

GUIA PARA LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA 2021

I. INTRODUCCION

La psicología Clínica es un campo heterogéneo de teorías y procedimientos, que está en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de análisis, reflexión, actualización y renovación constantemente.

El psicólogo Clínico, es el profesional que trabaja y se preocupa por promover la salud física y mental, que lo lleva a realizar investigaciones para encontrar la naturaleza o causas de estos y que cada vez tienden a perfeccionar su métodos de evaluación para hacer mejores diagnósticos y también desarrollar técnicas de tratamiento y prevención y así contribuir a lograr cambios significativos en la vida de las personas que acuden a ellos.

Dentro de su formación, además de conocer y entender la patología o anormalidad, para ayudar a las personas que acuden a la consulta a identificar y diagnosticar los problemas psicológicos que presenta, es sumamente importante e indispensable que el conocimiento del ser humano sea desde un punto de vista más amplio que abarque no sólo su problema o trastorno, sino todos aquellos elementos que son necesarios para su mejor comprensión, tomándose como base sus antecedentes personales, familiares, el ámbito socio cultural en el que se desenvuelve, su estado actual en cuanto a funcionamiento de sus facultades psicológicas superiores, el cómo responde a los reactivos que se le somete, etc, en sí todos aquellos aspectos que de una u otra forma influyen en su comportamiento y por lo tanto en la integración y/o desarrollo de su personalidad.

Al igual que otras profesiones de la salud mental, el psicólogo clínico debe manejar conceptos de lo que es la evaluación clínica y dominar términos que se manejan en ese campo y muy especialmente debe tener un amplio conocimiento en todos aquellos factores que intervienen en el origen de la conducta mal adaptativa, del malestar psicológico y del trastorno mental, por lo que la evaluación psicológica exige el uso coordinado de técnicas y campos muy diversos, como por ejemplo conocer sobre elementos de evaluación física, biomédica, psicológica y también sobre medidas y técnicas de evaluación ambiental y del contexto, dándole énfasis en la evaluación clínica psicológica que tiene que ver con la índole del proceso, tipo de trastorno o problema y el propósito de la intervención.

Es por lo que se hace sumamente necesario e importante convertirse en un experto en el conocimiento y manejo de personas con trastornos mentales, enfermedades médicas, problemas de ajuste, adaptación, pérdida o simplemente con deseos de actualización, superación personal o para la toma de decisiones difíciles o dilemáticas, para lo que debe contar con el manejo de una serie de técnicas derivadas de la psicología y dentro de ello registrar en un documento que sirva para tener ese conocimiento que ayudará a establecer una secuenciación del desarrollo de la persona hasta el momento actual, para luego llegar a una comprensión del problema y elaborar un diagnóstico psicológico, resaltando los rasgos de su perfil de personalidad y en base a ello a establecer un plan de intervención psicoterapéutico, con el fin de llevarlo a un cambio.

La elaboración de la HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA, se convierte en un documento de gran ayuda para conocer y comprender a toda aquella persona que por una u otra circunstancia puede presentar algún desajuste emocional o en su defecto requiera de la intervención especializada del Psicólogo. Pero no sólo basta comprender que es necesario confeccionar una Historia Clínica Psicológica, sino que tenemos que pensar que se necesita un entrenamiento especial, el redactarla es todo un arte y una técnica que requiere por lo tanto de un conocimiento y cultura por parte de quien la elabora, para que pueda estudiar la biografía del sujeto captando su individualidad, subjetividad y lo esencial de él y además se requiere de pericia, método y buen trato para poder:

1. Abordar al paciente y los informantes con naturalidad, cortesía y seriedad, sin causar ni hacer sentir curiosidad al averiguar su vida, ni adoptar actitudes que desvirtúen el fin al que nos lleva la elaboración de la Historia Clínica.
2. Verificar la veracidad de cada uno de los datos que son obtenidos, tratando de apelarse a la confrontación con la realidad, dando mayor credibilidad a las fuentes más próximas a los hechos que se juzgan y en caso de duda o aparente contradicción, consignando su procedencia y transcribiéndolo entre comillas.
3. Evitar la formulación de preguntas sugestivas que ya de antemano conllevan una respuesta dirigida, p.e. ¿Es verdad que Ud. tiene problemas familiares? ó ¿Tiene Ud. mala memoria?.
4. Consignar las fechas y los nombres exactos o de lo contrario anotar que no se ha podido recoger datos exactos.
5. Realizar su redacción en forma clara, precisa y sencilla, evitando el uso exagerado de nombres técnicos o genérico, o de antemano ya estar realizando calificación o tipificación inmediata de la sintomatología sin que se tenga un conocimiento más profundo y amplio, por ejemplo no se debe consignar que es una persona deficiente mental o que presenta alucinaciones, o que tiene manifestaciones psicóticas. Lo que se recomienda es dar un relato descriptivo, minucioso, penetrante y tener una buena redacción en la confección de la historia clínica del paciente.

La historia clínica podríamos definirla como el documento confidencial, donde se realiza un registro completo de todo paciente que atendemos desde la primera vez; donde establecemos un diálogo de tal forma que se le conozca y

comprenda como una persona que sufre, que requiere de nuestra ayuda, generando así una relación psicólogo-paciente de considerable valor terapéutico.

La Historia Clínica Psicológica es por lo tanto un documento sistematizado, de gran importancia, que se obtiene por medio de la entrevista personal con el paciente y los informantes o acompañantes y nos lleva a registrar todos los datos referentes a la persona que se está evaluando.

En la elaboración de la Historia Clínica se toma en cuenta las contribuciones que pueden dar otros profesionales de las ciencias de la salud y todos aquellos registros o documentos que tengan que ver con el paciente y se convierte en el elemento más importante en la formación del futuro psicólogo clínico y en un documento necesario para el conocimiento del ser humano que se está estudiando.

En líneas generales, la historia clínica, se convierte en un documento sumamente importante porque que guarda los datos psicobiográficos, familiares que intervienen en la vida del paciente y donde la parte que corresponde a historia de la enfermedad actual juega un papel importante debido a que se condensa en un resumen y consecuencia de lo anterior, todo ello unido a los diferentes tipos de exploraciones: psicopatológicas, psicométricas y proyectiva y que al formar una unidad clínica te van a llevar a un diagnóstico psicológico y/o de personalidad y a un tipo de intervención o tratamiento, conformando los principales apartados de una completa historia de la persona que recurrió a nosotros en busca de ayuda. Sin olvidar la importancia de los antecedentes (somáticos, psicosomáticos y psiquiátricos) sean o no patológicos.

II ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA:

1. ANAMNESIS:

- Datos de Filiación
- Motivo de Consulta
- Historia de la Enfermedad Actual
- Antecedentes personales (desde el nacimiento hasta la actualidad).
- Antecedentes Familiares.

2. EXAMEN MENTAL O PSICOLOGICO

3. INFORME PSICOMETRICO

4. INFORME PSICOLÓGICO

5. INFORME PSICOTERAPÉUTICO.

1.- ANAMNESIS: que también significa interrogatorio, se inicia con la primera entrevista y es la que decide si se debe o no seguir el proceso de evaluación y por lo tanto implica una aptitud y un conocimiento en el manejo de la entrevista, para lo que se tiene que seguir un procedimiento secuenciado donde se recopilan los datos relevantes de la vida del paciente y que se inicia consignando datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, todo ello nos permite tomar un contacto con la persona que viene a consulta que es un ser que sufre o que tiene conflictos, que se ha desarrollado en un contexto, que ha vivido una serie de experiencias, vivencias que además del acontecimiento actual, influyen en su vida y por lo tanto nosotros debemos afrontarlo no como un caso u objeto sino entenderlo y comprenderlo como un ser humano.

¿Cómo podemos analizar, el elaborar la anamnesis? requiere pues de un entrenamiento y conocimiento de lo que es elaborara una entrevista la que está acompañada de datos provenientes de la observación que se va ejecutando durante ese proceso, dirigir y establecer un plan de interrogatorio el que debe llenar varias condiciones:

1. Proporcionar un medio para el conocimiento del paciente como un ser humano individual, actuando en un medio ambiente definido, es decir poder comprenderlo como una personalidad.
2. Obtener todos los datos necesarios para una buena anamnesis.
3. Ser fácilmente aplicable, evitando el dar la impresión de un interrogatorio judicial.
4. Permitir la discusión de tópicos “difíciles” entre los que se encuentra, en primer término, la cuestión sexual.
5. Tener en cuenta el factor tiempo.

Una de las objeciones que se hace a la anamnesis es la demanda de tiempo, pero el “perder” unas horas nos permite ganar muchas, para llegar a un diagnóstico adecuado y establecer un tratamiento apropiado, además de tener en cuenta el efecto terapéutico que ejerce en el paciente el dedicarle ese tiempo.

Los esquemas de la anamnesis varían de profesional a profesional, de modelo a modelo, pero lo importante es tener presente, que en nuestra especialidad es una guía para que logremos hablar el mismo idioma o mejor dicho entendernos mejor, todo en bien de la persona que estamos evaluando.

Es importante tener presente que durante el transcurso de su elaboración debemos dejar hablar al paciente sin forzarle a un ritmo cronológico y muchas veces se debe respetar que la persona se manifieste espontáneamente en un primer periodo.

Otro aspecto que se debe considerar y recordar, es que al mencionar anamnesis no es decir lo mismo que historia clínica, y mucho menos son sinónimos, la anamnesis es una parte más de la historia clínica y donde también se incluyen otras, como son la exploración del estado mental, elaboración de la evaluación de la aplicación de las pruebas psicológicas, el informe psicológico con su respectivo diagnóstico y pronóstico y el plan de intervención con su informe psicoterapéutico.

Antes de desarrollar cada uno de los apartados que son importantes ampliar para el conocimiento y elaboración de la anamnesis por parte del estudiante de psicología, queremos manifestar nuestra preocupación por la falta de secuenciación en su redacción y narración que presenta los que la ejecutan, lo que dificulta todo tipo de investigación, por lo que en los últimos años se está tratando, académicamente, de seguir una guía general, protocolizar, para crear así un sistema uniforme o estructurado, dirigidos a una secuencia lógica que permita conocer el desarrollo de la personalidad del evaluado lo que nos permitirá analizar, interpretar y establecer el perfil psicológico mediante un diagnóstico de personalidad mejor estructurada, más comprensible y que sirva de ayuda y conocimiento general de todo aquel profesional que desarrolle este tipo de exploración, permitiendo a su vez que todo aquel que la lea le sea comprensible y de ayuda.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, pasaremos a desarrollar los temas básicos y alrededor de los que girará nuestro interrogatorio:

PRIMERA SESIÓN

- **Datos de Filiación:** e identificación del paciente, consignando nombres y apellidos, los que se indicaran en iniciales, cuando la presentación del informe será de manejo educativo o difusión pública, seguidamente se indicará edad, sexo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación, religión, informantes, fecha de evaluación, lugar de la evaluación y nombre del examinador.
- **Motivo de Consulta:** Se establece en el primer contacto que tenemos con el paciente y está determinada por la molestia, preocupación o problema por el que solicita de nuestra intervención, es donde el psicólogo debe prestar bastante atención en lo que relata el paciente, tratando de registrar casi textualmente lo que dice sin interpretar ya que así, sabremos cómo ha percibido los acontecimientos que le afligen o preocupa. Este primer contacto con el paciente es muy importante para que se decida el proceso de evaluación y una vez definido el mismo debemos identificar los datos

saltantes que se relacionan con el lenguaje corporal (signos) y los comportamientos que nos refiere (síntomas) y en base a ello establecer las hipótesis o presunciones diagnósticas, que dirigirán nuestro proceso de valuación,

Se puede iniciar preguntando: ¿Qué le pasa? , ¿Qué le está sucediendo?

