



ACTIVIDAD 2

NOMBRE DEL ALUMNO: LUIS ENRIQUE DIAZ RODRIGUEZ

TEMA: INTEGRACION DE LA EVALUACION PSICOLOGICA CLINICA

PARCIAL: 2

MATERIA: EVALUACION PSICOLOGICA CLINICA

**NOMBRE DEL PROFESOR: MARIA DEL CARMEN BRIONES
MARTINEZ**

LICENCIATURA: PSICOLOGIA

CUATRIMESTRE: 6°

Integración de la evaluación psicológica clínica

Elaboración del informe psicológico.

La integración de un informe es una parte fundamental del proceso de evaluación

ya que su función es transmitir de manera clara y concisa la información obtenida, los hallazgos, impresiones clínicas (cuando sea aplicable) y las recomendaciones específicas.

La planificación del informe, exige extremo cuidado ya que los resultados que de ella se obtengan pueden influir en la vida de la persona evaluada

Un estudio, debe organizar los datos de manera que la persona estudiada sea visible en forma íntegra, aunque los diferentes aspectos de su personalidad total, sus respuestas y sus formas de relacionarse se perciban a distintos niveles en varias secciones del informe.

Con el fin de que el Informe psicológico cumpla su cometido, es importante considerar algunos principios básicos para la redacción del mismo (Ávila, A., 1992).

- El informe es parte y a la vez resultante del proceso psicodiagnóstico o de evaluación al cual pertenece.
- El informe ha de ser relevante en cuanto a su objeto y contenido. Debe excluirse todo aquello que no se refiere a su objetivo.
- El informe ha de ser necesario. No deben realizarse informes sin que exista un propósito definido para su ejecución, relevante a la intervención psicológica.
- El informe ha de tener utilidad, es decir, debe permitir tomar decisiones o hacer un uso específico del mismo, de acuerdo a las necesidades reales del cliente.

Propuesta de Sattler de informe psicológico.

Por su parte Sattler (2003) de manera más puntual propone una serie de principios que orienten la redacción del informe psicológico infantil:

Utilice una estrategia consistente para organizar los hallazgos centrales de la evaluación, detecte los temas comunes de los hallazgos y entre ellos, e integre los hallazgos y adopte un enfoque teórico

Incluya material sólo relacionado en el informe y elimine aquel material dañino que no sea pertinente para la valoración.

Ejerza extrema cautela al realizar interpretaciones basadas en una muestra limitada de conducta.

Mencione conductas y fuentes específicas. Cite de manera directa al niño examinado para mejorar legibilidad del informe

Considere el C.I. Total como la mejor estimación del nivel actual de funcionamiento intelectual del niño.

Evite citar solamente los nombres pruebas y las puntuaciones que de ellas se deriven. Interprete el significado e implicaciones de las puntuaciones del menor.

Redacte un informe conciso, pero adecuado.

Atienda cuidadosamente la gramática, ortografía y estilo de redacción.

-Desarrolle estrategias para mejorar su escritura, tales como: Utilizar un esquema, revisar su borrador inicial y corregir el estilo de su informe final.

Contenido del informe psicológico

Un informe es un registro clínico que describe de manera adecuada los hallazgos de la evaluación, incluyendo la información acerca de los antecedentes de la persona examinada y sus problemas, ventajas y limitaciones actuales; incluye las observaciones conductuales y las interpretaciones de la prueba.

El valor del informe psicológico reside en el grado en que atiende a la pregunta de canalización.

La forma de estructurar un informe psicológico depende básicamente del enfoque teórico que se adopte, para algunos psicológicos, se estructura basándose en el sistema teórico que le da sentido

No obstante, existen diferentes modelos que se pueden ajustar a diferentes poblaciones como, por ejemplo, Sattler (2003), quien trabaja principalmente con niños, diseñó un formato estándar de los elementos que deben considerarse en un informe y contempla los siguientes puntos:

Información de identificación, Instrumentos de evaluación, Razón para la canalización, Resultados de la evaluación e impresiones clínicas, Confiabilidad y validez, Intervalos de confianza, Organización de la sección de resultados de la evaluación e impresiones clínicas, Recomendaciones, Resumen, Firmas

Modelo psicodinámico

Por su parte, Reyes O, Lucio E y Esquivel F., (1987) proponen desde el modelo psicodinámico un procedimiento para integrar y organizar en las áreas básicas de funcionamiento y relación, la información obtenida sobre el sujeto a través de la observación, la entrevista, historia clínica, autobiografía, pruebas psicológicas y técnicas proyectivas

proponen como elementos básicos del contenido del reporte psicológico, los siguientes:

Ficha de identificación. Objetivos del reporte psicológico. fecha de aplicación. técnicas empleadas. Descripción del paciente, observaciones y comentarios. Antecedentes personales. Resultados e interpretación de las técnicas empleadas: Área intelectual. Características del pensamiento y contacto con la realidad. Área perceptomotora.

