|  |
| --- |
| **INSTRUCTIVO GENERAL**  **(Favor borrar este instructivo de la versión final del informe que se vaya a archivar en la historia clínica o a entregar al paciente).**  Esta plantilla debe ser tenida en cuenta en el desarrollo de los informes que emita el CPC. Para el diseño del informe específico se deben utilizar los apartados pertinentes siguiendo las instrucciones establecidas en este instructivo. En el cuerpo de esta guía aparecerán títulos especiales que sólo aplicarán para ciertos tipos de informe. Todo título que no se emplee en el informe deberá ser borrado.  Componentes del informe:   1. Datos de identificación. Escribir los datos solicitados en esta sección de manera clara y exacta con base en la información consignada en la historia clínica. 2. Motivo de consulta/evaluación. En este apartado se describe las razones por las cuales el paciente y/o acudiente buscaron la ayuda psicológica. En caso de ser un informe de evaluación o diagnóstico se debe describir el objetivo de dicha evaluación o del informe solicitado.   Ejemplos:  El paciente señaló: “Desde hace más de tres meses no puedo dormir bien y vivo estresado todo el día”  El acudiente refirió: “Mi hijo está insoportable, no me hace caso cuando le digo que se levante para ir al colegio, no se queda quieto ni un minuto y no está haciendo las tareas”  Objetivo del informe o evaluación: El presente informe fue solicitado por la Institución Y que quiere conocer el desempeño del consultante en la prueba X.  En los casos que sean pertinentes (particularmente en menores de edad con acudiente) deben aparecer todos los motivos de consulta reportados.   1. Aspectos de la apariencia, porte y motivación. En este apartado se debe describir en detalle el aspecto físico del paciente, su arreglo personal o hábitos de autocuidado, aspectos de su estado mental (atención, memoria, orientación), aspectos de su conducta verbal, no verbal y paralíngüística y descripción de su nivel motivacional y de colaboración con el proceso.   Ejemplo: “Pepe se muestra como una persona saludable, con un adecuado auto-cuidado y favorable examen mental, ya que se observa euproséxico, con juicio y raciocinio conservados, adecuado curso y contenido de pensamiento y orientado en tiempo y espacio tanto en relación a si mismo como con respecto al mundo y a los demás. Así mismo, mantiene una postura erguida, una actitud empática y de colaboración durante la consulta. En general se mostraba relajado, con fluidez verbal y tono de voz adecuado para la situación. Se mostró motivado en el proceso desarrollado”.   1. Historia del problema. En este apartado se describir en detalle los antecedentes, factores predisponentes, precipitantes y demás datos que permitan clarificar el inicio y curso del problema que reporta el paciente, por ejemplo: La problemática empezó a presentarse hacia X edad (o etapa del desarrollo), al parecer asociada a Y evento. Una vez se inició, hacia los 14 años ésta se agudizó debido a Z acontecimiento. Desde que empezó esta problemática ésta se han mantenido crónica y sin variaciones importantes. 2. Áreas de ajuste. En este apartado se deben describir las características generales de las siguientes áreas de ajuste en el aquí y ahora del paciente:  * Área familiar: se debe incluir información de su familia actual, extensa y demás personas con quien vive el paciente * Área social: se debe hacer referencia a su red social de apoyo y sus habilidades sociales * Área afectiva/sexual: se debe incluir información relacionada a las relaciones de pareja que se tienen en la actualidad, bien sean estas formales o casuales * Área personal: se deben incluir aspectos relacionados con el autoconcepto, la autoimagen, la autoeficacia, las fortalezas y debilidades del paciente * Área recreativa: se debe incluir el rango de intereses, las habilidades o talentos y las aficiones * Área espiritual: se debe incluir las creencias y prácticas religiosas o espirituales  1. Estrategias de evaluación. Describir cada una de las estrategias de evaluación utilizadas, señalando: 2. Nombre completo de la estrategia de evaluación y sigla de identificación, autor y año de la misma. Ejemplo: Test de Depresión de Zung (1975); Entrevista semiestructurada para síntomas de ansiedad (Pérez, 2001), Registro observacional diseñado para el caso (2011). 3. Descripción breve de cada estrategia y objetivo de su aplicación. Ejemplo: Test de Depresión de Zung (1975). Es un instrumento que consta de 20 ítems que miden la presencia de síntomas indicativos de la depresión; Entrevista con significantes: se desarrollaron dos entrevistas con los padres de L para determinar la claridad de sus pautas de crianza; Registro de consumo de cigarrillo: en el registro se pidió al paciente que consignara la cantidad de cigarrillos que consumía cada día de la semana. 4. Resultados de las estrategias de evaluación. Descripción concreta (respetando datos de confidencialidad en caso de que el informe sea de evaluación o diagnóstico) de cada estrategia empleada. La información puesta debe tener relación con el apartado siguiente de hipótesis preliminares o con el de hipótesis de mantenimiento. Ejemplo: En la prueba X el puntaje fue 36, lo que significa…; según el registro observacional, el paciente consume un promedio de 10 cigarrillos los fines de semana y de 5 cigarrillos entre semana. Además, señalar la cantidad de sesiones de evaluación. Ejemplo: Cantidad de sesiones de evaluación: 5. 