¿En qué podemos servirlo y/o ayudarlo? para que así el paciente relate sus molestias o el acompañante especifique que es lo que tiene su paciente. En caso de que sea el acompañante el que de los datos, seguir la misma consigna.

En resumen podemos decir que en el Motivo de Consulta el relato debe ser breve y preciso de lo que le pasa o sucede al paciente o lo que refiere el acompañante, evitando hacer interpretaciones o tipificaciones.

Se busca establecer:

- Contenido Manifiesto: lo que dice el paciente
- Contenido latente: es el pedido de ayuda del paciente y que no está manifestado conscientemente.

El motivo de consulta del paciente, significa explorar:

- La razón por la que el paciente decide consultar a un terapeuta
 - El grado de “conciencia de enfermedad”
 - La correspondencia entre motivo del paciente y criterios clínicos:
Signos y síntoma que generan angustia.
 - Establecer las hipótesis o presunciones diagnósticas para que en base a ello orientemos la exploración clínica.
- **Historia de la enfermedad actual o del problema actual:** En esta parte se precisa el problema por el que asiste a consulta. La exploración debe ser secuenciada iniciándose por las primeras manifestaciones o molestias que llevaron al paciente a la consulta Se considera desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas actuales, (que son referidos en el motivo de consulta) especificando el tipo, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo, si cursaron con mejoría espontánea, si ha precisado o no asistencia psicológica, psiquiátrica previa, si ha recibido tratamiento p.e. psicofarmacológico (anotar el tipo de psicofármacos) y el efecto producido (tanto terapéutico como secundarios o indeseables). Este punto es importante para ubicar el tiempo de inicio de los problemas que presenta la persona atendida y podemos ayudarlo realizando las siguientes preguntas:
 - a) ¿Desde cuándo usted se siente mal?, muchas veces la persona suele manifestar no con la fecha de inicio sino con la primera vez que solicitó ayuda, entonces se le puede agregar:

- b) ¿Estaba usted bien, completamente bien, antes de esa fecha? y es aquí muchas veces que recuerda que ya antes había estado sintiendo algo, entonces podemos insistir
- c) ¿Recuerda usted cuando sintió la primera molestia o malestar? Y es más podemos seguir
- d) ¿Dónde estaba usted cuando lo sintió?, ¿Qué estaba haciendo?, ¿Sucedió algo ese día o el día anterior?, estas preguntas nos llevan a investigar la posible causa ya sea por factores físicos o traumáticos o factores psicológicos, emocionales, cambios de situación, etc. y esto nos da oportunidad para conversar en forma más amplia y ubicar así el momento en que se inició el problema.
- e) ¿Qué hizo entonces? Esta nos informará sobre la actitud que tomo la persona ante su problema y ver si le dio o no importancia y si requirió de la ayuda de algún especialista, es importante tener aquí presente también la opinión de los informantes o familiares más cercanos.
- f) ¿Cómo siguió?, es importante la respuesta a esta pregunta porque nos permite obtener datos de si tuvo tratamientos, las fechas, si hubo mejoría, recaídas, tratando de precisar las últimas y así vamos a poder establecer paralelismo entre los factores exteriores y el problema mismo.
- g) ¿Qué es lo que siente Ud. ahora?, para valorar su estado actual y cuando ya no manifiesta más podemos concluir ¿algo más?. Al terminar todo este interrogatorio nosotros ya debemos tener una idea clara del desarrollo del problema, los tratamientos seguidos y la actitud de la persona durante ella.

Es importante considerar que estos dos puntos, motivo de consulta y antecedentes del problema, juegan un papel trascendental en la comprensión del problema principal del paciente y dirigir luego la exploración de la biografía personal y familiar, así como nos permiten precisar las hipótesis o presunciones diagnósticas y además dirigir la entrevista hacia una mejor orientación en la exploración de las funciones psicológicas y la aplicación de pruebas psicológicas.

Hipótesis y/o presunción diagnóstica

A medida que se va recabando la información, en esta parte, el clínico se irá planteando permanentemente presunciones diagnósticas que oriente su evaluación, que una vez analizados todos los datos recogidos, se construye una hipótesis de diagnóstico que comprenda:

- Identificarlos signos y síntomas,
- Establecer en base a los anteriores los posibles rasgos de personalidad

- Establecer una entidad que organice los datos en torno a alguna categoría clínica: alteración, disfunción, trastorno, síndrome, reacción y/o enfermedad, etc....
- Establecer la estructura y organización de personalidad del paciente,
- Elaborar un juicio sobre las relaciones del cuadro clínico y la estructura de personalidad ,
- Establecer el ambiente familiar en el que se desenvuelve el paciente.

SEGUNDA Y TERCERA SESION

• ANTECEDENTES PERSONALES

Además de estudiar el problema actual del paciente y su situación vital presente, es necesario conocer lo acontecido desde su nacimiento hasta la actualidad, importante para estudiar el desarrollo de su personalidad. Es en esta parte donde se mencionan los distintos antecedentes personales y familiares, ordenados según su naturaleza para lo cual elaboraremos la historia personal del sujeto y para una mejor comprensión y orden se suele dividir en las partes que conforman el Período del Desarrollo desde la concepción, infancia, adolescencia y vida adulta, por lo que con fines académicos es importante seguir los pasos de la estructura de anamnesis.

Se considera importante explorar y relatar desde la concepción de la persona evaluada, investigándose sobre el proceso de embarazo o gestación, los que se denomina Etapa prenatal, para luego explorar sobre el proceso del nacimiento, el parto que se considera la etapa natal y luego entrar al conocimiento del desarrollo del sujeto denominándose la etapa posnatal.

Es significativo considerar que en la adolescencia el individuo empieza a desarrollar la independencia de los padres mediante otras relaciones con amigos. Se deben establecer los valores de los grupos sociales del paciente y determinar si los padres eran o no figuras idealizadas. Se relaciona con el punto anterior por lo que se debe explorar la vida escolar del paciente, su participación en actividades de grupo, relaciones con compañeros y profesores, relato que, para guardar secuencia, se consigna en el punto anterior. Debe preguntarse por hobbies, áreas de interés, etc. También es importante averiguar sobre el desarrollo de la identidad y de la vida sexual del sujeto. En resumen no se pueden pasar por alto las siguientes áreas: Relaciones sociales, historia escolar, desarrollo cognoscitivo y motor, problemas físicos y emocionales y sexualidad

Cuando consignemos los datos de la vida adulta se debe considerar la historia ocupacional del paciente, la formación y prácticas requeridas, los conflictos relacionados con el trabajo, y las ambiciones y objetivos a largo plazo. Se debe explorar los sentimientos que tiene con respecto a su trabajo actual, las relaciones con compañeros, jefes o empleados, y describir la historia laboral (número y duración de los trabajos que ha tenido).

También es importante preguntarle por las relaciones de pareja, su historia marital, la religión que posee, sus actividades sociales, su situación vital actual, la historia legal, sexual y familiar, y finalmente sobre sus proyecciones futuras en todos los ámbitos, sus sueños y fantasías. Recreación en la vida adulta, “Hobbies, cine, teatro, etc.” Para lo que consignamos los siguientes puntos:

A continuación desarrollaremos cada uno de los pasos a seguirse en el relato de la psicobiografía de la persona evaluada:

Periodo del Desarrollo

Nacimiento Neonato	Infancia	Pubertad Adolescencia	Antecedentes Mórbitos	Historia Familiar
				

Etapa Pre-natal

Aquí se analiza la naturaleza de la situación familiar en la que nació el paciente, y si se trato de un hijo deseado y planeado

- ¿Sufrió la madre problemas de salud durante el embarazo?
- ¿Tomaba alcohol u otras sustancias la madre durante el embarazo?
- ¿Hubo problemas en el embarazo o el parto?
- ¿Hubo alguna prueba de lesiones o defectos de nacimiento?
- ¿Cómo era el estado emocional y psíquico de la madre cuando nació el paciente?

Embarazo o Gestación: se debe tener presente edad de los padres, estado de salud, actitud de ellos hacia el feto, saber si fue o no deseado, luego hay que averiguar accidentes o traumatismos, como amenazas de aborto, suceso como exposición a R.X, enfermedades (rubéola, infecciones

que requirieron la ingesta de medicina fuertes que pueden afectar el desarrollo de la gestación) traumatismos físicos y psicológicos, puesto que es muy importante el estado emocional de la madre durante el periodo de espera, teniendo especial cuidado en detallar en que periodo se produjeron dichos incidentes, pues si bien es cierto que es importante todo el periodo de gestación, el primer trimestre lo es más.

Etapas Natal

Parto: aquí es importante considerar desde el inicio de los primeros dolores y la duración de estos hasta el periodo de expulsión, con la finalidad de valorar el nivel de oxigenación que va perdiendo el niño durante ese periodo, también se debe tener presente, si la madre requirió de alguna ayuda farmacológica para inducir el parto, el estado actual de la madre tanto físico como emocional es importante tenerlo en cuenta. La utilización de instrumentos mecánicos, como p.e. fórceps, la presentación del feto si es podálica, de pies, circular de cordón, etc., preguntar si lloró inmediatamente, coloración, para lo que se debe averiguar el Apgar, el peso y si requirió de incubadora o de alguna otra ayuda inmediatamente después de periodo de expulsión, así mismo preguntar por la coloración del líquido amniótico.

Etapas Post natal.

Consideraciones generales:

- Es importante establecer la calidad de interacción madre – hijo durante el aprendizaje de comer y controlar esfínteres, y la existencia de problemas en cualquiera de esas áreas.
- Trastornos precoces del sueño y síntomas de necesidades no atendidas, tales como golpearse en la cabeza o mecerse pueden indicar privación interna o discapacidades del desarrollo.
- El psicólogo debe además construir la historia de constancia humana durante los tres primeros años. ¿Hubo alguna enfermedad médica o psiquiátrica en los padres que pudo haber influido en la interacción padres – hijo? ¿Cuido del paciente alguien que no era su madre? ¿Tuvo el paciente demasiados problemas en esta etapa por ansiedad ante los extraños o por ansiedad de separación?.
- Debe también analizarse la relación entre el paciente y sus hermanos o hermanas, si los hubiera.
- La personalidad emergente del niño es también un tema de crucial importancia. ¿Era el niño tímido, inquieto hiperactivo, reservado, estudioso, extrovertido, atlético, cariñoso?.

Desarrollo Psicomotor:

Se debe incidir en el desarrollo motor y emocional del niño, a qué edad controló la cabeza, se sentó con ayuda y sin apoyo, cuando empezó a

jugar con sus manos, sostuvo el biberón, se paró, gateo, camino, sus primeras palabras, sonrisa, sociabilización, participación en fiestas familiares, de amiguitos, apego, si fue un niño enfermizo, cuidado de juguetes, si comparte, etc.

Aquí es importante indagar sobre el control de esfínteres: anal y vesical, por ejemplo ¿hasta qué edad se orinó durante el día?, ¿hasta qué edad se orinó en la cama?, y alrededor de este tema averiguar la manera cómo el control de la eliminación fue obtenido

Síntomas neuropáticos. Es importante explorar, si ha tenido pesadillas, sonambulismo, somniloquios, pavores nocturnos y reacción de los padres ante ellos, si se chupo el dedo, si se comía las uñas, si presentó pataletas, rabieta, con qué motivo, espasmos del sollozo, temores a estar solo, lugares oscuros, animales, etc.