Área afectiva: tono afectivo. demanda y expresión del afecto. Características del control de impulsos. autoconcepto. relaciones interpersonales.

Capacidad de insight. Mecanismos de defensa. Áreas libres de conflicto. Impresión diagnóstica. Sugerencias de tratamiento. Pronóstico. Firma.



Integración de la evaluación psicológica clínica

Áreas libres de conflicto

Detección de los recursos y fortalezas y/o áreas débiles del sujeto como base para el diseño de la intervención terapéutica.

Impresión diagnóstica: Identificación sustancial de los diversos elementos que integran la organización de la personalidad de la evaluada, presentados como:

Síntesis sobre las áreas evaluadas.
Organización psicodinámica de la personalidad.
Diagnóstico nosológico con base en las clasificaciones vigentes.

Pronóstico: Supone una predicción de la evolución del síntoma o queja, basada en el tipo de alteración, la gravedad, recursos personales y sociales.

Sugerencias de intervención: Incluye las recomendaciones pertinentes al caso que deberán ser realistas y estar estrechamente relacionadas con la conflictiva detectada y la jerarquía de síntomas.

Firma: Básicamente indica el aval del profesionista a cargo de la evaluación y con ello las responsabilidades éticas inherentes.

Devolución de los Resultados

Informe y devolución han sido considerados desde siempre como el momento de cierre del proceso de la evaluación psicológica

La correcta devolución de resultados exige que el psicólogo a cargo de la evaluación haya logrado el adecuado conocimiento y cabal comprensión del caso, para que pueda explicarlo con eficacia y resolver las dudas que la persona evaluada, familiares o interesados puedan plantear ya sea sobre los mismos resultados o sobre las acciones a seguir.

La revisión y reflexión con el consultante sobre las calificaciones, ubicaciones sus respuestas y ejecuciones características reflejadas en las técnicas empleadas suelen ser el material más adecuado para mostrarle al paciente aspectos de sí mismo observables en su propia producción y así a partir de ello iniciar un verdadero diálogo sobre sus logros, dificultades y probable origen de las mismas, así como de la situación actual y de sus posibilidades futuras.

Lograr un mayor nivel de compromiso y mejor disposición para colaborar de manera más activa a lo largo del proceso de intervención y futuras evaluaciones.

Evitar las posibles fantasías de envidia, empobrecimiento, curiosidad y robo provenientes del psicólogo.
Favorecer la comprobación (prueba de realidad) de que el psicólogo ha salido indemne de la depositación de los aspectos destructivos del paciente, al analizarlos junto con los elementos buenos y reparadores, lo que permite al consultante reconocerlos como coexistentes y propios.
Disminuir las fantasías que pueda tener sobre su enfermedad como grave e incurable, a través de una comunicación abierta en que las dificultades y los síntomas dejan de ser inabarcables o misteriosos, lo que brinda una oportunidad para percibirlos con un criterio de realidad.
Restituir al paciente la identidad latente, integrando los aspectos desvalorizados y temidos con otros enriquecedores y potencialmente adaptativos.
Dar una terminación clara al proceso de psicodiagnóstico, que facilite el desprendimiento en un contexto de diálogo.

Reglas protocolarias de la devolución de resultados

La información generalmente se dirige en primera instancia a quien ha sido objeto de la evaluación, ya que el concepto mismo de devolución se fundamenta en la idea de la proyección y posterior reintroyección, "discriminada y dosificada" de los aspectos que de sí mismo ha aportado el sujeto al proceso de psicodiagnóstico.

En el caso particular de la evaluación infantil, dadas las fantasías inconscientes que pueden existir en cuanto a la enfermedad y la curación, es importante hacer un cierre expresamente con el niño separado de sus padres, ya que tiene derecho de saber, a ser escuchado y a ser respondido en sus inquietudes.

En algunas evaluaciones con adultos, por las características del caso (edad avanzada, nivel de deterioro, falta de autonomía o recursos, peligrosidad del síntoma etc.), requieren que la devolución y sobre todo las recomendaciones y estrategia terapéutica se expliciten no sólo al paciente sino a otros miembros del grupo familiar.