5. Hipótesis preliminares descriptivas e impresión diagnóstica. En este apartado se deben mencionar las hipótesis preliminares de acuerdo a la descripción de la problemática del paciente. Estas pueden ser clases de respuestas o diagnósticos tomados del CIE-10 o el DSM lV-TR., siendo necesario especificar el numeral a que corresponde la categoría diagnóstica. En los informes externos para otras instituciones o profesionales es fundamental plantear los diagnósticos como tentativos, empleando para este propósito frases como: “los datos muestran que el paciente POSIBLEMENTE, PRESUNTAMENTE, PROBABLEMENTE muestra indicadores de X DIAGNÓSTICO”. 6. Hipótesis de mantenimiento (factores de mantenimiento). En este apartado se debe hacer una descripción sintética de las hipótesis de mantenimiento propuestas o de los factores de mantenimiento identificados y su correspondiente explicación. Esta información puede ser tomada de la formulación de caso adjuntada. En este apartado se pueden actualizar factores de mantenimiento que no se hayan identificado cuando se publicó la formulación y que generaron cambios en el tratamiento.   **Ejemplos:**   * Las problemáticas de H parecen estar mantenidas por el refuerzo que obtiene de sus familiares en Y situaciones. * Los comportamientos problemáticos de S se asocian al conjunto de distorsiones cognoscitivas (m,n,o) que presenta en las situaciones en las que tiene que hacer X cosas. * El déficit en habilidades de M impide el desarrollo de conductas más adaptativas para enfrentar sus situaciones más problemáticas.  1. Plan de tratamiento. En este apartado se deben describir las estrategias que se utilizaron durante la fase de intervención, así como el número de sesiones de intervención realizadas, por ejemplo: Reestructuración cognitiva por medio del dialogo socrático, Terapia de Aceptación y Compromiso, Entrenamiento en solución de problemas de Nezú y Nezú (1991), Entrenamiento en relajación progresiva. No. de sesiones: 5 2. Logros y alcances. En este apartado se debe describir el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en términos de logros y alcances, señalando factores motivacionales del paciente, adherencia al tratamiento psicológico y disminución del malestar que le ocasiona su problemática psicológica, por ejemplo: *“Juan ha decrementado notoriamente la probabilidad de ocurrencia de la conducta de escape en situaciones de conflicto con su pareja de 10 a 2, esto se debe a su motivación, cumplimiento de la tarea, a la empatía que ha establecido con el terapeuta y al apoyo de su esposa”*   En algunos casos resulta útil incluir gráficas que muestren el progreso del paciente en comparación a la línea base. Agregar nivel de funcionamiento actual (en relación con las problemáticas):  Normal (entre el 90% y 100%)  Medio (70% y el 90%)  Bajo (por debajo del 70%)   1. Dificultades en el proceso. En este apartado se deben describir los obstáculos que ha tenido el paciente y el terapeuta en el proceso psicológico, así como se deben mencionar el número de consultas canceladas previamente y no asistidas, por ejemplo:   Falta de soporte social  Cambio de trabajo, lo cual le ha implicado mayores responsabilidades que no permiten que asista a consulta oportunamente  Dificultad de la madre para traer a la niña  No. de sesiones canceladas previamente: 6  No. de sesiones no asistidas: 4   1. Recomendaciones. En este apartado se deben mencionar las recomendaciones a nivel personal, contextual y relacionados con el proceso psicológico del paciente, por ejemplo:   *“El proceso psicológico que se ha llevado a cabo con Freddy ha tenido resultados favorables que le han permitido mejorar su grado de funcionamiento en su diferentes áreas de ajuste, sin embargo, se recomienda un trabajo interdisciplinario entre colegio y padres para cumplir con los objetivos terapéuticos. Así mismo, se sugiere continuar con la fase de tratamiento psicológico, así como consultar a una terapeuta ocupacional para mejorar su aprestamiento”.*   1. Estado actual del caso. Seleccionar el estado actual marcándolo con una equis (X). 2. Fuente de la decisión del estado de caso actual. Marcar la opción que corresponda. 3. Observaciones: Deberá incluir los aspectos que considere son relevante a tener en cuenta en el caso. 4. Firmas. De practicante y supervisor 5. Para los informes asociados a la aplicación de pruebas psicológicas (a niños o adultos) que van a ser dirigidos a otra institución debe adjuntarse la siguiente nota a pie de página en todas las hojas:   Nota. El presente informe se debe entender como la presentación de resultados descriptivos del comportamiento, opinión o desempeño del consultante en una prueba particular. Por lo tanto, no tiene el carácter de un informe de valoración ni pericial. Los resultados presentados en el informe tienen un alcance limitado si no se consideran junto con datos proporcionados por otras fuentes de información (como entrevistas a padres u otros significantes, docentes, récord académico, etc.) y por ello no se puede utilizar como única fuente para la toma de decisiones en relación con la situación actual del consultante.  **NOTA: Si el caso asignado corresponde a un colegio o institución en Convenio el estudiante deberá realizar informe en la 5 sesión y un informe final. Para este informe tenga en cuenta únicamente los numerales:**   1. **Datos de identificación.** 2. **Motivo de consulta/evaluación.** 3. **Hipótesis preliminares descriptivas e impresión diagnóstica.** 4. **Logros y alcances.** 5. **Dificultades en el proceso** 6. **Recomendaciones.** 7. **Estado actual del caso** 8. **Fuente de la decisión del estado de caso actual..** 9. **Observaciones:** 10. **Firmas. De practicante y supervisor**   **INFORME COLEGIOS:** De este documento se deben imprimir dos copias una que queda en la historia clínica y una que se entregará en la Dirección del Centro para su remisión. Este documento deberá ser ubicado en la sesión correspondiente y al final del proceso debajo del formato **FR-PS-539 (completo)** |