Etapas Pre-Escolar y Escolar:

Edad en que ingresó al colegio, considerándose los años pre-escolares, el ir al colegio el niño por primera vez enfrenta la realidad “social”, ya que fuera del hogar debe realizar su primera adaptación y sus reacciones, por lo tanto son importantes. Si ellas no quedan definidas se puede preguntar:

- ¿Le gustaba ir al colegio? ¿Por qué?
- ¿Tenía muchos amigos?: juegos, amistades, tendencias a ser el líder o seguir a los otros, se debe investigar cómo era su reacción social. Si hubo cambios de colegio y por qué.
- ¿Cómo fueron sus años primarios?: rendimiento, quejas, cursos preferidos, cursos difíciles, participación en clase, en actividades del colegio, relación con sus compañeros, dentro del aula y fuera de esta, recreos, etc.
- ¿Cómo fueron sus años secundarios?: rendimientos, cursos preferidos, no preferidos, por qué, participación y las mismas indicaciones que en el rubro anterior, incidiendo en las preferencias vocacionales si las presentó o no.

Entonces diremos que debemos precisar Como era su progreso académico, adaptación a la escuela, relación con los profesores, (sumisión al profesor o rebeldía), estudios y áreas de interés favoritas, habilidades o factores positivos particulares, actividades extracurriculares, deportes, hobbies, relación entre posibles síntomas y problemas con respecto a un periodo social.

- **Desarrollo Cognoscitivo y Motor**

Aprendizaje de la lectura y otras habilidades intelectuales o motoras, disfunciones cerebrales menores, problemas de aprendizaje como se manejaron y de qué manera afectaron al niño.

- **Problemas Físicos y Emocionales**

Pesadillas fobias, masturbación, enuresis nocturna, huidas de casa, delincuencia, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias, anorexia, bulimia, problemas de peso, sentimientos de inferioridad, depresión, intenciones o actos suicida acontecidos durante esta etapa.

- **Historia Educativa**

- El Psicólogo necesita tener un retrato claro de la formación del paciente.
- Con esta información puede detectarse claves sobre el bagaje social y cultural del paciente, su inteligencia, su motivación y cualquier tipo de obstáculos para obtener sus objetivos. Por ejemplo, si el paciente procede de un medio desfavorecido y nunca tuvo la oportunidad de asistir a las mejores escuelas y sus padres no completaron los estudios básicos, **demuestra una gran fortaleza de carácter, inteligencia y una enorme motivación si consigue culminar su etapa escolar.**
- Un paciente que abandono el colegio por motivos relacionados con la violencia y la droga demuestra creatividad y determinación al apuntarse a la escuela nocturna para obtener el título de educación secundaria, compatibilizándolo con su trabajo como asesor de drogadicción por la mañana.
- ¿Cuánto tiempo asistió el paciente a la escuela? ¿Cuál fue la titulación máxima que obtuvo? ¿Qué le gustaba estudiar al paciente y como eran sus resultados académicos? ¿Hasta cuándo estudiaron los demás miembros de la familia y como fue su grado de aprovechamiento comparado con el suyo? ¿Cuáles son los sentimientos del paciente en lo relativo a lo académico?.
- Averiguar si continuó otros estudios después de terminado el colegio y establecer el mismo interés de todo su comportamiento durante esta etapa.
- Resulta útil explorar la historia escolar del paciente, sus relaciones con los profesores, estudios y áreas de interés favoritas, tanto en el colegio como en áreas extracurriculares.
- En el caso de que se han seguido estudios técnicos o superiores, también se debe explorar.

Desarrollo y función Sexual: Consideraciones Generales

- La mayor parte de la historia sexual infantil no es recuperable, aunque muchos pacientes son capaces de recordar detalles y juegos sexuales del periodo entre 3 a 6 años.
- El Psicólogo debe preguntar al paciente sobre cómo se informo de la sexualidad y como percibía la actitud de sus padres hacia el desarrollo sexual.
- También puede preguntarse si el paciente sufrió abusos sexuales en la infancia
- La aparición de la pubertad y los sentimientos del paciente hacia ese suceso fundamental en la vida es un tema muy importante.
- También es significativa la historia masturbadora adolescente del paciente, incluidas la naturaleza de sus fantasías y sus sentimientos al respecto
- Se deben describir con detalle las actitudes del paciente hacia el sexo.
- ¿Es el paciente vergonzoso, tímido agresivo? ¿Necesita impresionar y alardear de sus conquistas sexuales? ¿El paciente experimenta ansiedad en su sexualidad? ¿Es promiscuo? ¿Cuál es su orientación sexual?

Aspectos Fisiológicos:

Sexo Masculino: a qué edad comenzó a percibir la diferencia de sexo, cómo se dio cuenta de esa diferencia, edad en que se empezó a tener cambios corporales, cambio de voz, cuando se afeitó por primera vez. Si presentó masturbación, edad de comienzo, frecuencia, duración y actitud hacia ello. Si presentó fantasías sexuales. Edad de comienzo de las relaciones heterosexuales características y frecuencia. Averiguar si hubo relaciones homosexuales, poluciones nocturnas, enamoramientos, etc.

Sexo Femenino: a qué edad comenzó a percibir la diferencia de sexo, cómo se dio cuenta de esa diferencia, edad de la menarquia (aparición de la menstruación), régimen catamenial (ritmo, cantidad y duración de la menstruación. Preguntar por síntomas premenstruales, comenstruales y posmenstruales. Si presentó masturbación, edad de comienzo, duración, frecuencia y actitud hacia ella, fantasías sexuales. Enamoramientos, características. Edad de inicio de relaciones heterosexuales, características y frecuencia, si hubo relaciones homosexuales.

Aspecto Psicosexual y vida matrimonial:

Tanto en el varón como en la mujer es importante consignar intereses, curiosidades, apetencias, juegos tanto en la infancia como en la adolescencia. Las adhesiones fuertes o rechazo hacia alguno de los padres o con otros miembros de la familia, actitud de independencia o de subordinación con relación a la familia. Irregularidades sexuales, desengaños amorosos, seducción, prostitución, razones para casarse o para conservar la soltería, trato dado al cónyuge (abuso, abandono, separación, deslealtad, divorcio, etc.)

- La historia sexual debe incluir cualquier síntoma sexual, tales como anorgasmia (ausencia de orgasmo en el coito), vaginismo, impotencia, eyaculación precoz o retardada, falta de deseo sexual y parafilias "perversiones sexuales"(por ejemplo sadismo sexual, fetichismo, voyerismo).
- El tema del ajuste sexual debe incluir la descripción de cómo se suele iniciar la relación sexual, la frecuencia, preferencia, variación y técnicas sexuales utilizadas.
- Suele resultar apropiado preguntar si el paciente mantiene, o ha mantenido, relaciones extramatrimoniales y, en ese caso cuales fueron las circunstancias y si su pareja lo sabía.
Si la pareja lo sabía, el psicólogo debe pedir al paciente que describa lo que ocurrió. Es tan importante conocer los motivos subyacentes a la relación extramatrimonial como los efectos que produjo sobre el matrimonio.
- Las actitudes respecto a la contracepción y la planificación familiar son importantes ¿Qué sistema de contracepción utiliza el paciente? Sin embargo, el psicólogo no debe asumir que el paciente utilice algún método de control de la natalidad.
- El psicólogo debe preguntar si el paciente quiere mencionar otras áreas del funcionamiento sexual o de sexualidad. ¿El paciente está informado sobre el sexo seguro? ¿El paciente sufre alguna enfermedad de transmisión sexual, como SIDA o herpes? ¿El paciente está preocupado por la posibilidad de ser seropositivo?

Matrimonio, En el caso de ser casado o conviviente: indicar edad en que se caso, actitud, convivencia, número de embarazos, abortos, hijos. En caso de no estar casado, indicar desde cuándo convive, edad, embarazos, hijos, abortos. Si ha tenido varias parejas, especificar cuántas, tipo de relación, duración, motivo de separación.

Tanto en el hombre y la mujer establecer el uso sobre prácticas anticonceptivas. Edad en que se casó, número de hijos. Si presento cambios en la potencia sexual duración.

Edad de comienzo de la menopausia (mujer), andropausia (varón), los síntomas que la precedieron, acompañaron y siguieron. Es importante indagar si existió o hay violencia doméstica.

Vida marital y de relaciones

- En esta sección se debe analizar la historia de cada pareja, legal o de hecho.
- También deben incluirse las relaciones con personas con las que el paciente haya vivido durante un periodo prolongado.

- La historia del matrimonio o de una relación larga debe proporcionar la evolución de la relación, teniendo en cuenta la edad del paciente cuando se inició la relación.
- Deben describirse las áreas de acuerdo o desacuerdo _ manejo del dinero, problemas con la vivienda, los papeles asumidos por cada uno, las actitudes hacia la crianza de los hijos.
- Otro tipo de preguntas podrían ser:
 - ¿El paciente mantiene en la actualidad una relación estable?
 - ¿Cuál es la relación más larga que el paciente ha mantenido?
 - ¿Cuál es su calidad de la relación más larga (por ejemplo, la experimentada como satisfactoria o inadecuada)?
 - ¿Qué es lo que busca el paciente en su pareja?
 - ¿Se siente capaz el paciente de iniciar una relación o acercarse a alguien por quién se siente atraído o que le parece compatible?
 - ¿Cómo describiría el paciente su relación actual en términos de cualidades positivas o negativas?
 - ¿Cómo percibe el paciente los fracasos anteriores en términos de comprensión de lo que no funcionó y de quien fue la culpa, si es que la hubo?

Historia de la recreación y de la vida:

Se debe averiguar juegos desde la niñez, niños con los que jugaba, sexo preferido, voluntad o disposición para hacerse de amigos, iniciativa o esperaba a que lo busquen, popularidad, intentos de dominar. Deportes preferidos. Concurrencia al cine. Explorar si se ha presentado cambios en su desenvolvimiento socio-emocional al empezar la etapa de la adolescencia.

El Psicólogo debe tratar de establecer los valores de los grupos sociales del paciente y determinar si los padres eran o no figuras idealizadas. Esta información proporciona claves sobre la auto-imagen idealizada emergente del paciente.

El Psicólogo debe preguntar al paciente sobre su participación en actividades deportivas y hobbies e informarse sobre cualquier tipo de problema emocional o físico que pudiera haberse manifestado por primera vez en esta fase.

• Relaciones sociales

Actitud hacia hermanos y compañeros de juegos, cantidad e intimidad con los amigos, líder o seguidor, popularidad social, participación en las actividades de grupos o pandillas, figuras idealizadas, patrones de agresividad, pasividad ansiedad y conducta antisocial.

Actividad Laboral.

Preguntar edad en que comenzó a trabajar, eficiencia, relaciones con sus jefes, compañeros, si concordancia entre sus aspiraciones y deseos con el tipo de trabajo que realiza, estabilidad, cambios de trabajo y los motivos de estos cambios, metas, fuerza de voluntad para cumplir sus aspiraciones, capacidad de resistencia a la presión y a las frustraciones.

Se debe establecer la elección ocupacional del paciente, la formación y practicas requeridas, los conflictos relacionados con el trabajo y las ambiciones y los objetivos a largo plazo.

El entrevistador debe explorar también los sentimientos del paciente hacia su trabajo actual y sus relaciones en el trabajo (con la dirección, los compañeros, en su caso con los subordinados) y describir la historia laboral, por ejemplo (número y duración de los trabajos, razones del cambio de trabajo y cualquier cambio en la situación laboral). Si el paciente pudiera elegir. ¿qué tipo de trabajo le gustaría?

Historia Militar

- El Psicólogo, en casos de haber realizado servicio militar, debe informarse sobre la historia militar del paciente, sobre si tuvo o no que combatir y si fue o no herido y la naturaleza de la licencia. ¿Alguna vez se le derivo a una consulta psiquiátrica? ¿Sufrió algún tipo de castigo disciplinario durante el servicio?

