

DOCUMENTOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

AUTORA: CAROLINA LUNA



San Marcos

ÍNDICE

Introducción	3
Documentos de la evaluación psicológica	4
El consentimiento informado	5
Historia clínica	6
Aspectos generales de la historia clínica	7
Uso y manejo de la historia clínica	9
Bibliografía	14

INTRODUCCIÓN

En este eje revisaremos los elementos relacionados con el uso de documentos que forman parte de la evaluación psicológica, entre ellos el consentimiento informado y la historia clínica. Abordaremos también la llamada formulación de caso clínico, que además es el documento que permitirá organizar la información obtenida a lo largo del proceso evaluativo, y que cuyo resultado depende en gran parte, de las estrategias que se tuvieron en cuenta para recolectar la información del consultante.

Como vimos en el eje anterior, varias son las estrategias que debemos tener en cuenta a la hora de realizar la evaluación clínica. Se abordó la entrevista y sus componentes, al igual que las habilidades clínicas que se sugieren para que además se puedan desarrollar por el evaluador y poder llevar a cabo un proceso óptimo. También se mencionaron elementos como encuadre y rapport, y que tendremos en cuenta en este módulo para poder tener mayor comprensión de los elementos que se abordarán en este eje.

Documentos de la evaluación psicológica



Cuando se establece el contacto inicial con un consultante, son varios los aspectos que debemos tener en cuenta y que son importantes, así como lo es también, estructurar un orden y/o guía, de tal forma que se pueda realizar el procedimiento que sugiere la evaluación psicológica. En la primera sesión de evaluación cuando el paciente accede a la evaluación psicológica, recordemos que, inicialmente damos la bienvenida a la sesión y proporcionamos nuestros datos: nombre, profesión (en este caso psicología), años de experiencia cuando lo solicitan, aclaramos el modelo bajo el cual trabajamos (de manera breve y práctica) y le contamos cuáles serán los objetivos de esa primera sesión de evaluación. Dependerá de si el paciente viene remitido, asiste de manera voluntaria, asiste acompañado, etc. Posteriormente se explica el procedimiento de orden legal, en el que se menciona el uso de consentimiento informado y diligenciamiento de historia clínica. A continuación, se explica acerca del conocimiento y uso de este documento, que además conlleva una serie de consecuencias legales en caso de incurrir en una falla de orden ético. Así mismo, es el documento que puede respaldar el quehacer profesional en casos de tener que utilizar la información suministrada por el paciente (casos explícitos).

El consentimiento informado

Es un documento que al ser firmado por el consultante, da su aval al profesional en psicología para la realización de la evaluación psicológica y lo que derive de ella. A partir de este documento se pueden hacer diferentes actuaciones de orden legal: evaluación, intervención, remisión, elaboración de informes.

Para hacer el uso efectivo del consentimiento informado se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Antes de proceder a firmarlo, los profesionales brindarán de manera verbal, clara y concreta, información sobre el uso del mismo y los fines que tiene. Para el caso de atención de menores de edad, se deberá explicar a sus padres y/o acudientes; sin embargo, se sugiere que quien lo diligencie sean padre y/o madre. Cabe señalar que la información suministrada debe ser completa y contener elementos como objetivos evaluación, casos en los que la información confidencial debe ser quebrantada, posibles riesgos del proceso, etc.
- Debe ser firmado cuando se haya hecho la explicación pertinente y además, antes de iniciar el proceso de evaluación psicológica, es decir, bajo ninguna circunstancia, el profesional atenderá un caso clínico, sin haber diligenciado este documento. Lo anterior obedece a que una vez inicie proceso evaluación sin que haya explicado ni diligenciado el consentimiento, el profesional no podrá quebrantar la confidencialidad, dado que el paciente no recibió información sobre la misma, de igual forma, no estaría autorizado para continuar con el proceso de evaluación, pues no hay documento que lo respalde a él como profesional ni al consultante. En el caso en que un paciente se niegue al diligenciamiento de dicho documento, el profesional estará en su derecho de no realizar la atención psicológica.

- El consentimiento informado no podrá ser firmado por menores de edad (18 años), por personas bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva ni por problemas que presenten un tipo de discapacidad cognitiva o que se encuentren en estados de **interdicción**.

- Este documento es de uso exclusivo de la evaluación psicológica y debe reposar en la historia clínica (documento que se abordará en este eje).

