCRITA QUE TRATA DE DAR FORMA SUSTANCIAL A LOS RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE UN SUJETO DETERMINADO QUE SE HA SOMETIDO A INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA Y CLÍNICA.

- * CUANDO HABLAMOS DE INFORME, GENERALMENTE ESTAMOS HACIENDO REFERENCIA A UN DOCUMENTO ESCRITO.
- * CUANDO HABLAMOS DE ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN, NOS REFERIMOS A LA TRANSMISIÓN ORAL DE DICHA INFORMACION.

AMBOS CONCEPTOS HACEN REFERENCIA AL MISMO PROCESO, AUNQUE EL MEDIO POR EL QUE SE TRANSMITE LA INFORMACIÓN Y EL DESTINATARIO DE LA MISMA MARCAN DETERMINADAS PECULIARIDADES PARA CADA CASO.

PARTES DEL INFORME CLINICO

- | | |
|------------------------------------|---|
| A. PARTES PRELIMINARES | * D A T O S D E IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR. |
| | * DIRIGIDO A... |
| | 0. D A T O S D E IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE. |
| | 1. MOTIVO. |
| B. PARTES DEL CUERPO | 2. METODOLOGÍA (TÉCNICAS UTILIZADAS). |
| | 3. A S P E C T O S BIOGRÁFICOS. |
| | 4. RESULTADOS. |
| C. PARTES FINALES:
CONCLUSIONES | 5. DIAGNÓSTICO. |
| | 6. C U R S O Y PRONÓSTICO. |
| | 7. D E C I S I Ó N TERAPÉUTICA. |
| D. FIRMA Y ANTEFIRMA. | |

A.- PARTES PRELIMINARES

* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

FECHA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME:

NÚMERO DE COLEGIADO: PROVINCIA:

DIRIGIDO A:

0.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

NATURAL DE:

DOMICILIO:

1.- MOTIVO

DESCRIPCION DEL MOTIVO POR EL QUE EL CLIENTE ES REMITIDO.

EJEMPLO 1:

* Fecha: 5 de Febrero de 1995.

* Profesional que emite el Informe: Angela M^a Puertas Roig.

* Colegiada N^o: 2032 Provincia: Sevilla

* Dirigido a: Servicios de Infancia y Familia de la Diputación Provincial de Sevilla.

0.- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL MENOR

1.- MOTIVO

El menor D.M.S. es remitido al Centro de Psicología Clínica San Telmo por motivos de evaluación clínica y psicológica a demanda del personal que lo atiende en su vida cotidiana, debido principalmente al comportamiento disruptivo que exhibe en la Comunidad en la que reside desde su ingreso en ella el día ...

A.- PARTES PRELIMINARES (cont.)

¿QUIÉN ES EL CLIENTE?

LOS INFORMES CLÍNICOS PUEDEN DEMANDARLOS:

- * OTROS PROFESIONALES: PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS, PROFESORES, PEDAGOGOS, JUECES, ABOGADOS...
- * INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS.
- * EL PROPIO SUJETO EVALUADO.

GENERALMENTE, LOS INFORMES ESCRITOS SON REALIZADOS A DEMANDA DE OTROS PROFESIONALES/INSTITUCIONES. RARAMENTE LOS DEMANDAN LOS SUJETOS EVALUADOS, AUNQUE PUEDE OCURRIR. NO SE RECOMIENDA EMITIR UN INFORME ESCRITO PARA LA PERSONA EVALUADA, GENERALMENTE POR LAS REPERCUSIONES QUE PUEDA TENER EN ELLA. AUNQUE CUANDO EL CLÍNICO DECIDE REALIZARLO DEBE TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- * SER BREVE Y CAUTO EN LA INFORMACIÓN APORTADA.
- * INCLUIR LA INFORMACIÓN CON UN MÍNIMO DE INFERENCIA (GENERALMENTE SÓLO LA APORTADA POR EL SUJETO), DANDO UN MAYOR PESO A LOS ASPECTOS DESCRIPTIVOS SOBRE LOS EXPLICATIVOS.
- * SER CAUTOS CON EL DIAGNÓSTICO. QUEDARSE A NIVEL DE DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO.