Religión

- El psicólogo debe describir el nivel religioso de ambos padres y los detalles sobre la educación religiosa del paciente. La actitud de la familia hacia lo religioso ¿era estricta o permisiva? ¿hubo conflicto entre los padres por la educaron religiosa del niño?.
- Se debe establecer la evolución de las prácticas religiosas del paciente durante la adolescencia hasta las creencias y prácticas del momento actual..
- ¿El paciente afirma una fuerte afiliación religiosas, en su caso en qué modo afecta a su vida? ¿Cómo se entiende el tratamiento psiquiátrico y medico desde la confesión religiosa del paciente? ¿Cómo es la actitud de su religión frente al suicidio?

Hábitos e Influencias Nocivas o Tóxicas:

- **Alimenticios:** horarios, preferencias, costumbres, si ha presentado periodos de anorexia, bulimia, etc.
- **Sueño:** horarios, preferencias, costumbres, si ha presentado periodos de hipersomnias e insomnios, etc.
- **Aseo:** horarios de baño, vestimenta.

- **Alcohol:** si es bebedor moderado o abstinente, edad de inicio de la bebida, frecuencia, preferencia, reacciones que presenta (intolerancia, embriaguez patológica, etc.) si presenta molestias o cambios físicos o emocionales relacionados con la ingesta del alcohol.
- **Cigarro:** frecuencia, cantidad, preferencia reacciones a la supresión, molestias (tos).
- **Otras sustancias tóxicas:** también es necesario consignar si existen otras preferencias a sustancias tóxicas: coca, narcóticos, estimulantes, etc.

Fantasías Y Sueños

- Para Freud, los sueños eran la vida regia al subconsciente.
- Los sueños repetitivos son de especial valor. Si el paciente sufre pesadillas ¿Cuáles son los temas que se repiten? Algunos de los sueños más frecuentes son sobre la comida, los exámenes, el sexo, la impotencia. ¿Es capaz el paciente de describir un sueño reciente y comentar su posible significado?
- Otra fuente de importante material inconsciente son las fantasías y los ensueños diurnos. Como en el caso de los sueños, el psicólogo debe explorar y recoger todos los detalles manifiestos y los sentimientos correspondientes.
- ¿Qué fantasía tiene el paciente sobre el futuro? Si el paciente pudiera cambiar algo de su vida ¿Qué cambiaría? ¿Cuál es la fantasía más frecuente o favorita del paciente? ¿El paciente sueña despierto? ¿Las fantasías del paciente se basan en la realidad, o es incapaz de distinguir entre fantasía y realidad?
- El psicólogo puede indagar el sistema de valores del paciente _tanto social como moral _incluidos sus valores hacia el trabajo, el dinero, el juego, los niños, los padres, los amigos, el sexo, los temas sociales y los culturales. Por ejemplo. ¿Le parecen los niños una carga o una alegría? ¿El trabajo es un castigo necesario, una rutina evitable, o una oportunidad? ¿Qué concepto tiene el paciente del bien y del mal?

Antecedentes Mórbidos

- **Enfermedades y accidentes**
Enfermedades desde la infancia, al igual accidentes significativos.
- Se reflejarán las enfermedades médicas y/o psiquiátricas previas y la psicobiografía del paciente.
- El conocimiento de la historia natural de las afecciones psiquiátricas y/o desajustes psicológicos y su relación con la edad y los posibles síntomas es importante, dado que ciertos trastornos suelen iniciarse solapadamente antes de que manifiesten la sintomatología clásica que los clasifique como auténtica enfermedad psiquiátrica.

- Los episodios previos, en especial los relacionados con acontecimientos vitales, pueden ser considerados por el paciente de escasa importancia, por lo que debe insistirse en ellos de forma más directiva debido a que difícilmente nos los relatará de forma espontánea; la frecuencia y duración de estos episodios, la edad a la que el paciente fue visto por primera vez por un especialista (psicólogo y/o psiquiatra), lugar de asistencia (urgencias, consulta, hospitalización), intervalo mayor entre los episodios en que el paciente se mantuvo estable con o sin tratamiento, nos ayudarán para la posterior elaboración del diagnóstico y tratamiento.
- Del mismo modo debe investigarse respecto a enfermedades físicas, intervenciones quirúrgicas, accidentes, (en especial aquellos que fueron acompañados de golpes con pérdidas de conocimiento, o reacciones como sueño, vómito después del golpe), edad en que se produjo o bien si ha precisado hospitalización por cualquier otra causa, ya que pueden constituir acontecimientos vitales desencadenantes de alteraciones psicológica y/o psiquiátricas (trastornos adaptativos, depresiones reactivas, somatizaciones, etc).
- **Personalidad Premórbida**
 - Forma de comportarse, de reaccionar, afectos, miedos, etc. desde el nacimiento a la actualidad
 - Su estudio debe efectuarse durante toda la exploración de la biografía de la persona, considerándose desde el nacimiento hasta el momento actual, donde se valorará las influencias en intercambios con el medio familiar, ambiental, laboral, social, etc. valorando las reacciones y consecuencias sobre la aparición de elementos psicoestresantes o modificatorios.
 - Es sumamente importante investigar si fue un sujeto activo, pasivo, alegre, pesimista, ansioso, depresivo, si se sometía o no a las reglas, sus respuestas ante ellas, su reacción ante las críticas, frustraciones, si ha sido un sujeto sociable, aislado, si compartía juegos, egoísta, preocupado, desinteresado, relajado, violento, agresivo, contemplativo, colaborador, su reacción ante las normas, valores, personas de autoridad, subordinados. Es decir averiguar sobre todos aquellos rasgos que tienen que ver en cuanto en el ámbito personal y de relación con los demás, sus reacciones, aspiraciones, objetivos, metas, nivel de integración, de armonía combinando lo físico, psicológico, social y espiritual, ya que una personalidad bien integrada resiste satisfactoriamente a todas las vicisitudes que se va presentando durante el transcurso de la vida del ser humano y que constituye la personalidad premórbida (todo lo que acontece hasta antes del momento actual).

- El evaluador, debe establecer las características de personalidad premórbida del examinado, en base a la información dada por éste y los informantes, sin usar palabras técnicas o diagnósticos, datos que servirán para el informe final y el diagnóstico final de la personalidad.
- Es importante tener presente, que muchas veces el paciente o los informante dan calificativos de como se ven o consideran, lo que debemos tomar en cuenta y valorarlo desde el punto de vista psicológico, donde es el profesional que determinará en base a lo que ha ido confirmando durante todo el proceso exploratorio y hará un descripción de la personalidad premórbida desde un punto de vista clínico y objetivo.

Actividad Social

- Se debe describir la vida social del paciente y la naturaleza de las relaciones amistosas que mantuvo y mantiene dando énfasis especial en la profundidad, duración y calidad de las relaciones humanas.
- ¿Qué tipo de intereses sociales, intelectuales y físicos comparte el paciente con sus amigos?
- ¿Qué relaciones mantiene con individuos del mismo sexo y del sexo contrario?
- ¿Es el paciente esencialmente aislado y antisocial?
- ¿Prefiere el paciente el aislamiento o su aislamiento en producto de su ansiedad y temor hacia la gente?
- ¿Quién visita al paciente en el hospital y con qué frecuencia?

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Consideraciones Generales Para La Historia Familiar

- El Psicólogo, al establecer la estructura de este rubro, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones: definir el papel que cada persona ha desempeñado en la crianza del paciente y la relación que mantienen con ella en la actualidad ¿Cuáles eran las tradiciones religiosas, étnicas o nacionales de la familia?.
- Es posible que haga falta recurrir a otros informantes para completar la historia familiar y, en ese caso, debe recogerse por escrito de quien se trata.
- El psicólogo debe determinar la actitud de la familia hacia la enfermedad del paciente y su percepción de la misma. E paciente ¿Percibe en la familia apoyo, indiferencia, o sentimientos destructivos?¿Qué papel está desempeñando la enfermedad en la vida familiar?
- Debe recogerse una breve descripción de las enfermedades psiquiátricas, hospitalizaciones y tratamiento de los miembros de la familia directa del paciente ¿Tiene historia familiar de abuso de alcohol o de otras sustancias, o de conducta antisocial? Además, la historia

familiar ofrece la descripción de la personalidad y la inteligencia de las personas que han convivido con el paciente desde su infancia hasta la actualidad, así como la descripción de los distintos hogares en los que ha vivido.

- Algunas otras preguntas que pueden resultar de utilidad en esta sección son las que siguen:
- ¿Qué siente el paciente hacia sus padres y hermanos?
- El psicólogo debe pedirle que describa a todos los miembros de la familia ¿A quién menciona primero? ¿De quién se olvida? ¿De qué viven sus padres? ¿Qué hacen los hermanos? ¿Como es el perfil profesional de los hermanos comparado con el del paciente y como se siente el paciente al respecto? ¿A qué otro miembro de la familia cree el paciente que se parece más y porque?

Se recogen los datos de parentesco referidos a su origen familiar y núcleo familiar actual. Así mismo, es de considerable importancia indagar sobre historia de suicidios anteriores, motivo y consumación o no de los mismos, y la posible existencia de trastornos psiquiátricos (alteraciones afectivas, retraso mental, comportamientos extraños, etc.) en alguno de los miembros de la familia.

Se debe tener en cuenta que reconocer el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica o el suicidio de algún familiar supone una carga emocional intensa para el paciente e incluso para la propia familia que pueden motivar encubrir el evento y expresarse de formas similares a las siguientes: "no sabemos bien como fue", "murió en circunstancias extrañas", con el objetivo de eludir la respuesta.

Para una mejor comprensión de los mismos, es importante mencionar la composición familiar, dinámica familiar, condición socioeconómica y los antecedentes mórbidos familiares.

Desarrollo estructural de Antecedentes Familiares

Composición familiar:

Se recogen los datos de parentesco referidos a su origen familiar y núcleo familiar actual y la biológica en caso de que tengan otra familia. Se consigna la relación de cada uno de los miembros de la familia, edad, ocupación, características psicológicas y su relación con el paciente; en caso de que ha formado integrado otros núcleos familiares, también se deben consignar. La redacción debe ser narrativa.

Dinámica Familiar:

Se debe considerar la estructura familiar, relaciones entre los miembros: padre- madre, padre (madre)-hijos(as), entre hermanos, y la actitud de ellos ante el problema de la persona en estudio, su participación y apoyo que puedan brindar.

No se debe olvidar que en este punto también se debe tener en cuenta su familia actual y pasada e incluso en el caso de que el paciente puede haber tenido otro compromiso.

Condición socioeconómica:

Así mismo es importante consignar el tipo de vivienda, condiciones sanitarias, ubicación socio-cultural, hábitos y costumbres, ingreso familiar y si reciben algún tipo de apoyo económico.

Antecedentes Familiares patológicos:

Es importante consignar todos los antecedentes familiares de importancia y en relación con el problema que presenta la persona, para lo que se tienen que valorar a cada uno de los miembros de la familia el grado de parentesco, poniendo de manifiesto las enfermedades hereditarias, número de hermanos, número de hijos, orden etc., siendo importante remontarse hasta los bisabuelos, para establecer el estudio genético esto con la finalidad de que no se oculten y puedan ayudar en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Los antecedentes familiares revisten pues, mayor interés psicopatológico al estudiar las relaciones emocionales que existen entre cada uno de los miembros de la familia, ya que su exploración tanto genética como emocional, nos permite establecer una doble información y visión: genético - hereditario y ambiental - relacional.