- En caso de que el documento deba ser utilizado con fines académicos, y para ello se requiera hacer una sesión de grabación bien sea en audio y/o video, se deberá diligenciar un consentimiento adicional al explicado anteriormente, en el que se explicita la finalidad de la grabación y si fuera grabación de video, siempre se deberá proteger la identidad del paciente, por tanto se sugiere, grabar de tal forma que se pueda cubrir el aspecto facial del consultante. El diligenciamiento de este tipo de consentimiento de grabación, no excluye el diligenciamiento del consentimiento informado general.

- Cuando se haya finalizado tanto la explicación del consentimiento informado, como la respectiva firma, se procederá a la toma de datos personales del paciente y se registrará en el documento (o en caso de estar sistematizada se realiza desde ahí) de historia clínica. A continuación, veremos las generalidades de la misma y los datos que podría contener; sin embargo, cabe aclarar que no existe un modelo único de historia clínica porque depende de la insti-

tución prestadora del servicio, razón por la cual, tiene variaciones.

Interdicción

Estado de discapacidad cognitiva o trastorno clínico severo que presenta una persona y que, como consecuencia le impide tomar decisiones por sí misma.



Instrucción

Es momento de ver la animación disponible en la página principal del eje.

Historia clínica



Figura 1.

Fuente: Shutterstock/1150535084

El diligenciamiento o digitación de este documento permite, una vez termine la sesión de evaluación psicológica, analizar los datos obtenidos y poder direccionar el rumbo de las sesiones siguientes. Es importante aclarar que la historia clínica es un documento de carácter confidencial que reposará en la consulta, bien sea privada o de alguna institución prestadora del servicio psicológico.

Los datos que contiene la historia clínica se relacionan con los siguientes aspectos: datos sociodemográficos, condiciones sociales, culturales, económicos, áreas afectiva, familiar, laboral, de pareja, ambiental, antecedentes médicos, psicológicos, psiquiátricos, familiares, procesos médicos y los que considere pertinentes, tratamientos anteriores (bien sean psicológicos y/o de otra índole), así como evoluciones, diagnósticos, objetivos de tratamiento y estrategias a implementar, así como datos adicionales que se consideren importantes incluir.

La historia clínica se diligencia por una única vez (contacto inicial con el paciente) y en los documentos posteriores (documento de seguimiento o evolución) se registra información de lo que ocurre en cada sesión. En caso de que hubiese una remisión y/o cambio del profesional quien presta el servicio, la historia facilita conocer los elementos que se destacan en cada paciente y así como dar continuidad con el caso al igual que, evitar que el consultante deba someterse a la repetición de la información, que en algunos casos puntuales (abuso sexual, población víctima de conflicto armado, entre otras afectaciones) implica lo que se denomina **revictimización**.

Revictimización



Estado de alteración psicológica a la que un individuo se ve sometido cuando el profesional solicita el contexto histórico en el que ocurrieron los hechos que le generaron tal condición de malestar. Por ejemplo, solicitar que comenten lo sucedido en un caso de abuso sexual.

Aspectos generales de la historia clínica

- **Número de historia clínica:** hace referencia al número con el que se identificará al paciente en el contexto de la consulta psicológica. Cuando se trata de historias sistematizadas, generalmente el sistema otorga de manera automática un número que será único para ese consultante. Cuando se trata de la realización manual de la historia clínica, el número asignado corresponde generalmente al número de identificación del paciente, que puede ser cédula de identidad, cédula de residencia o pasaporte.
- **Datos personales del consultante:** tipo de documento de identidad, fecha de nacimiento, estado civil, edad, dirección, género, escolaridad, ocupación y datos de una persona con quien contactarse en caso de emergencia. Puede corresponder a la misma persona que sea el acompañante del paciente o el responsable puede ser diferente al acompañante.
- **Motivo de consulta:** es o son las razones por las cuales asiste un paciente a la consulta por psicología. Debe describirse en términos puntuales y en palabras del paciente. Ejemplo: paciente que asiste a consulta y reporta: “siento que desde hace algún

tiempo atrás no he logrado lo que quiero con mi vida”. La puesta de las comillas indica que, son sus propias palabras y basado en ello, tendremos que dirigir la sesión haciendo preguntas que busquen profundizar sobre este motivo de consulta expresado. Cuando se trata de varias preocupaciones, se buscará priorizar en orden de importancia y hacer el respectivo abordaje.