NO SE TRATA DE QUE EL PSICÓLOGO "SE GUARDA INFORMACIÓN", SINO DE TRATAR CON CAUTELA TODOS AQUELLOS CONOCIMIENTOS QUE CONLLEVAN UNA MAYOR INFERENCIA TEÓRICA O QUE ESTÁN BASADOS EN LA EXPERIENCIA DEL CLÍNICO, YA QUE PUEDE ESTAR EQUIVOCADO EN TODO O EN PARTE.

A.- PARTES PRELIMINARES (cont.)

¿QUIÉN ES EL CLIENTE? (cont.)

EJEMPLO 2: INFORME DEMANDADO POR UN CLIENTE

Profesional que realiza el Informe: Angela M^a Puertas Roig. Psicóloga Clínica. N^o de Col.: S-2032.

Fecha del Informe: 25 de Marzo de 1997.

Dña. I.N.S., de 34 años de edad, casada y con tres hijos, residente en X, en C/...; acude a este Centro el día 3 de Mayo de 1996, siendo su principal problema un cuadro de ansiedad como consecuencia de preocupaciones hipocondríacas centradas en la arritmia que presentaba, y que le conducían a ideas de muerte inminente.

Tras varias sesiones de tratamiento psicológico, decidió abandonarlo motivada principalmente por la mejoría sintomatológica lograda y por el gran coste que le suponía acudir a consulta desde su municipio de residencia.

Fdo.: Angela M^a Puertas Roig.

PERO AUNQUE EL INFORME LO DEMANDE UNA ENTIDAD DISTINTA A LA DE LA PERSONA EVALUADA, LA DEVOLUCIÓN ES OBLIGATORIA CUANDO LA RELACIÓN CON EL SUJETO ES ESPECÍFICAMENTE DIAGNÓSTICA (CÓDIGO DEONTOLÓGICO, ART. 42^o).

EN ESTAS OCASIONES, POR TANTO, EXISTEN DOS NIVELES DE DEVOLUCIÓN:

- (1^o) CON LA PERSONA QUE HEMOS EXPLORADO, INCLUSO SI SE TRATA DE NIÑOS (ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN).
- (2^o) CON LA ENTIDAD QUE HA DEMANDADO (Y QUE GENERALMENTE ES LA QUE PAGA) EL PROCESO, ÚNICA DESTINATARIA DEL INFORME ESCRITO

A.- PARTES PRELIMINARES (cont.)

PECULIARIDADES DE LA ENTREVISTA DE DEVOLUCION

- * LA ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN (COMO EL RESTO DE LAS ENTREVISTAS) ES UN PROCESO DINÁMICO E INTERACTIVO, NO UNA COMUNICACIÓN LINEAL EXPERTO-ENTREVISTADO. PERMITE AL SUJETO ELABORAR DETERMINADA INFORMACIÓN Y RECHAZAR OTRA (CREACIÓN DE UN CLIMA DE COLABORACIÓN).
- * PERMITE AL SUJETO TOMAR DECISIONES SOBRE SI COMENZAR O NO UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.
- * NO TODOS LOS CONOCIMIENTOS EXTRAÍDOS DURANTE LA VALORACIÓN SERÍAN COMUNICABLES: SÓLO AQUELLOS QUE POSEAN UTILIDAD PARA EL SUJETO. EN ESTE SENTIDO SE RECOMIENDA COMENZAR POR LOS QUE SE HAN OBTENIDO MEDIANTE UN MÍNIMO NIVEL DE INFERENCIA (PRINCIPIO DE PERTINENCIA).
- * COMENZAR POR LOS ASPECTOS MÁS FAVORABLES PARA EL SUJETO, O MENOS PROBLEMÁTICOS.
- * UTILIZAR UN LENGUAJE ASEQUIBLE, MATIZANDO LA SEGURIDAD RELATIVA DE NUESTRAS CONCLUSIONES.