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

ESTADO CIVIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

FORMA DE SOLICITUD DEL SERVICIO: VOLUNTARIA: \_\_\_\_\_\_\_ REMISIÓN: \_\_\_\_\_

SI ES REMITIDO POR QUIÉN:

OCUPACIÓN:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:

LOCALIDAD:

BARRIO:

TELÉFONO DEL DOMICILIO:

TELÉFONO CELULAR:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LA PERSONA RESPONSABLE:

PARENTESCO DE LA PERSONA RESPONSABLE:

TELÉFONO CELULAR:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

TIPO DE VINCULACIÓN:

**INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO PSICOLÓGICO DESARROLLADO**

ACCESO AL SERVICIO: VOLUNTARIO\_\_\_ REMITIDO\_\_\_

FUENTE DE REMISIÓN:

FECHA DE SESIÓN INICIAL (VALORACIÓN):

FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN:

CANTIDAD DE SESIONES PROGRAMADAS (Corresponde al total de sesiones reportadas en el control de consultas):

CANTIDAD DE SESIONES REALIZADAS (Corresponde al total de sesiones registradas con asistencia del consultante en el control de consultas):

PROFESIONAL EN FORMACIÓN ASIGNADO:

SUPERVISOR(A):

FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME:

1. **MOTIVO DE CONSULTA/MOTIVO DE EVALUACIÓN:**
2. **ASPECTOS DE LA APARIENCIA, COMPORTAMIENTO Y MOTIVACIÓN**
3. **HISTORIA DEL PROBLEMA**
4. **AREAS DE AJUSTE**
5. **ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN**
6. **HIPÓTESIS PRELIMINARES DESCRIPTIVAS/IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**
7. **HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO/FACTORES DE MANTENIMIENTO**
8. **PLAN DE TRATAMIENTO**
9. **LOGROS Y ALCANCES**
10. **DIFICULTADES EN EL PROCESO**
11. **RECOMENDACIONES**
12. **ESTADO ACTUAL DEL CASO Y JUSTIFICACION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cerrado:** Se terminó el proceso por cumplimiento de objetivos o el paciente no aceptó algún componente del proceso terapéutico (terapeuta, metodología, formulación, plan de tratamiento, etc.) (especificar el componente) | **Aplica** |
| **Suspendido:** El caso se canceló por deserción o incumplimiento de las condiciones de prestación del servicio |  |
| **Empalmado:** El caso no ha terminado y debe continuar el siguiente semestre con un nuevo terapeuta  PREGRADO ( ) POSTGRADO ( ) |  |
| **Remitido:** El caso no puede ser atendido en el CPC, o el paciente requiere un servicio no ofrecido en el CPC (especificar cuál servicio y a que institución fue remitido) |  |
| **Intersemestral:** El caso seguirá siendo atendidoen periodo de vacaciones  (Solo Aplica para Posgrado) |  |
| **Suspendido:** Por terminación del periodo académico, continua el siguiente semestre con el mismo terapeuta |  |
| **Asignado a otro colega del CPC:** El profesional y su supervisor han decidido que es pertinente asignar el caso a un colega del CPC (puede ser pregrado o de postgrado) |  |

1. **FUENTE DE LA DECISIÓN DE TERMINACIÓN, SUSPENSIÓN, EMPALME O REMISIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fuente** | **Aplica** |
| Iniciativa del paciente |  |
| Decisión del practicante (apoyada por el supervisor) |  |
| Decisión del(a) supervisor |  |
| Mutuo acuerdo entre el paciente y el practicante |  |
| Otra fuente (especificar): |  |

1. **OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SUPERVISOR UNIVERSITARIO                                 PROFESIONAL EN FORMACIÓN ÁREA CLÍNICA**

T.P. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         C.C N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_