Por consiguiente, es necesario planificar cuidadosamente la sesión de cierre con la devolución de resultados. Para cada caso, así como la evaluación tuvo características y un desarrollo particular y único; la devolución también va a ser única y diferente; por lo que al diseñarla es capital considerar, cómo es la persona, cómo fue la interacción con ella durante el proceso, el material que se va a presentar y la forma en que se le van a mencionar nuestras hipótesis e indicaciones al consultante o a su familia.

Propuesta de Sattler para diseñar entrevista de devolución:

Sattler (2003), propone considerar al menos cinco factores acerca de las características del niño y de los padres, para diseñar la entrevista de devolución con ellos:

Aspectos cognitivos – capacidad y nivel de comprensión de la información que les pueda ofrecer y la manera idónea para transmitirlos.

Factor interactivo – atiende al patrón interaccional del grupo y a la forma de relación con el profesionista, quien deberá alentar la participación de todos ellos.

Elementos afectivos – se refiere a las emociones que pudieran emerger en los miembros del grupo durante la devolución.

Aspectos ético religiosos – contempla las ideologías ético religiosas predominantes de la familia y las reacciones derivadas de éstas, ante los problemas del niño, la responsabilidad, participación y aceptación de las recomendaciones.

Este mismo autor, Sattler (2003) reconoce cuatro fases de la entrevista de posevaluación con el niño y sus padres, y sugiere una serie de factores esenciales a tomar en cuenta para una de ellas:

- 1.- Establecimiento del Rapport.
- 2.- Comunicación de resultados
- 3.- Discusión de las recomendaciones
- 4.- Cierre de la entrevista de posevaluación



Papel del psicólogo en la evaluación psicológica clínica

Formación profesional del Psicólogo y su relevancia en la evaluación psicológica.

Debido a que la evaluación psicológica clínica y el diagnóstico psicológico, tienen consecuencias trascendentales para la vida de las personas, y que esta responsabilidad recae en el profesional es imprescindible que el profesional dedicado a esta labor cumpla con una serie de criterios básicos:

Tener un conocimiento profundo y manejo adecuado de las técnicas empleadas en la evaluación psicológica, ya que el carecer de esta información básica traerá como consecuencia que muchos de los datos sean distorsionados en la interpretación.

Mantener un comportamiento ético hacia la persona evaluada.

Las técnicas psicológicas pueden proporcionar información profunda y compleja acerca de la persona evaluada y el manejo de esta información desde su obtención hasta su reporte, debe quedar enmarcado dentro del más exigente sentido ético, presente en los principios éticos previamente citados.

Ser objetivo al realizar la evaluación. Aquí se da un gran énfasis a la participación objetiva del examinador durante la aplicación de las técnicas y al organizar e integrar los datos.

Redactar un informe y comunicar los resultados obtenidos implica disponer de capacidades y habilidades suficientes no solo para analizar, sintetizar e integrar los datos relevantes recabados en la información previamente obtenida, sino poner en juego las habilidades de comunicación necesarias para que el proceso de información se cumpla;

Las habilidades en función del paciente.

El evaluador tiene que mostrarse abierto y natural y evitar el lenguaje excesivamente técnico. Ha de animar al paciente a intervenir siempre que quiera, especialmente si se siente mal entendido o confundido.

El ambiente debe ser relajado y posibilitar la participación del paciente en cada paso de la EPC, muy particularmente en la formulación, que tiene que presentarse al cliente de forma clara, precisa y comprensible para lograr su entendimiento y aceptación.

Resulta imprescindible que el paciente se sienta completamente comprendido y apoyado en la superación de sus problemas. Sin embargo, la vía para establecer esa comprensión y motivación hacia el cambio puede que sea distinta para cada persona en función de sus problemas, comportamientos y necesidades.

El tipo de información que se utiliza en la EPC puede ayudar a explicar también algunos de los comportamientos que el paciente muestra o debe mostrar durante la evaluación (cooperación, agresividad, llantos continuados, etc.). De este modo, una completa formulación del caso tiene que explicar el comportamiento del paciente durante las sesiones y respecto a las tareas entre sesiones y, además, aportar suficientes pistas en cuanto al estilo terapéutico que cabe seguir con cada paciente.

El estilo del terapeuta.

Por estilo del terapeuta se entiende el conjunto de comportamientos interpersonales mostrados por éste cuando está en contacto con el paciente. Estos comportamientos se hallan determinados por la formulación del caso.

Esta definición pone de manifiesto el hecho de que no existe un estilo idóneo para fomentar el cambio en el paciente. Parece que puede encontrarse un consenso respecto a una serie básica de habilidades que el terapeuta puede usar en todas sus intervenciones (respeto, aceptación, etc.) y otro grupo de estrategias que puede ir variando sistemáticamente dependiendo del problema y de la formulación clínica que afectan a cada paciente.