B.- PARTES DEL CUERPO

- * ES RECOMENDABLE QUE EL INFORME CLÍNICO EXPRESE LOS PASOS QUE SE HAN SEGUIDO EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.
- * DEBEN QUEDAR MANIFIESTOS LOS ASPECTOS DESCRIPTIVOS, EXPLICATIVOS Y COMPENSIVOS DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA EL SUJETO SOMETIDO A EVALUACIÓN.

2.- METODOLOGÍA (TÉCNICAS UTILIZADAS)

EN ESTE APARTADO SE SEÑALAN LAS TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOGIDA DE DATOS.

- * ENTREVISTAS: NÚMERO, DURACIÓN, PERSONAS ENTREVISTADAS (SUJETO, ALLEGADOS...)
- * REGISTROS OBSERVACIONALES, AUTORREGISTROS...
- * CUESTIONARIOS, ESCALAS...
- * TEST PSICOMÉTRICOS, PRUEBAS PROYECTIVAS...
- * ETC.

IGUALMENTE, ES RECOMENDABLE SEÑALAR EL MOTIVO Y EL ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS DISTINTAS TÉCNICAS.

B.- PARTES DEL CUERPO (cont.)

EJEMPLO 3:

2.- METODOLOGÍA (TÉCNICAS UTILIZADAS)

Para la obtención de los datos se realizó una primera entrevista, de hora y media de duración, con el personal de la Comunidad en la que reside D.M.S., en la que se recogió información sobre aspectos biográficos y situación actual. Seguidamente se mantuvo una entrevista con el menor de una hora de duración, con el fin de valorar la percepción que tenía el niño de sus problemas.

La exploración psicológica de D.M.S. se realizó a través de las siguientes pruebas (señaladas por orden de administración):

- * Escala de Inteligencia de Weschler para niños (WISC).
- * Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- * Test de Pata Negra.
- * Test de Rorschach.

3.- ASPECTOS BIOGRÁFICOS

- * SE SEÑALAN LOS DATOS MÁS RELEVANTES DE LA PSICOBIOGRAFÍA DEL SUJETO.
- * EN ESTE APARTADO TAMBIÉN SE INCLUYEN LOS DATOS DE SU SITUACIÓN ACTUAL: SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA, PRINCIPALES QUEJAS DEL SUJETO, PERCEPCIÓN QUE TIENE EL SUJETO Y SUS ALLEGADOS DEL PROBLEMA, ETC.

EN RESUMEN, ESTE APARTADO CONSTITUYE UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL SUJETO.

B.- PARTES DEL CUERPO (cont.)

4.- RESULTADOS

- * IMPLICA UNA DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS ADMINISTRADAS AL SUJETO DURANTE LA EXPLORACIÓN.
- * POR DESCRIPCIÓN CUALITATIVA SE QUIERE DECIR LA INCLUSIÓN DE LA INTERPRETACIÓN QUE EL PSICÓLOGO/A CLÍNICO REALIZA DE LOS DATOS CUANTITATIVOS. POR TANTO, SUPONE UN ESFUERZO DE ELABORACIÓN DE LOS RESULTADOS POR PARTE DEL PROFESIONAL.
- * ES IMPORTANTE, PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA VALORACIÓN, ESPECIFICAR LOS DATOS DE OBSERVACIÓN OBTENIDOS DURANTE LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS, QUE MATIZARÍAN LOS RESULTADOS DE ÉSTAS.
- * ES IMPORTANTE ESPECIFICAR LOS RESULTADOS PRUEBA POR PRUEBA.
- * UNO DE LOS ERRORES QUE SE PRODUCEN MÁS FRECUENTEMENTE ES NO REFLEJAR LOS RECURSOS DEL SUJETO, SEÑALANDO ÚNICAMENTE LOS ASPECTOS MÁS PSICOPATOLÓGICOS.

EJEMPLO 4: DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA

La elevada diferencia entre el CI verbal y el CI manipulativo puede ser un indicador de daño cerebral, pero esta hipótesis no se ve apoyada por los resultados obtenidos en el Test Gestáltico Visomotor de Bender ni en la Curva de Luria, ni tampoco correlacionan con el rendimiento académico del niño. Más bien parecen estar indicando una pobre estimulación de las áreas en las que el lenguaje está comprometido.