Este punto es referido exclusivamente a los antecedentes de las dolencias familiares

RESUMEN

Se debe elaborar un resumen consignándose desde el motivo principal por el que vino a consulta acompañado de los datos más saltantes o relevantes en relación a la historia personal y familiar del sujeto con el fin de tener una visión cronológica de las causas de la molestia que presenta, y para que en base a los datos obtenidos, nos lleven a precisar y comprender el problema principal del paciente, lo que nos ayudará a establecer el desarrollo de su personalidad y un diagnóstico clínico, ayudándonos a ampliar nuestra percepción y experiencia, además este resumen, nos sirve para que al momento de redactar el informe psicológico, se transcriba en el punto correspondiente a los antecedentes personales y familiares.

2.- EXAMEN MENTAL.

Es la parte de la exploración clínica que describe la suma total de observaciones e impresiones del psicólogo acerca del paciente, en el momento preciso de la entrevista, ya que se debe considerar que el estado mental del sujeto puede variar de un momento a otro.

Se debe describir el estado mental del paciente, y para ello es importante tener un esquema ordenado, que se ajusta de acuerdo a las condiciones de la entrevista, pero que de todas formas debe ser completo.

Se puede o no iniciar con los datos de filiación tan igual como al inicio de la anamnesis y es preferible que se inicie en hoja aparte.

Es un registro de las manifestaciones y/o expresiones psicológicas actuales, que por lo tanto se debe hacer en relación directa con el paciente, incluye la descripción del aspecto del paciente, su conducta general, actividad motora, habla, estado de alerta, de ánimo, funcionamiento cognitivo, las ideas que tiene sobre su estado y las actitudes que muestra a través del examen, así como las reacciones evocadas por el sujeto en el examinador. Se considera que su ejecución es comparable como el hacer un corte transversal, del aquí, ahora de las manifestaciones psicológicas del sujeto examinado.

Actitud, Porte y Comportamiento.

- **Apariencia general y actitud psicomotora:** Edad que aparenta, vestido: desordenado, excéntrico; expresión facial, palidez, pérdida de peso, expresión de dolor, tristeza, sombrío, tenso, alegre, inexpresivo, apático, Rasgos físicos notorios: acné, marcas, tatuajes, etc; tono de voz: habla fuerte, débil, indebidamente, apagado, monótono; postura: erguida, encorvada, marcha: cojea, rigidez, flexibilidad; gestos: tics, temblores, flexibilidad, coger su ropa; actividad general durante el examen: agitado, inmóvil, organizada o con objetivos y desorganizada.
- **Molestia general y manera de expresarla:** Se explora cuando al preguntarle ¿Cómo le va? ¿En qué forma se ha sentido mal? Observar como las expresa y estas preguntas deben anotarse tan literalmente como se pueda, se debe prestar atención a las emociones expresadas al hablar de las molestias como: resentimiento, angustia, culpa, cólera así como comentarios pesimistas y justificatorios.
- **Actitud hacia el examinador y hacia el examen:** Actitud hacia su situación, discute sus malestares de manera impersonal como si fuera un negocio, es desconfiado, diferentes, turbado, busca lástima o que

estén de acuerdo con él, o reacciona con suspicacia, cólera, arrogancia, es indiferente hacia el examinador, lo ignora, es tímido, juguetón.

- **Comportamiento**

¿Cómo es su expresión Facial? Alerta

Preocupación Tristeza Alegre

Gesticulaciones (Arruga la frente, abre mucho los ojos, parpadea constantemente, hace muecas, rechina los dientes, se muerde los labios, bostezo, etc.)

¿Cómo es su relación con el psicólogo? Amable

Dependiente Desconfiado Asequible

Comunicativo Sumiso Hostil Altanero

Agresivo Indiferente Colaborador Respetuosos

Temeroso Evasivo Irritable Insolente

Suspicaz Sarcástico

Conciencia, Atención y Orientación:

Va como título y luego se describe cada uno por separado:

- **Conciencia o Estado de Alerta:** se valorará si la persona está muy atento y en estado de alerta, ligeramente somnoliento o bien pudiendo presentar fluctuaciones en su estado de atención, donde el factor distraibilidad también puede influir, por lo que los cambios en los estados de alerta van siempre acompañados con falta de atención, lo que va a influir en la comprensión, interpretación, respuesta a los estímulos y en el comportamiento en general en forma negativa.

Cuando está disminuida se describe como entorpecimiento, anublamiento, somnolencia, estupor, etc. y pueden hallarse:

- Desorientación en el tiempo, lugar y persona.
- Fluctuaciones de la atención: tiempo de reacción prolongado, curso lento, tendencia al sueño si no se le estimula.
- Fracaso de la comprensión, de los estímulos visuales, complejos y de las situaciones globales, el sentido de circunstancias rutinarias.
- Interpretación ilusoria de los estímulos, sombras, ruidos, alucinaciones en las diferentes esferas sensoriales.
- Fracaso en responder a estímulos que ordinariamente despiertan la atención como órdenes verbales, estímulos táctiles o dolorosos.
- Perturbación global del comportamiento, inquietud, perderse en la sala, movimientos ocupacionales, tantear o manipular objetos alucinatorios o perturbaciones afectivas como de miedo y pánico.

Alteraciones: Obnubilación, Estupor, sopor, coma, onirismo, etc.

- **Atención:** Hay que observar y probar la atención y la habilidad para concentrarse, la atención que presta a los procedimientos del examen, se anotará la orientación y dirección predominante de la atención, en qué medida de mantiene el monto de esfuerzo para responder, la fatigabilidad, distraibilidad como factor de interferencia, pudiendo utilizarse pruebas como la cancelación de los ceros.
- **Alteraciones:** Hipoprosexia, hiperprosexia, distraibilidad, aprosexia.
- **Orientación:**
 - **Tiempo:** día de la semana, mes, año y tiempo del día.
 - **Lugar y espacio:** orientación en el espacio habitual, lugar en el que se encuentra, donde vive, departamento y país, nombre del edificio, piso, etc.
 - **Con respecto a su persona:** referir su nombre, edad, ocupación, estado civil.
 - **Con respecto a otras personas:** reconocimiento de familiares, personal profesional otras personas.

Alteraciones: Cuando se presenta desorientación hay que describir con relación a que se presenta:

- Desorientación debido a trastornos de la conciencia.
- Desorientación asociada a emociones, terror, pánico o estados de exaltación de ánimo con gran distraibilidad e inquietud.
- Desorientación “absurda” se presenta en la pseudo demencia, en esquizofrénicos y en presos, se advierten respuestas falsas adrede, ya que han comprendido el sentido de la pregunta.
- Desorientación amnésica, se relaciona a un defecto de memoria
- Desorientación delusiva, los juicios erróneos o convicciones delusivas condicionan el falseamiento en la orientación, conocen sin embargo la orientación de los demás a la que califican de equivocado.
- Desorientación por indiferencia, por apatía o ensimismamiento que condicionan dicho trastorno.

Curso del Lenguaje:

Se debe considerar también la habilidad y comprensión del lenguaje escrito.

- **Velocidad;** conociendo el tiempo usual del paciente.
- **Aceleración,** si está vinculada a euforia, miedo, cólera y sobreactividad motora general.
- **Retardo asociado a estado de ánimo** depresivo, retardo motor general, enturbiamiento de la conciencia.

- **Cantidad** aumentada (verborrea) disminuida (laconismo o escasa comunicación), ausente (mutismo).
- **Relación del curso del lenguaje** con los objetivos, puede faltar una dirección y puede fracasar en llegar a cualquier objetivo, puede haber falta de atención o distraibilidad aumentada con cambio fácil del curso del lenguaje de un tema a otro.
- **Anormalidad de la estructura intrínseca del curso del lenguaje:**
 - a) **Rima y asociación superficial:** el flujo del lenguaje puede conectarse con el siguiente a través de un denominador común simple, por semejanza fonética y constituiría “fuga de ideas”.
 - b) **Desorden de la asociación lógica:** las ideas se expresan de una manera vaga y extraña, se emplean términos no pertinentes.
 - c) **Bloqueo:** es la interrupción súbita del curso del lenguaje, puede ser determinado por factores emocionales y en trastornos esquizofrénicos.
 - d) **Perseverancia:** de sonidos, palabras y frases.
 - e) **Afasia:** dificultades en el uso de símbolos verbales.
 - f) **Otras anomalías:** neologismos (se inventa palabras), ecolalia (repite palabras), mutismo, etc

Pensamiento:

Se evaluará en base al esquema clásico, considerando el **curso** (flujo verbal, espontáneo, estructura), **contenido** esta dado en base a lo que se informa, razona es decir como construye y elabora.

Se tiene que evaluar si el pensamiento es acelerado, retrasado, si se producen dudas o bloqueos. Si es pedante o incoherente. Si el contenido de sus ideas puede incluir preocupaciones irreales, otras exageradas con relación sucesos de la vida real o preocupaciones que no tienen relación con la realidad.

También sus pensamientos pueden presentar síntomas somáticos o mostrar manifestaciones observables de malestar. Puede indicar temores y miedos o fobias irracionales, mostrar ideas obsesivo-compulsivas o hipocondríacas, ideas delirantes.

Hay que indagar si existen pensamientos suicidas (autolíticos), preguntando ¿Ha tenido alguna vez la idea de quererse herir o de que no valía la pena vivir la vida? O preguntarle si alberga pensamiento de dañar a otras personas.

Alteraciones:

- a) **por el curso:** fuga de ideas, inhibición, perseveración, disgregación, incoherencia, bloqueos, prolijidad, etc.
- b) **por el contenido:** ideas delirantes de matiz paranoide, megalomaniaco, depresivo, místico, etc. ideas obsesivas, fóbicas, sobrevaloradas, fijas.

Percepción:

Averiguar si el sujeto puede experimentar una percepción distorsionada consigo mismo o a su ambiente. Describir si se presenta ilusiones, alucinaciones en cualquiera de las modalidades sensoriales. Es importante tener presente que si bien el sujeto puede no describir percepciones anormales, pero su conducta general sugiere que tiene alucinaciones, hay que tomar nota de ello. Es aconsejable describir la alteración tal como la presenta o refiere el paciente y luego acompañar de su significado psicopatológico.

Alteraciones: anestesia, hiperestesia, parestesia, ilusiones, desrealizaciones, metamorfosis, alucinaciones.(visuales, auditivas, olfativas, gustativas, táctiles, cenestésicas, del esquema corporal, cinestésicas o motrices.)

Memoria:

- **Memoria Remota:** si recuerda hechos cronológicos de la historia personal, aspectos de la identidad personal, aniversarios personales, nombre y edad de los hijos, padres, o hermanos, escolaridad, residencia, trabajo, etc.
- **Memoria Reciente:** es la revisión del desarrollo cronológico de la enfermedad actual, de la hospitalización, del tratamiento, etc.
Retención y recuerdo inmediato: memoria de fijación, hechos que hizo durante el momento, etc.
- **Memoria Fotográfica:** Se evalúa presentándole estímulos visuales, auditivos y táctiles; (serie de números sin sentido, objetos, figuras, etc.).
- **Memoria Conceptual:** Se explora a partir de la comprensión de lecturas de párrafos, interpretación de refranes, etc.
- **Alteraciones:** Hiperemnesia, amnesia, paramnesias, fabulaciones, deja vu, jamais vu.

Funcionamiento Intelectual.