Conjuntos de habilidades del terapeuta constantes, variables en cada caso y peligrosas para la relación terapéutica

Constantes: puestas en marcha con la mayoría de los pacientes

Variables en cada caso: se pueden variar en cada caso de acuerdo con la formulación clínica del mismo

Peligrosas: deben evitarse en todos los casos

Exploración inicial.

En todos los procesos de EPC siempre existe un primer momento en el que se conoce personalmente al paciente. Con frecuencia se han administrado pruebas anteriormente o se dispone de informes previos referidos a la situación de la persona. Sin embargo, normalmente se considera que es con el primer contacto personal cuando comienza el proceso de EPC, que no terminará hasta varios meses después de finalizado el tratamiento.

Este capítulo está dedicado a esos primeros instantes de contacto personal, que pueden llegar a determinar toda la EPC y que sin duda obligan a tomar las primeras decisiones clínicas

Se comienza revisando los principales objetivos y funciones del primer contacto personal y las posibles pruebas previas al mismo y se continúa abordando en cierto detalle las estrategias y técnicas de exploración inicial, que pueden resultar de la máxima utilidad en esos primeros minutos.

Se finaliza con la delimitación del motivo de consulta, verdadero inicio de la primera entrevista.

Papel del psicólogo en la evaluación psicológica clínica

Objetivos y funciones del primer contacto

En la mayoría de los casos, de forma previa al primer contacto personal, el psicólogo ya puede conocer algunos detalles del paciente que le permiten formarse una idea respecto a la persona que va a encontrar.

Esta información preliminar puede provenir de varias fuentes, entre las que pueden destacarse en primer lugar los informes previos de otros profesionales (por ejemplo, informes de derivación). Contar con un historial clínico del paciente correctamente realizado puede ser de gran utilidad, no sólo en este momento inicial, sino a lo largo de la evaluación del desarrollo de los problemas.

En segundo lugar, resulta interesante la información obtenida a partir de sencillas pruebas biográficas, generalmente cuestionarios, que pueden administrarse de forma rutinaria al paciente en el momento en el que solicita la primera cita. La información que suelen incluir puede ayudarnos a situar a la persona en un contexto cultural y puede guiarnos en la identificación de los grupos de referencia que determinan los valores y normas de la persona.

Las pruebas de detección (screening), al ofrecer un diagnóstico probabilístico del caso y permitir en muchas ocasiones identificar alguna de las áreas problemáticas, pueden cumplir una función orientadora sobre la asignación del caso a un terapeuta u otro dependiendo de su especialización y, desde luego, pueden guiar el proceso de generación de las primeras hipótesis.

De este modo, se inicia la relación dinámica que existirá durante todo el proceso de EPC entre evaluación descriptiva, funcional y diagnóstica.

Por último, parece adecuada igualmente la puesta en marcha de minientrevistas, efectuadas a la persona cuando se dirige a nuestro servicio para solicitar atención, que pueden ser llevadas a cabo por el personal auxiliar y contribuyen a situar mejor al paciente.

Conversación.

Se trata de mantener una pequeña conversación informal y sobre temas casuales con el paciente antes de dar comienzo a la entrevista.

Este período de acercamiento puede aprovecharse para continuar la observación emprendida anteriormente y, a la vez, para ir introduciendo aspectos relacionados con el examen del estado mental.

Un tipo de preguntas que ayuda a iniciar este tipo de conversación puede ser el relacionado con la información de la que ya disponemos por su historial previo: fecha en la que solicitó la cita, nombre, dirección, teléfono, etc.

Resulta fácil comprender que enganchar al paciente en una charla de apariencia trivial que parece servir exclusivamente para romper el hielo de la relación puede ir mucho más allá.

En esta misma línea, y aprovechando la ocasión para ir avanzando en la recogida de información, éste puede ser un buen momento para recabar información acerca de la estructura familiar y de convivencia del paciente o, confirmarla si ya disponíamos de un avance en un informe preliminar. Así, puede ser un buen momento, para realizar el genograma de la persona, que, además de aportar una información familiar básica, puede ayudar a iniciar la identificación de posibles problemas o apoyos en las relaciones personales próximas

Exploración

Una vez realizada una observación sistemática que incluye algunos minutos de conversación con el paciente, se está en disposición de comenzar propiamente la primera entrevista. Sin embargo, es posible que durante los momentos anteriores se haya evidenciado algún signo claramente problemático o susceptible de serlo que puede requerir nuestra atención antes de continuar la entrevista.