EJEMPLO 5: ESPECIFICACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SUJETO

D.M.S. presenta un nivel de funcionamiento cognitivo óptimo, con una tendencia a lo teórico-abstracto, en detrimento de lo concreto, lo cual no es muy común en niños de su edad. Este estilo de funcionamiento intelectual puede estar influyéndole en el sentido de no tener en cuenta los datos más obvios de su entorno, perdiendo en consecuencia eficacia en las situaciones en la que lo práctico es importante. Su ideación es flexible y manifiesta capacidad para organizar y estructurar la ambigüedad de forma realista, percibiendo lo convencional. Su nivel de aspiraciones es algo elevado, aunque no es un dato extraño en un niño de once años, que aún no es muy consciente de sus limitaciones.

...

Los elementos o signos de buen pronóstico evidenciados en el Rorschach pueden resumirse en: buen nivel de funcionamiento cognitivo; flexibilidad ideacional; óptima capacidad organizativa de su entorno; tendencia a la reflexión como estilo básico de respuesta ante los problemas; capacidad de demora e introspección; capacidad para percibir lo convencional (normas sociales) y ajustarse a ello; capacidad de establecer vínculos afectivos sanos, con un grado adecuado de interés por lo humano.

EJEMPLO 6: ESPECIFICACIÓN DE LOS DATOS DE OBSERVACIÓN

D.M.S. se mostró cooperador durante la administración del WISC, del Bender y del Rorschach. Al administrar el Test de Pata Negra con el fin de evaluar los aspectos de personalidad, el niño se opuso activamente a seguir las sugerencias de la examinadora. En esos momentos exhibió un comportamiento infantil, tapándose la cabeza con el brazo y dándole la espalda a la examinadora, verbalizando que tenía sueño y hambre, y que los cerdos no le gustaban.

Durante la entrevista de evaluación con él, el niño se mostró opositor ante cualquier pregunta dirigida a explorar sus sentimientos e intereses: se movía constantemente en el asiento, escondía la cara entre las manos, se echaba sobre la mesa, dándole pequeñas patadas a la examinadora, se levantaba y salía del despacho para volver a entrar al cabo de unos segundos, etc.

C.- PARTES FINALES: CONCLUSIONES

- * SUPONE UNA ELABORACIÓN POR PARTE DEL PSICÓLOGO/A CLÍNICO DE TODOS LOS RESULTADOS OBTENIDOS.
- * EL PSICÓLOGO/A TENDRÁ QUE PONER EN JUEGO TODOS SUS CONOCIMIENTOS SOBRE PSICOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO CLÍNICO, PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD, ETC., CONJUGÁNDOLOS CON SU EXPERIENCIA PREVIA.
- * DEBE REFLEJAR COMPETENCIA PROFESIONAL, FUNDAMENTANDO SUS CONCLUSIONES CON OBJETIVIDAD E IMPARCIALIDAD.

5.- DIAGNÓSTICO

- * IMPLICA UNA TOMA DE DECISIONES POR PARTE DEL CLÍNICO A PARTIR DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS A LO LARGO DEL PROCESO.
- * EXISTEN DISTINTOS NIVELES DE DIAGNÓSTICO. A VECES SÓLO ES POSIBLE REALIZAR UN DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO.
- * CUANDO EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO SEA PERTINENTE SE RECOMIENDA UTILIZAR LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN OFICIALES: DSM-IV O CIE-10.
- * EL DIAGNÓSTICO DEBE SER RAZONADO; ES DECIR, DEBEMOS ESPECIFICAR POR QUÉ UTILIZAMOS DETERMINADA ETIQUETA Y RECHAZAMOS OTRAS QUE CURSAN CON SINTOMATOLOGÍA SIMILAR (DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL).

6.- CURSO Y PRONÓSTICO

SE TRATA DE SEÑALAR, A JUICIO DEL EVALUADOR, LA EVOLUCIÓN DE LAS ALTERACIONES O TRASTORNOS QUE PRESENTA EL SUJETO.