- **Antecedentes personales:** ocurrencia de situaciones que hayan sido determinantes para la vida del paciente.
- **Antecedentes familiares:** ocurrencia de situaciones que hayan sido determinantes para la vida de la familia del paciente. En este caso se evalúa existencia de situaciones de tipo médico, psicológico, psiquiátrico y farmacológico. Esto permitirá relacionar posibles **factores de predisposición** entre el problema identificado y la coincidencia con los antecedentes mencionados.
- **Examen del estado mental:** corresponde a la esfera que evalúa diferentes funciones mentales superiores, elementos de orden psicopatológico y así mismo la integración de dichos elementos con el diagnóstico.
- **Impresión diagnóstica:** posible trastorno psicológico identificado en el paciente. Bien sea por la ocurrencia de problemas psicosociales o de índole patológica. En este caso se utilizan los manuales de clasificación diagnóstica: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en las

versiones que la institución esté implementando.

- **Pronóstico:** se analiza si el paciente presenta factores protectores que favorezcan o por el contrario factores de riesgo que influyan en la adherencia y mantenimiento en el proceso psicológico.
- **Plan de tratamiento y estrategias de intervención psicológicas:** descripción del tratamiento psicológico elegido y las técnicas que de él pueden derivarse. Ejemplo: Terapia cognitiva de Beck, haciendo énfasis en el componente de la modificación de creencias periféricas en combinación con parada de pensamiento.
- **Habrará un apartado de observaciones** en el que se registra información que se considere importante y que no haya estado incluida en la que ya se encuentra registrada en la historia clínica. En este apartado también se debe incluir sugerencias frente al tema de remisiones, es decir, si se considera que es un paciente que deba ser remitido a otra disciplina como psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, etc.



Factores de predisposición

Elementos que se identifican en la evaluación psicológica, que hacen referencia a las condiciones de vulnerabilidad de un individuo y su relación con el problema identificado.



¡Recordemos que!

La historia clínica y el consentimiento informado son documentos que se encuentran dentro de un mismo folder y así mismo por cada asistencia a sesión por parte de un paciente, implicará el diligenciamiento de un seguimiento el que se reporte los elementos abordados en la sesión.

Finalmente, el diligenciamiento de la historia clínica lo debe realizar el profesional quien atiende la consulta, utilizando letra clara y legible, usando un esfero del mismo color (por lo general negro), al igual que evitar realizar algún tipo de tachón que genere usar a su vez, borrador de tinta (o corrector), lo que implica que no es permitido diligenciar la historia clínica en la posteridad; es decir, días después de la atención psicológica porque de hecho, la información sería reconstructiva y no tal cual cómo ocurrió. Además, si se tiene en cuenta la asistencia diaria a una consulta de psicología (al menos 5 pacientes), podría generarse retrasos en estas actividades, que corresponden al área administrativa. En cada finalización de la sesión, bien sea que corresponda a evaluación y/o intervención, el profesional deberá firmar la evolución del paciente.

Uso y manejo de la historia clínica

Para que el uso de la historia clínica sea efectivo, los documentos pertenecientes a la misma deberán ir ubicados en orden cronológico; sin embargo, también dependerá de los lineamientos establecidos en la entidad correspondiente. Así mismo, se debe definir si es el profesional quien

la podrá obtener de manera personal o si existe personal encargado de esta función. Usualmente, las historias clínicas también van con número de folio, que corresponden a las páginas que contiene dicho folder. Las evoluciones por su parte, son documentos que contiene los datos del paciente y espacio interlineado para que bien sea de forma escrita o digital, se pueda suministrar la información concerniente a lo que se realiza cada sesión.

La evolución es el proceso mediante el cual se trabaja sesión a sesión con el paciente, según los objetivos de evaluación o intervención terapéuticos planteados. El documento facilita la descripción de la información, así como el procedimiento realizado. Es bastante útil ya que en la práctica clínica psicológica, usualmente cuando el consultante ha cambiado de profesional en la institución en la que se le presta el servicio de psicología, el psicólogo puede acceder a la historia clínica y verificar el procedimiento realizado, evitando que el paciente esté en riesgo de volver a empezar el proceso psicológico.

La información que se consigna en la evolución, básicamente corresponde a lo que se trabajó durante la consulta psicológica, si le paciente asistió solo o acompañado (en caso de que ese acompañante hubiese ingresado a la sesión), tipo de información recolectada (dependiendo si es evaluación o intervención). Así mismo, en caso de plantearse actividades adicionales (uso de registros, ejercicios de intervención psicológica), es importante registrarlos también para que en la siguiente sesión pueda verificarse.