Es la evaluación cualitativa que hace el psicólogo, donde debe valorar los conocimientos generales del sujeto, su orientación, memoria, capacidad para realizar operaciones aritméticas simples y su capacidad de pensamiento abstracto, adecuándose las preguntas de acuerdo al nivel cultural y de rendimiento escolar o académico del sujeto, para lo que se debe prestar atención a:

- a. **Concentración y atención:** Se refiere al esfuerzo en centrarse en una determinada parte de la experiencia y la concentración.
- b. **Lectura y escritura**

c. Capacidad visuoespacial

d. **Pensamiento abstracto:** Capacidad para manejar conceptos, se utilizan test de similitudes, diferencias y refranes.

Cómo explorar esta función:

* **Conocimientos generales:** datos sobre nombres de diferentes categorías: animales, ciudades, frutos, etc. Se le puede formular las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los colores de la bandera peruana?, ¿Qué es un termómetro?, ¿Qué distancia existe entre Arequipa y Lima?, ¿Cuáles son los de los tres últimos Presidentes del Perú?.

* **Para la memoria**, se puede hacer repetir dígitos iniciándose por tres y sucesivamente hasta cuando fracase. La memoria reciente pidiéndole que describa lo que realizó las últimas 24 horas o qué comió la última vez, la memoria remota, preguntándose hechos pasados importantes de su vida, siendo verificables las respuestas.

Una prueba de cálculo se puede pedir que reste 7 de 100 y que siga restando esa cantidad hasta 6 veces, o que cuente del 1 al 20 del derecho al revés, sumas, sustracciones, divisiones, multiplicaciones, tomando en cuenta el grado de escolaridad.

La capacidad de pensamiento abstracto se puede pedir probando que interprete refranes o que clasifique objetos de acuerdo a su finalidad y utilidad, para lo que se le proporciona un conjunto de cuatro utensilios de juguete y cuatro muebles de juguete.

La incapacidad para crear tres grupos distintos indica una capacidad de pensamiento abstracto disminuida.

Nos podemos ayudar de la prueba de Kent.

PRUEBA DE KENT
(Abreviado)

- 1.- De qué están hechas las casas? (los que pueda recordar)
- 2.- Para qué se usa la arena?
- 3.- Si la bandera ondea hacia el sur, ¿de dónde sopla el viento?.
- 4.- Dígame los nombres de algunos peces. (no más de cuatro).
- 5.- ¿A qué hora del día es más pequeña tu sombra?
- 6.- Dé los nombres de algunas grandes ciudades. (no más de cuatro).
- 7.- ¿Por qué parece mayor la Luna que las estrellas?.
- 8.- ¿Qué metal es atraído por un imán?.
- 9.- Si su sombra apunta al sudoeste, ¿en qué dirección está el Sol?.
- 10.- ¿Cuántos departamentos tiene el Perú?.

DIRECTIVAS DEL PUNTAJE:

1. **Casas:** Un punto por cada material, hasta cuatro.

2. **Arena:** Un punto por: jugar, o para fregar.
Dos puntos por cualquier uso en construcciones
Cuatro puntos: para vidrio
3. **Sur:** Tres puntos por norte, sin puntajes parciales.
4. **Peces:** Un punto por nombre cada uno, hasta cuatro.
5. **Sombra:** Tres puntos por medio día.
6. **Ciudades:** Un punto por cada una, hasta cuatro.
7. **Luna:** Dos Puntos por: la Luna está más abajo, Tres puntos por: está más cerca.
Cuatro puntos si menciona que los objetos más cercanos parecen mayores que los lejanos
8. **Imán:** Dos puntos por: acero,
Cuatro puntos por: hierro.
9. **Sudoeste:** Cuatro puntos por: nordeste, sin puntajes parciales.
10. **Provincias:** Tres puntos por 24, incluyendo la provincia Constitucional del Perú.

PUNTUACIÓN GENERAL .

Puntaje	E.M
10 a 13	8 años
14 a 16	9 “
17 a 18	10 “
19 a 20	11 “
21 a 23	12 “
24 a 27	13 “
28 a 31	14 “
32 a 36	14 “

Para valorar la capacidad de comprensión, razonamiento, juicio y formación de conceptos, se puede emplear como medios de exploración:

- Lectura: repetición y explicación de fábulas, cuentos.
- Explicación e interpretación de dibujos, cuentos o fábulas.
- Hallazgo de similitudes o semejanzas de objetos representados en dibujos o expresados verbalmente mediante lectura o preguntas, escritura, hacer que redacte una composición o una carta breve para ver la redacción.

Estado de Ánimo y Afectos:

Se debe tener en cuenta criterios objetivos y subjetivos, anotar el estado de ánimo dominante, considerando la expresión facial, el comportamiento general, gestos, lágrimas. Sonrojos, etc.

Es importante la descripción que hace el paciente de su estado afectivo y los cambios que ocurren en alguna declaración importante y cómo se controlan o suprimen.

Tener en cuenta la concordancia y/o discordancia entre lo que dice el paciente y su expresión emocional.

El interrogatorio debe empezar con preguntas ¿cómo se siente?, ¿cómo anda el ánimo?, ¿qué preocupaciones tiene Ud. cuando se siente así?.

Se debe explorar si hay angustia, ¿tiene miedo sin que nada lo provoque?, como si algo terrible fuera a sucederle?, qué siente?. ¿En qué lugares?

Irritabilidad: ¿qué le da cólera? Por cualquier cosa?.

Depresión: no se encuentra a gusto por nada? ¿ha perdido el entusiasmo?, tiene ¿lentificación?, ¿llora?, ¿siente que la vida no vale la pena vivir?, ¿en qué momentos del día?, también averiguar si hay cambio en los hábitos alimenticios: anorexia, bulimia, en el sueño, insomnio, hipersomnio, etc., constipación, impotencia sexual, etc.

Valorar si expresa sentimientos de tristeza o júbilo en forma espontánea o en respuesta a preguntas específicas, o de lo contrario su afecto se encuentra limitado que permanece inalterable o aplanado, independientemente del tema que se aborda.

Su estado de ánimo puede ser constante o fluctuante entre el júbilo y la tristeza a lo largo de la entrevista, Su afecto puede ser apropiado e inapropiado.

Apatía: observar rostro inexpresivo, voz monótona, ausencia de gestos, mengua en la iniciativa motriz, no hay emoción apropiada.

Comprensión y grado de incapacidad de la Enfermedad:

- **Comprensión:** Se investigará cómo interpreta su situación, qué implicancia tiene su problema, si está dispuesto a aceptar consejos con relación a este, esta basado en la introspección que presente la persona evaluada.
- Se valora el grado de incapacidad que presenta y que interfiere en su actividad personal, laboral o sociales, las mismas que deben tener un tiempo de duración de más de dos semanas.
- Penetrar y entender la naturaleza general, causa e implicaciones de su enfermedad, los efectos de su propia actitud sobre los demás y se preguntará: ¿está enfermo o nervioso? Ó ¿cómo interpreta su situación?, ¿qué implicancias tiene su enfermedad? ¿está dispuesto a aceptar consejos con relación a su enfermedad o problema?
- **Grado de incapacidad,** valorar la forma en que ha interferido el trastorno en el trabajo, actividades sociales, domésticas del paciente.

Resumen

Se debe hacer un resumen de los datos más saltantes y/o relevantes que se relacionen con el problema principal, para tener una mejor visión de lo que le acontece psicológicamente al paciente, así mismo nos sirve para hacer el diagnóstico psicopatológico y también, al igual que la anamnesis, se consignará en el informe psicológico y es de gran ayuda para la elaboración del diagnóstico final.

3. INFORME TEST PSICOLÓGICOS (PSICOMETRICO)

Se inicia con datos de filiación, luego se da una descripción de las pruebas psicológicas que se han aplicado, se toma en cuenta la observación de la conducta que desarrolla el sujeto durante la ejecución de las mismas, si fue de colaboración, comprensión, y buena disposición.

Posteriormente se procede a describir la interpretación de cada una de las pruebas ejecutadas por el paciente, tomándose en cuenta tanto la parte cuantitativa (por ejemplo en los casos de que exista en el protocolo de respuestas un cuadro numérico, hay que transcribirlo en este punto), como cualitativa (interpretar lo que indican los autores de las pruebas, pero tratando de orientarlo a la problemáticas del evaluado)

Una vez finalizada la interpretación de todas las pruebas aplicadas, se debe hacer un resumen integrando las mismas y orientándose hacia el problema principal del paciente, que luego se integrará con el diagnóstico clínico de personalidad

Se aconseja iniciar desarrollando las pruebas psicológicas de inteligencia, luego de percepción visomotora y posteriormente las que se consideran de personalidad,

Es importante tener presente, que en la parte que corresponde a anexos, que debe ir al final de la Historia Clínica, acompañar los protocolos de respuestas de las pruebas psicológicas aplicadas al paciente.

Estructura:

Datos de Filiación: igual al de anamnesis

Observaciones de la conducta: describir la conducta durante la aplicación de los test psicológicos, si comprendió las instrucciones y si mostró colaboración o no,

Instrumentos:

Registrar cada una de los test psicológico utilizados con sus nombres originales, en forma secuenciada.

Interpretación:

- a) **Cuantitativa:** registrar los datos cuantitativos de cada prueba utilizada, agregando los cuadros respectivos el que debe ser igual a la hoja de respuestas que figura en anexos.
- b) **Cualitativa:** hacer la interpretación describiendo las características del resultado de la prueba, en función del motivo de consulta del paciente, es la parte que nos diferencia de una persona que solo aplica test.

Resumen: se integran las pruebas y se hace una unidad, describiendo las características de la personalidad del evaluado desde el punto de vista de las pruebas psicológicas utilizadas, pero ya sin mencionarlas y tomando como guía los datos clínicos obtenidos en la anamnesis, con el fin de personalizar la interpretación.

4. INFORME PSICOLÓGICO

Constituye el documento que condensa el esfuerzo de un cuidadoso trabajo de exploración del desarrollo de la personalidad y su relación con el problema que aqueja a la persona evaluada, es un análisis e interpretación de la descripción, en base al motivo de consulta, de los resultados y conclusiones que se llegó hasta el momento y que para nosotros los psicólogos se convierte en un medio de suma importancia para comunicar los hallazgos logrados mediante la utilización de las técnicas de exploración psicológica realizadas y sirva de orientación para las acciones que se tengan que tomar al realizar el diagnóstico, el pronóstico y la intervención psicológica apropiada para el evaluado, actividad que demuestra la profesionalidad y experiencia del Psicólogo y la calidad así como prestigio del mismo.

El informe psicológico comunica los resultados del estudio realizado y se debe diseñar de acuerdo al tipo de consulta y/ solicitud que se hizo.

Su elaboración y redacción es, también, todo una arte ya que requiere de un conocimiento, estilo, formato, el cual debe ser claro, sin términos rebuscados y sumamente comprensibles, para que el referente y/o profesional que lo solicitó, pueda entenderlo fácilmente.

Los informes deben hacer referencia al problema o motivo de consulta, circunscribirse a la idiosincrasia o individualidad del evaluado, por lo que es importante personalizarlo utilizando el nombre del evaluado, y ello no implica faltar a la confidencialidad o privacidad del mismo, ya que en ningún momento se utilizan los apellidos, p.e. el señor Pedro piensa o es el tipo de persona que.... etc. y de esta manera también se da el toque personal o individual del sujeto.

Para hacer el análisis e interpretación de los resultados, se debe integrar todo lo evaluado, agrupándose los datos en forma coherente, para lo que se hará uso de los resúmenes que se hizo en cada parte de la Historia Clínica, destacando las características positivas, así como las negativas, dándose una unidad clínica psicológica.

La forma de elaboración del informe psicológico, ya en el campo profesional, se hace de acuerdo al estilo y experiencia del que lo redacta, por lo que generalmente cada especialista tiene su estilo, pero de todas formas siempre deben existir algunas pautas generales en la secuenciación y que a continuación daremos.