7.- DECISIÓN TERAPÉUTICA

SEÑALAR SI EL SUJETO PODRÍA BENEFICIARSE DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, Y QUÉ ÁREAS SERÍAN PRIORITARIAS PARA INTERVENIR.

C.- PARTES FINALES: CONCLUSIONES (cont.)

EJEMPLO 7: DIAGNÓSTICO

Cumple los criterios del DSM-IV para F32.4 Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve, en remisión parcial.

Aunque cumple los criterios diagnósticos del Trastorno negativista desafiante (F91.3), se ha optado por el de depresión mayor por aparecer las conductas negativistas dentro de una constelación depresiva que incluye el comportamiento oposicionista. Esta decisión diagnóstica no debe interpretarse en el sentido de hacer hincapié en una sintomatología sobre otra. Por los datos obtenidos no parece pertinente el diagnóstico de trastorno disocial (F91.8). Su comportamiento ambivalente en las relaciones sociales no llega a los extremos que requiere el DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia, tipo inhibido (F94.1).

EJEMPLO 8: PRONÓSTICO

D.M.S. es un niño que se beneficiaría de la estabilidad emocional que una familia puede ofrecerle, teniendo en cuenta que si se plantea la adopción, ésta debe ser cuidadosamente supervisada debido a las experiencias de fracaso que ha vivido recientemente y que han incidido negativamente en su autoestima. También es importante tener presente las características de personalidad del niño, que hacen que sus conflictos emocionales los manifieste más mediante una acción directa, impulsiva, negativista y sumamente ambivalente, lo que puede llevar al deterioro de las relaciones si la familia no comprende el porqué de este comportamiento.

EJEMPLO 9: DECISIÓN TERAPÉUTICA

D.M.S. podría beneficiarse de un tratamiento psicológico que incidiera principalmente en el autocontrol emocional y en la expresión verbal adecuada de sus conflictos. En este punto conviene señalar las dificultades de aceptación de los límites por parte del niño y su defensa ante cualquier tipo de indagación directa, lo que podría en un primer momento alargar el tiempo de tratamiento, hasta que el niño perciba al terapeuta como una persona de confianza.

EL LENGUAJE DEL INFORME

EL LENGUAJE DEL INFORME DEPENDE DEL DESTINATARIO DEL MISMO Y DEL OBJETIVO POR EL QUE HA SIDO DEMANDADO.

- * UN INFORME DEBE ESTAR REDACTADO EN UN LENGUAJE CLARO Y PRECISO, SIN DEJAR DE SER TÉCNICO.

"En M. se evidencia la utilización de un control maternal analectivo que le permite conservar un control completo sobre su hijo, con un mínimo de inversión emocional". (lenguaje excesivamente técnico).

- * CUANDO ES PERTINENTE SE RECOMIENDA TRANSCRIBIR LO DICHO POR EL SUJETO, CON SUS MISMAS PALABRAS (USO DEL ENTRECORNILLADO).

M. manifiesta durante la entrevista: "Últimamente, desde hace varios meses, sólo tengo ganas de llorar, lloro por todo. Y cuando no estoy llorando me siento muy enfadada y le grito a todo el mundo".

- * ES RECOMENDABLE IGUALMENTE REDACTAR DETERMINADA INFORMACIÓN "EN POSITIVO", EN VEZ DE NEGAR "LO NEGATIVO", AUNQUE ESTO DEPENDERÁ DEL OBJETIVO.

"Las relaciones familiares son armónicas", en vez de: "No existe evidencia de que exista violencia ni maltrato en el seno de la familia".

- * EVITAR CAER EN EL LLAMADO "EFECTO BARNUN"; ES DECIR, EN LAS DESCRIPCIONES VAGAS, EVASIVAS Y CON ESTEREOTIPOS. SON AFIRMACIONES UNIVERSALMENTE VÁLIDAS DEL TIPO:

"El paciente experimenta ansiedad, manifestando algunas veces enfado y otras alegría".

"La madre del sujeto presenta una mezcla de sentimientos frente a la conducta de éste".