En caso de aplicar al consultante algún tipo de prueba psicológica, se deben registrar los resultados obtenidos y la posible interpretación, de igual forma, en caso de avances y/o involución que se observen en el consultante, deberán ser registrados también. Lo anterior obedece, a que en ocasiones cuando el consultante solicita informes o requiere de una copia de su historia clínica, toda la información concerniente a él, la podremos facilitar. De ahí que derive la forma en que nos refiramos a él y a su proceso, ya que el código de ética del psicólogo, se sugiere utilizar palabras que no denigren bajo ninguna circunstancia al paciente.

Ahora bien, recordemos que en los ejes anteriores se mencionó que en la evaluación psicológica se busca profundizar sobre el motivo de consulta, y así mismo, obtener la mayor información posible sobre el consultante en relación con la problemática identificada. Tengamos en cuenta que, tanto el consentimiento informado como la historia clínica y los documentos de evolución y anexos, pertenecen a la institución en la cual se preste el servicio psicológico y si es consulta particular, es el psicólogo quien guardará de manera segura, dicha documentación. Sin embargo, la información recolectada será tan amplia, que en la historia clínica se diligenciarán los datos generales que correspondan a la solicitud de cada ítem. Al respecto, recordemos que la formulación de caso clínico podrá contener toda la información recolectada, y permitirá organizar de manera coherente, los datos obtenidos en las sesiones de evaluación.



Figura 2.
Fuente: Shutterstock/202534549

Ahora bien, la formulación de caso clínico dentro del campo conductual ha sido ampliamente utilizada, pero ha tenido poco reconocimiento en el campo hospitalario y de diferentes contextos de salud, ya que el modelo de formulación corresponde a descripciones que distan del modelo diagnóstico (recordemos las diferencias entre modelo tradicional vs modelo conductual visto en los ejes anteriores), lo cual implica que la formulación de caso clínico sea implementada según el estilo profesional de cada psicólogo, es decir, podrá decidir si desea utilizar un modelo de formulación o no; sin embargo, la sugerencia siempre estará orientada a la organización de la información y el poder definir lo que será mejor para el consultante, lo cual conlleva inevitablemente al uso o al menos a la estructura desde el modelo conductual a uno de los modelos que se describirán más adelante y que se podrán abarcar en los módulos de profundización.

El principal interés que busca una formulación de caso clínico parte del análisis y la organización de la información que se obtiene durante la evaluación psicológica. Autores como Virués-Ortega y Haynes (2005), han postulado que la formulación de caso se encuentra relacionada con la identificación de la conducta problema y las posibles hipótesis que expliquen la problemática, al igual que busca disminuir el juicio personal que pueda tener el profesional respecto al caso. En ese orden de ideas, la formulación de caso no solo forma parte de una herramienta que utiliza un profesional en el contexto clínico, sino que permite, además, la adquisición y desarrollo de destrezas en la evaluación y entrevista psicológica.

La conceptualización acerca de la formulación de caso clínico inicialmente fue definida por Leonidas Castro como: *“Una metodología sistemática que permite formular hipótesis verificables, sobre relaciones funcionales y/o causales entre acontecimientos observados”*. Además a esto se agrega:

”

“Esto facilita identificar formas de modificación de los fenómenos de interés clínico; la formulación de hipótesis está basada en la información obtenida en el proceso de evaluación y se apoya en un cuerpo de conocimientos derivados de la investigación empírica, básica o

En Europa por su parte, la formulación de caso clínico se inicia como un proceso de toma de decisiones que incluiría actividades y manejaría un esquema que fue diseñado para responder a las necesidades del paciente. Por esta razón, surgió además, el desarrollo de hipótesis acerca del problema identificado, y cuyo desarrollo se centró en promover el fortalecimiento de habilidades clínicas. Hoy en día, con su implementación tanto en Europa como en América Latina, se busca que la formulación de caso clínico logre incrementar las habilidades clínicas obtenidas con anterioridad y desarrollar nuevas que permitan a partir de un esquema estructurado, poder dar respuesta a las demandas psicológicas de los consultantes.

Por otro lado, Haynes y O’ Brian (2003), proponen que la formulación de caso es de vital importancia para el modelo conductual, ya que con el aumento y uso deliberado de la implementación de protocolos clínicos (recordemos que el modelo conductual privilegia el modelo ideográfico) aplicados a pacientes con un diagnóstico similar favorecería, aun así, las características del consultante y el ambiente contextual que le rodea.