Datos de Filiación: se tendrá en cuenta todos los datos que se registraron al inicio de anamnesis.

Motivo de Consulta. Se hará tal como lo consignamos en anamnesis.

Técnicas e Instrumentos utilizados: Se consignaran las técnicas de la observación y entrevista y test utilizados, registrándose la lista de todas las pruebas aplicadas.

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas:

Antecedentes Personales y familiares: se registrará un resumen de los datos más saltantes de los antecedentes personales y que tengan relación con el motivo de consulta y la historia problema en estudio.

Se registrará todos aquellos acontecimientos familiares principales y que estén en relación con el problema actual y desarrollo de su personalidad.

En esta parte se transcribe el resumen que se ha realizado al finalizar anamnesis, que se hizo con esta finalidad.

Observaciones conductuales: se realizará un informe del comportamiento verbal y no verbal del sujeto, actitud durante todo el proceso de exploración clínica en especial durante el examen mental y ejecución de las pruebas psicológicas.

Se considera el resumen que se hizo al finalizar el examen mental y se agrega los rasgos más saltantes del comportamiento adoptado durante la ejecución de las pruebas.

Análisis e interpretación de los resultados: Tomando en cuenta el motivo de consulta, se realiza una narración dinámica de los rasgos de personalidad hallados a través del estudio de la biografía y las pruebas psicológicas aplicadas, se debe relatar en base a la estructura de la personalidad, iniciándose por lo que corresponde a desarrollo cognitivo, donde se debe tener en cuenta tanto lo cuantitativo y cualitativo e incluso explicar si guarda relación con su estado actual; lo afectivo-emotivo tomándose en cuenta primero sus emociones y afectos intrapersonales y luego interpersonales explicándose como han influido en su problema actual y la estructura conativo-volitivo considerándose su motivaciones, principios, valores, etc. resaltando los patrones de comportamiento, características, relaciones interpersonales, estilo de vida, concepto de sí mismo, defensas, realizándose una interpretación con los datos obtenidos de la exploración clínica, dándose una visión dinámica de dichos acontecimientos, explicando las causas y consecuencias. Podemos decir que esta parte es sumamente importante porque se ve la pericia y experiencia del Psicólogo Clínico, ya que tiene que mostrar su habilidad para combinar, analizar e interpretar todo lo evaluado hasta el momento haciendo gala de su capacidad de conocimiento clínico, comprensión, redacción y capacidad de síntesis.

Es importante tener presente, que en este punto no se debe describir solo los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, (como algunos lo hacen), como su nombre lo dice, hay que analizar e interpretar en primer lugar debemos precisar cuáles son las características de la personalidad del sujeto evaluado, haciendo su respectivo análisis e interpretación dinámica de cada uno de los acontecimientos saltantes del sujeto evaluado, considerándose tanto los aspectos negativos como positivos, porque estos nos van a servir cuando iniciemos la psicoterapia, es decir debemos considerar tanto las potencialidades como fortalezas que tiene, el paciente así como sus discapacidades o debilidades, para que en base a ellos podamos establecer las oportunidades o prognosis para un futuro mejor.

Conclusión o Diagnóstico: Sobre la base de toda la información anterior se formula un diagnóstico de personalidad o de la actividad mental que se ha evaluado, resaltándolos rasgos de personalidad.

Para nosotros, los psicólogos, el diagnóstico psicológico, se diferencia del médico o psiquiátrico, porque si bien es cierto, es la síntesis o conclusión de todo lo evaluado, no se puede circunscribirse a dos o pocas palabras, como lo establece el diagnóstico nosológico, el nuestro es más amplio, debido a que se tienen que hacer en base a la estructura de la personalidad (intelecto, temperamento y carácter y sus respectivos sistemas), luego circunscribirla dentro de un tipo o característica de personalidad.

En el diagnóstico psicológico, el psicólogo debe resaltar las características positivas y negativas del sujeto evaluado, y precisar que o cual ha sido el desencadenante del estado actual del paciente.

En caso de existir algún trastorno de personalidad o mental, se consignará siguiendo una clasificación existente y para lo cual se puede contar con la ayuda de los diagnósticos multiaxiales de la DSM V y CIE 10.

Es importante considerar que en este punto ya no se debe de hablar de presunción diagnóstica, ya que por algo se ha realizado un estudio exhaustivo de la personalidad del sujeto y por lo tanto es el diagnóstico o conclusión final.

Pronóstico:

Debe estar ligado con el diagnóstico, por lo que también se convierte en uno de los pilares de la evaluación psicológica y que nos servirá para establecer el tratamiento más adecuado y anticiparnos a la eficacia del mismo y por lo tanto ayuda a respaldar la toma de decisiones.

“El pronóstico clínico es una de las formas de predecir más complejas porque atañe a la confrontación de hechos, causas y efectos, así como a marcadores biológicos de pronóstico y a predictores o factores de riesgo psicosociales. Asimismo la predicción es menos precisa cuando se trata de hacer un pronóstico a largo plazo porque ahí operan variables incontrolables asociadas al desarrollo biográfico de una persona.”

Es importante al referirse a este punto considerar las condiciones personales y familiares que tiene el evaluado para así establecer los diferentes tipos:

- **Favorable:** Cuando todos los factores suponen una evolución positiva.
- **Desfavorable:** Cuando parte o todos los factores suponen una evolución negativa o estacionaria.
- **Reservado:** Cuando los factores ambientales y familiares pueden modificar y son determinantes en la evolución del caso.

Recomendaciones: Deben ser expuestas en forma precisa, clara y razonable a nivel personal, familiar y social, consignándose una debajo de la otra, sin mayor explicación, las que se desarrollarán cuando se elabore el plan psicoterapéutico. Se debe evitar las recomendaciones teóricas, ideales o que nunca podrán llevarse a efecto.

La dinámica de la personalidad del evaluado en el informe tiene que estar relacionada, enlazado y encadenado con la conclusión, el pronóstico y las recomendaciones para una decisión práctica

Fecha y Firma: Se concluye registrando la fecha de elaboración del informe y se acompaña con el nombre y la firma del evaluador. y su número de registro profesional de psicólogo, lo que le da al informe seguridad y confianza de ser un documento altamente especializado.

Es importante considerar que al consignar la fecha debe consignarse dejando el mismo espacio que se ha utilizado entre cada uno de los párrafos de todo el informe, para registrar la firma debe estar alrededor de cuatro espacios de separación de la firma.

Modelo de Informe Psicológico

INFORME PSICOLÓGICO

Datos de Filiación

- | | |
|--------------------------------|---|
| • Nombre y Apellidos: | Luz |
| • Edad Cronológica: | 22 años |
| • Fecha de Nacimiento: | 21 de febrero de 1989 |
| • Lugar de Nacimiento: | Arequipa |
| • Grado de Instrucción: | Superior incompleta |
| • Estado Civil: | Soltera |
| • Procedencia: | Arequipa |
| • Ocupación: | Estudiante |
| • Religión : | Católica |
| • Informante: | Paciente y los allegados que han colaborado |
| • Lugar de Evaluación: | Centro o lugar donde se realiza. |
| • Fechas de Evaluación: | 5 al 18 de noviembre del 2011 |
| • Examinador: | Profesional en Psicología |

MOTIVO DE CONSULTA

La señorita Luz, fue traída por sus padres e internada en centro especializado, por intento de suicidio, además de presentar conducta agresiva contra sus familiares y ocasionar destrozos físicos en su casa.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista Psicológica.
- Pruebas Psicológicas:

Test de Inteligencia- RAVEN

Test Gestáltico Visomotor – BENDER Test
de la Figura Humana – MACHOVER
Inventario Multifásico de Personalidad Minenesota - MM

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente nacida de parto por cesárea, de parto gemelar, su desarrollo psicomotriz fue adecuado. Desde su infancia la relación con su familia fue cortante, sobre todo con su mamá, pues de niña la maltrataba y regañaba. Asimismo la relación con su padre es distante, lo considera un poco más debido a que le da dinero cuando necesita. Y solo con su hermana tiene un trato de confianza.

A los seis años ingresa a primaria en un colegio mixto, ocupaba los primeros puestos, la relación con sus compañeros era regular, siempre buscaba perfección en sus tareas y en las personas que conocía. En secundaria la cambian a un colegio de mujeres, baja su rendimiento académico, falta muchas veces al colegio, se escapaba con su hermana para irse a tomar o bailar. A los once años tiene su primer enamorado, que fue un joven de 22 años, con quién sale por cuatro años y le concede sus gustos. En cuarto de secundaria tiene una relación con una compañera, que dura por un año, a la actualidad sigue teniendo relaciones con personas de su mismo sexo.

A los 17 años conoce a un muchacho, con quién sale por un año y pierde su virginidad. Estudia enfermería técnica en un instituto, .Es por esas fechas que conoce a un joven llamado Néstor, con quién estableció una relación de 4 años, conviviendo con él por 3 años, se separaron porque él viajó a Lima. Sigue sus estudios en la universidad. Por el mes de julio de este año, Juan la llama y le dice que no llegaría de viaje y que la relación no va bien, esto afectó a Luz y tomó veneno. Por esas fechas conoce a un señor de 40 años, quien era casado, sale con él, le ofrece regalos, queda embarazada, pero decide no tenerlo. Desde entonces no puede dormir tranquila. Al mismo tiempo conoció a Ricardo, quién le llamó el trece de noviembre para decirle que ya no quiere seguir con ella, es así que Luz se enfureció y estado bajo los efectos del alcohol se torna violenta con su familia e intentó suicidarse, ahorcándose, siendo nuevamente fue internada en el hospital.

Luz desde pequeña ha sido alegre, sociable, vanidosa, que reacciona violentamente cuando las cosas no le salen bien, que no acepta sus errores sino que tiende a culpar a los demás. Tiene el temor de ser criticada y no aceptada, no le gusta estar sola, tiende a la superficialidad. Es poco ordenada con sus horarios. Le gusta salir a fiesta, bebe y fuma. Trabajo como bailarina, ahora es ayudante en una imprenta, pero su puesto está en riesgo por las faltas. Tiene cólera de su vida sentimental. Durante su vida se ha mostrado inestable en sus relaciones amorosas, que tiende a establecer relaciones informales con personas de ambos sexos.

OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

Luz, aparenta la edad referida, de contextura regular y estatura baja, postura erguida y marcha normal, con un adecuado arreglo y aseo personal. Su tono de voz apropiado. Durante la evaluación se muestra colaboradora, aunque se fatigaba, continúa y se esfuerza por responder.

Lúcida, de atención y concentración adecuadas, orientada adecuadamente en tiempo, lugar, espacio y persona. Lenguaje expresivo y comprensivo conservado. El curso de su pensamiento es coherente, sin ideas autolíticas. No presenta alteraciones perceptivas. Memoria remota y reciente conservada. Funcionamiento intelectual con capacidad de abstracción, cálculo y raciocinio.

Se estado de ánimo es de preocupación y angustia, por momentos expresa gestos inapropiados al hablar de sus preocupaciones, pues se pregunta y se ríe sobre las cosas que hizo. Tiende a ser inestable y tiene un concepto negativo de sí misma. Presenta parcial conciencia de enfermedad, sabe cuál es el problema que tiene, pero no se siente fuerte como para superarlo y es muy difícil darle una solución.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Luz posee una capacidad intelectual superior al promedio, pero que no hace uso de sus potencialidades y más bien muestra una conducta autoderrotista y pesimista respecto a sus metas y proyectos personales, no toma adecuadamente las oportunidades que se le presentan. No presenta indicadores de lesión cerebral.