El tipo de procesos que suelen estar más presentes en estas situaciones pueden resumirse en los siguientes: — Alteraciones del estado de ánimo o emocionales que, sin presentarse como crisis agudas, pueden llegar a entorpecer o imposibilitar una entrevista de evaluación.

En estas ocasiones puede recurrirse a preguntas específicas sobre el estado actual, si es representativo del estado general de la persona o si bien hoy es un día o un momento especialmente malo por algún motivo. Generalmente este tipo de preguntas ayuda a determinar el alcance del problema y, por tanto, a decidir el curso de la entrevista. — Variables de la persona como nivel de energía y percepción.

Para poder seguir una entrevista de evaluación, el paciente debe tener un nivel de energía adecuado (ni muy bajo, como en algunos procesos depresivos, ni muy alto, como en los episodios maníacos) y una percepción normal (sin alucinaciones ni faltas graves de sensibilidad sensorial).

El propio discurso verbal del paciente suele aportar información al respecto; por lo general este tipo de problemas merece una evaluación más específica. — En la misma línea del punto anterior, hay que explorar el flujo y el contenido del pensamiento del paciente.

Minexamen del estado mental.

(Mini-mental) El mejor ejemplo de prueba estandarizada para evaluar de forma sencilla y rápida la capacidad cognitiva y el estado mental en términos generales es sin duda el Minexamen del estado mental o Minimental, desarrollado por el equipo de Folstein a mediados de la década de los 70 del pasado siglo XX (Folstein, Foldstein y McHugh, 1975).

El Minimental se diseñó como prueba de detección ante posibles problemas intelectuales y cognitivos, especialmente los relacionados con los síndromes orgánocerebrales, pero presentes también en otros trastornos (Foldstein et al., 1975).

El Minimental es la prueba más empleada como detección (screening) de los déficit cognitivos. Se ha usado para identificar demencias, delirios y valoración gruesa del déficit cognitivo.

Papel del psicólogo en la evaluación psicológica clínica

Motivo de consulta

Una vez finalizada la fase de exploración inicial y tomada la decisión de continuar el proceso de EPC con la entrevista inicial al paciente, se llega al momento de plantear propiamente la primera pregunta de la misma.

Esta primera pregunta debe indagar necesariamente sobre el motivo de consulta. Algunos ejemplos pueden ser: — Bueno, usted me dirá... — ¿Cuál es su problema? — ¿Por qué motivo acude usted a la consulta? O cualquier otra variación sobre el tema.

En cuanto al tipo de información que vamos a ir requiriendo y modelando (lo más descriptiva posible), no hay que ser impaciente y, sobre todo en las primeras intervenciones del paciente hay que interferir lo menos posible en el lenguaje con el que UNIVERSIDAD DEL SURESTE 93 se expresa, puesto que el tipo de lenguaje empleado para explicar su problema aporta información sobre distintas variables personales de interés (nivel cultural, educación, etc.) y sobre el problema en sí mismo (ideas irracionales, conceptualización, narración del propio problema, etc.), que es muy importante conocer para llevar a cabo un acercamiento adecuado al caso y al paciente.

Muy frecuentemente la labor diagnóstica se encuentra insertada en el proceso más amplio de EPC. Sin embargo, en algunas ocasiones es conveniente o necesario establecer un diagnóstico sin poder completar el proceso de evaluación.

Por otra parte, también resulta de interés conocer los instrumentos diagnósticos y su funcionamiento aislado para poder integrarlos mejor, completos o de forma fragmentada, en el proceso de EPC.

Material de uso del psicólogo en la EPC.

Como apoyo al proceso de EPC se incluyen los siguientes materiales que pueden resultar prácticos en el trabajo cotidiano del evaluador:

- Cuestionario de admisión
- Guía de entrevista clínica general (Muñoz, 2001).
- Cuestionario breve de salud del paciente (PHQ) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999).
- PHQ, cuestiones para abordar en la entrevista posterior (segunda fase).
- Examen Mini-mental (Folstein et al, 1975, versión de Lobo et al., 2002).
- Guía para la entrevista de detección (Vázquez y Muñoz, 2003).
- Normas para el uso de autorregistros
- Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al., 1981).
- Escala de acontecimientos que elevan el estado de ánimo (Kanner et al., 1981).
- Entrevista de devolución de información (a partir de Turkat, 1986).
- Normas para la redacción de informes.
- Esquema de informe clínico.
- Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (DSM-IV-TR, APA, 2000).
- Escala breve de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-S) (OMS, 1997). — Calidad de vida (QOL) (Baker e Intagliata, 1982)