Desde el inicio de la conceptualización del modelo de formulación de caso clínico, han surgido diferentes modelos relacionados, cuyos objetivos son iguales; sin embargo, su forma de proceder y las características de la formulación varían. Como se mencionó anteriormente, una de las primeras aproximaciones hechas a la formulación de caso clínico fue propuesta por Castro y Ángel en 1998. En esta, se planteó incluir el modelo de la triple relación de contingencia de Skinner (si revisamos el módulo de intervención psicológica, encontraremos la conceptualización de la misma).

Dicha propuesta generó el describir los eventos antecedentes (lo que ocurre antes de que se presente la conducta), las conductas (recordemos que pueden ser motoras, fisiológicas, cognitivas-verbales), y las consecuencias (lo que sucede después de la presentación de las conductas, en este caso mediadas por los reforzadores bien sea positivos y/o negativos) y favoreció la observación entre el tiempo de ocurrencia de las mismas, generando lo que en psicología llamamos contingencia (es relación de dependencia entre la conducta y su consecuencia).



Ejemplo



Figura 3.

Fuente: Shutterstock/1048101109

En relación con lo anterior, la triple relación de contingencia, nos permite identificar la coherencia entre los eventos que ocurren, las respuestas generadas a partir de ellos y los consecuentes que operan y que de igual forma, logran mantener la conducta del paciente. Esto a su vez, facilita la predicción de la conducta, es decir, si se logra identificar los factores relacionados, podremos saber que si los eventos se siguen presentando de la forma en que ocurren (o similares), la conducta podrá ser la misma (o parecida), ya que se está generando una consecuencia que la mantiene. Por ejemplo: una madre que va con su hijo de 7 años al supermercado y cuando él desea un helado, ella inicialmente menciona que no es posible porque el niño acaba de desayunar, y posterior a su negativa, él emite una serie de comportamientos que se caracterizan por: tirarse y pegarle al piso, llorar y gritar. Su madre al ver estas conductas, opta por regañarlo, pero al

observar que además está siendo observada y el niño continúa con la presentación de estos comportamientos, entonces ella finalmente compra el helado al niño. Es suficiente con que esto haya ocurrido una única vez para poder anticipar que cuando ella vaya al supermercado con el niño, deba repetir la consecuencia otorgada (en este caso comprar el helado, que a su vez es refuerzo positivo porque brindó algo que al niño le resulta altamente atractivo). Con el ejemplo anterior, se hace referencia a la predicción de lo que podría ocurrir en una siguiente oportunidad.

A partir de la formulación de caso clínico inicial propuesto en Europa han surgido diferentes modelos en varios países, en los que se busca obtener información relevante al caso y generar a partir de ello, una relación de variables que pueden estar implicadas. En esto especialmente, radican las diferentes propuestas de formulación de caso clínico que a continuación se mencionan. Es importante señalar que en este eje, veremos las generalidades y elementos básicos que atañen a la formulación de caso; sin embargo, se abarcará de manera compleja, en el módulo de profundización.

Autor	Propuesta de formulación
Nezu y Nezu, 1997	La propuesta de formulación de caso clínico está basada en la solución de problemas.
Castro y Ángel, 1998	La propuesta de formulación de caso clínico está basada en el enfoque de procesos básicos.
Haynes y O'Brien, 2003	La propuesta de formulación de caso clínico está basada en un FACCM, un diagrama de vectores que presenta las distintas clases de relaciones funcionales resumidas. El modelo de formulación es Functional Analysis and Functional Analytic Clinical Case Model.
Ballesteros, Caycedo, Novoa, 2008	La formulación de caso clínico está basada en el bienestar psicológico desde el análisis del comportamiento.

Tabla 1. Modelos de formulación de caso clínico
Fuente: propia

BIBLIOGRAFÍA

Castro, L., & Angel, E. (1998). Formulación clínica conductual. VE Caballo (comp.) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 2, 3-69.

de Valderrama, B. P. B., Espinel, C. C., & Novoa, M. M. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL MARCO DEL ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO.

Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2003). Principles and practice of behavioral assessment. Springer Science & Business Media.

Muñoz, M. (2008). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, 284-319.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., & Haynes, S. N. (1997). Case formulation in behavior therapy: Problem-solving and functional analytic strategies.

Ministerio de Salud. (julio 8 de 1999). Resolución 1995 de 1999. [Por el cual se establecen normas para el manejo de Historia clínica]. DO: 43655.

Virúes-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5(3).



www.usanmarcos.ac.cr

San José, Costa Rica