Emocionalmente inestable, sentimientos de inseguridad, ansiedad, impulsividad, y dependencia emocional, por lo que suele tomar decisiones intempestivas y sin medir la consecuencia de sus actos, como se ha podido apreciar cuando ha tenido los intentos de suicidio, extrovertida que se caracteriza por su indecisión, que tiende al mal humor y resentimiento, con poca capacidad para beneficiarse de la experiencia, baja tolerancia a la frustración, pobre concepto de sí misma que trata de compensarlo siendo exigente consigo misma cuando tienen que mostrarse ante los demás, que se aferra a sus propias ideas, aunque por momentos lucha entre cómo es y cómo desea ser, con poca capacidad de insight. No obstante tiene cierta capacidad artística, vitalidad física y facilidad para establecer una comunicación, aunque de modo superficial y suele ser enérgica, agradable, pero sin metas fijas.

Sus relaciones interpersonales son superficiales, tiende a culpar a los demás por dificultades actuales y anteriores, que muestra fuertes exigencias de atención. Tiende a un mayor conflicto con figuras autoritarias. Se interesa en los demás solo cuando los puede utilizar para sus propios intereses. Sus descargas agresivas dan lugar a manifestaciones destructivas, las mismas que se incrementan cuando está bajo la influencia del alcohol. Evita las presiones de la realidad, prefiere refugiarse en sus fantasías. Por tanto la insatisfacción con su vida, su inestabilidad emocional y relaciones sociales dependientes, le genera tensión, ansiedad y agresividad e impulsividad, lo que la lleva a actuar negativamente contra su vida y contra los demás.

Se le aprecia inmadurez psicosexual, conflicto en la elección de sus parejas, llegando a tener relaciones superficiales y de riesgo, además de no tener bien claro su identidad psicosexual.

Luz, no cuenta con un soporte familiar adecuado, siendo su familia disfuncional y distante.

DIAGNÓSTICO

Luz posee una capacidad intelectual superior al promedio, que no le ayuda a afrontar su situación actual, emocionalmente inmadura e inestable, con pobre control de los impulsos; extrovertida, que se encuentra insatisfecha con su vida y relaciones interpersonales, muestra tensión, hostilidad e impulsividad e inmadurez psicosexual, rasgos que ponen en riesgo su estabilidad personal, configurando un trastorno límite de la personalidad. (DSM-V).

PRONÓSTICO

De pronóstico reservado, por su poca capacidad de insight, el pobre control de sus impulsos además de no contar con un soporte familiar adecuado.

RECOMENDACIONES

- Continuar tratamiento médico.
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar.

Fecha

Firma

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Se hará en base a las conclusiones o diagnóstico psicológico obtenido de la evaluación realizada, Se reflejará el tratamiento administrado al paciente y el consecuente proceso evolutivo. En las sucesivas entrevistas debe valorarse si la respuesta terapéutica es favorable o no.

Con fines académicos. es conveniente siempre iniciar con los datos de filiación, posteriormente consignar la conclusión o diagnóstico psicológico, que debe ser el mismo que se consigno en el informe psicológico, luego elaborar los objetivos principales, los que se hará, en base a las características personalógicas negativas apoyándose en las positivas,

Se establecerá las modalidades o acciones psicoterapéuticas, procurando sean reales y efectivas, y no redundando en muchas, consignando para cada una de ellas los objetivos o acciones específicas, una vez descritas en otro punto, se deberá consignar el tiempo de ejecución aproximado, donde se debe tener en cuenta que el promedio mínimo de sesiones deben ser de tres a seis meses a más, disponiéndose de 45 a 60 minutos, para cada una de ellas y de acuerdo al caso puede ser dos veces por semana inicialmente, luego una, posteriormente cada quince días, controles mensuales y luego cada tres o seis meses según lo amerite el caso, algunos aconsejan hacer un control al año. Siguiendo los avances últimos, en algunos casos se hace uso de las Psicoterapias breves intensivas y de urgencia, para lo que se puede seguir diferentes modelos, de acuerdo a la experiencia del terapeuta.

Es importante señalar los avances psicoterapéuticos en base a los logros obtenidos e incluso si la evolución ha sido estacionaria o lenta. Al igual que en el informe psicológico, al finalizar se debe consignar la fecha, nombre y firma del evaluador.

CONSIDERACIONES FINALES PARA ELABORAR LA HISTORIA CLINICA

Se debe tener presente que en cuanto a la forma de realizar la historia, el paciente no debe sentir que se encuentra frente a un interrogatorio al que debe contestar de la forma más satisfactoria posible para quedar bien, ni debe sentirse acosado, sino que hay que dejarle que en determinados momentos se exprese libremente; en cambio en otros, incidir sutilmente para que se centre en los objetivos de interés, es decir cuando estemos obteniendo datos relevantes sobre el problema.

Nuestra actitud como psicólogos, no debe caer en la "camaradería", sino que debe fusionarse la cordialidad y comprensión con cierto matiz de distanciamiento adecuándolo a cada tipo de paciente; de este modo unas veces adoptaremos una posición directiva, ordenando la información de acuerdo a nuestros

conocimientos y otras seremos más liberales y flexibles; no se trata de una contrariedad sino de dos posturas o actitudes complementarias.

El lenguaje debe ser sencillo y asequible para que nos entienda, olvidándonos de los tecnicismos que pueden confundir al paciente. Por ejemplo, a la hora de establecer el diagnóstico, que es cuando se utilizan términos académicos, se debe explicar la denominación de su enfermedad, en qué consisten los síntomas y su posible evolución, para que el paciente no lo sienta como acusación, principalmente en aquellas situaciones en que es difícil que tomen conciencia de enfermedad.

En ocasiones el paciente puede distorsionar voluntaria o involuntariamente la información que recogemos en su historia, omitir sucesos importantes, alterar la cronología de los mismos, etc., para ello es fundamental contrastar con algún familiar o cónyuge los datos obtenidos, o en su defecto hacer las repreguntas en diferentes momentos de la entrevista.

Para averiguar las auténticas vivencias del paciente, inicialmente hay que reflejarlas cómo las siente, no sólo cómo supone la familia o cómo interpretamos nosotros que sucedieron. Así mismo debemos tener presente que muchas veces, la presunta causa del trastorno psíquico puede ser consecuencia biológica o psicológica del mismo, así como los ensayos de psicológica y hacer comprensibles las manifestaciones psicóticas de un amigo o un familiar son frecuentes y en ocasiones poco certeras.

El recoger la información es una tarea ardua, laboriosa, debido a que hay que integrar lo que dice el paciente y los diferentes informantes, para lo cual el Psicólogo debe hacer uso de su capacidad de comprensión, análisis y saber diferencia lo relevante y así establecer un criterio objetivo y claro de lo que le sucede al paciente y no extenderse innecesariamente en su exploración.

Claves para elaborar el Informe Psicológico

1. Poseer la formación y calificación adecuada.
2. Respetar la dignidad, libertad, autonomía e intimidad del cliente.
3. Respetar y cumplir el derecho y el deber de informar al cliente.
4. Organizar los contenidos del informe
5. Describir los instrumentos empleados y facilitar la comprensión de los datos
6. Incluir en el proceso de evaluación, las hipótesis formuladas y justificar las conclusiones
7. Cuidar el estilo
8. Mantener la confidencialidad y el secreto profesional
9. Solicitar el consentimiento informado.
10. Proteger los documentos

ESQUEMA DE LA HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA.

ANAMNESIS:

Datos de Filiación:

- Nombres y Apellidos
- Edad
- Fecha de Nacimiento
- Lugar de Nacimiento.
- Grado de Instrucción.
- Estado Civil
- Procedencia
- Ocupación
- Religión
- Referente
- Informantes
- Lugar de Evaluación
- Fechas de Evaluación.
- Examinador (a)

Motivo de Consulta:

Historia de la Enfermedad o del problema actual:

- Tiempo.
- Forma de Inicio
- Síntomas principales.
- Relato.
- Antecedentes Clínicos

Antecedentes Personales:

Periodo del Desarrollo:

- Etapa Pre-natal: Embarazo o gestación.
- Etapa Natal: Parto
- Etapa Post-Natal:
Primer Año Desarrollo
Psicomotor Rasgos
neuropáticos
- Etapa Escolar
- Desarrollo y Función Sexual.
Aspectos Fisiológicos: (Sexo masculino. Sexo Femenino)
Aspecto psicosexual y Matrimonio
- Historia de la Recreación y de la vida.
- Actividad Laboral.
- Servicio Militar.

- Religión.
- Hábitos e influencias nocivas o tóxicas.

Antecedentes Mórbidos personales

- Enfermedades y accidentes.
- Personalidad Premórbida

Antecedentes Familiares:

- Composición Familiar
- Dinámica Familiar (Hábitos, costumbres)
- Condición Socioeconómica (vivienda, condiciones sanitarias, ubicación sociocultural, ocupación)
- Antecedentes Patológicos

Resumen.

EXAMEN PSICOLÓGICO O MENTAL

- Porte, Comportamiento y Actitud.
- Atención, Conciencia y orientación.
Atención.
Conciencia o estado de alerta
Orientación: tiempo, espacio, lugar, persona, personas
- Lenguaje
- Pensamiento (Curso y contenido)
- Percepción
- Memoria
- Funcionamiento Intelectual:
Conocimientos Generales.
Memoria.
Pensamiento: razonamiento y juicios
- Estado de Ánimo y Afectos.
- Comprensión y Grado de Incapacidad del problema o enfermedad

Resumen.

INFORME PSICOMETRICO.

Datos de Filiación.

Observaciones Generales.

Instrumentos Utilizados:

Interpretación de los instrumentos.

Resumen

INFORME PSICOLÓGICO

Datos De Filiación:

- Nombres y Apellidos
- Edad
- Fecha de Nacimiento
- Lugar de Nacimiento.
- Grado de Instrucción.
- Estado Civil
- Procedencia
- Ocupación
- Referente
- Informantes
- Lugar de Evaluación
- Fechas de Evaluación.
- Examinador (a)

Motivo de Consulta:

Técnicas e instrumentos Utilizados:

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas Psicométricas **Antecedentes**

Personales y Familiares.

Observaciones Conductuales.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Diagnóstico o Conclusión.

Pronóstico. (Favorable, Desfavorable y Reservado)

Recomendaciones

Fecha

Firma.

PLAN PSICOTERAPEUTICO

- Datos de filiación
- Diagnóstico psicológico
- Objetivos generales
- Acciones psicoterapéuticas
- Desarrollo de las técnicas psicoterapéuticas
- Graficar en un cuadro

Nº de sesiones	Técnica Psicoterapéutica	Objetivo	Meta

- Tiempo de ejecución
- Avances Terapéuticos.
- Fecha
- Firma

BIBLIOGRAFÍA

- BERSTEIN, A "Psicología Clínica " Edit. Mc. Graw Hill Interamericana de México S.A 1988
- BERSTEIN, NIETZEL "Introducción a la Psicología Clínica" Mc.Graw Hill. México 1995.
- CABALLO VICENTE "Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos" Edit. Psicología Pirámide Madrid 2005.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R. "Evaluación Psicológica" Ed. Pirámide, Madrid 2004
- FLORES BARBOSA J. "El Estudio de Casos" Ed. Universitaria. Lima-Perú 2004.
- KAPLAN, H. "Sinopsis de Psiquiatría" Edit. Panamericana. Buenos Aires.1990
- SEGUIN, C.A. "La Historia Clínica" Separatas. Universidad Mayor de San Marcos
- VALLEJO, y Col. "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" 2º Ed. Salvat Editores 1987.
- Zevallos E. y otros "Manual de Estudio Psicopatológico" Edición INPADESPIN Lima – Perú 1988, Tercera Edición.

Arequipa-Perú