

CÓMO ESCRIBIR UNA HISTORIA CLÍNICA

Marina Brunete Esteban, Violeta Esteban Pons, Tatiana Fernández Marcos, Diana Lozano López, Alejandra Mohamed Noriega, Marta Ortega Otero, Marta de la Torre Martí y Daniel Santacruz García.

Centro de Psicología Aplicada

Facultad de Psicología

Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

Este documento describe el protocolo para la realización de la historia clínica que se lleva a cabo en el Centro de Psicología Aplicada de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Este documento tiene como objetivo recopilar la información clínica de cada consultante, en primer lugar, para el propio aprendizaje y orden de las sesiones; y en segundo lugar, para que otros profesionales puedan leer el caso y aprender de él.

ÍNDICE

Introducción/Apartados

1. Consentimiento informado
2. Historia biográfica
3. Transcripción de las sesiones
 - 3.1. Procedimiento
 - 3.2. Evaluación
 - 3.3. Tratamiento
 - 3.4. Alta y seguimiento
4. Fichas resumen
5. Ficha Excel
6. Instrumentos

📌 INTRODUCCIÓN/APARTADOS

El documento que se presenta a continuación describe el protocolo para la realización de la **historia clínica** que se lleva a cabo en el Centro de Psicología Aplicada de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Este documento tiene como objetivo recopilar la información clínica de cada consultante, en primer lugar, para el **propio aprendizaje** y orden de las sesiones; y en segundo lugar, para que **otros profesionales** puedan leer el caso y aprender de él.

Se indican los criterios fundamentales y toda la información que debe contener la historia clínica, a la hora de acordar la confidencialidad, transcribir las sesiones terapéuticas o realizar informes atendiendo a la deontología.

Específicamente, se dedica un apartado especial para describir la transcripción de las sesiones con cuatro partes fundamentales.

El criterio básico a la hora de realizar una historia clínica es la confidencialidad, aspecto que se cuidará a través de la siguiente norma: las historias deben identificarse por un número y almacenarse en un lugar bajo llave. En ellas, no pueden aparecer datos personales que permitan la identificación del consulante o la consultante (nombre y apellidos, números de teléfono, direcciones...).

Las historias clínicas constarán de las siguientes partes o apartados:

- (1) Consentimiento informado.
- (2) Historia biográfica.
- (3) Transcripción de las sesiones.
- (4) Fichas resumen.
- (5) Ficha excel.
- (6) Instrumentos.

En otro documento, se recogerá la correspondencia entre el número identificativo de cada historia y los datos personales de cada consultante. En el caso del Centro de Psicología Aplicada, se denomina “Datos de preevaluación”.

Este documento contiene una ficha con los datos de la entrevista previa donde aparecen nombre y apellidos, teléfono de contacto, fecha de nacimiento, domicilio, correo electrónico, vinculación con la UAM, número de expediente, motivo de solicitud (si lo presenta en la preevaluación), para quién solicita la demanda, edad del demandante/s, fecha de la demanda, terapeuta asignada/o, terapeuta que ha realizado la preevaluación y firma (ver Anexo 1).

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dos fichas en las que se recogen las normas del centro y la política de datos personales, firmadas por el/la consultante (ver Anexo 2).

2. HISTORIA BIOGRÁFICA

Documento en el que ha de quedar especificado el motivo de consulta y la descripción de las dificultades, datos demográficos, historia académica, historia ocupacional, inicio de las dificultades, síntomas, contexto ambiental y posibles precipitantes, curso de las dificultades, historia y tratamientos previos, funcionamiento actual en su vida diaria (ver documento: HISTORIA BIOGRÁFICA).

📌 3. TRANSCRIPCIÓN DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS

Las primeras sesiones han de recoger información sobre el motivo de consulta, historia de las dificultades y objetivos para la terapia. En las siguientes sesiones se llevará a cabo una transcripción de las mismas, según el modelo que describiremos más adelante: información, análisis y tareas.

3.1. PROCEDIMIENTO

- (1) Crear un documento con el número de expediente y un titulillo de una o dos palabras que identifique fácilmente el caso (vg. #88 fobia social, #148 hipomanía).
- (2) Todas las sesiones comenzarán con el número de expediente, el número de sesión y la fecha.
- (3) Durante las sesiones de evaluación se redacta: información, análisis y tareas.
- (4) Tras la sesión en la que se devuelva el análisis funcional, éste se colocará en la primera página del documento word que recoja las sesiones para facilitar la comunicación entre el equipo.
- (5) A partir de la primera sesión de tratamiento, se redacta: información, análisis y tareas como se expone a continuación.

3.2. EVALUACIÓN

En "INFORMACIÓN"

En este apartado de la transcripción de la sesión, se describe de manera resumida la información que el/la consultante cuenta en la sesión, así como qué actividades se han hecho, los resultados y las dificultades encontradas. Es un resumen general de lo acontecido tanto en sesión como en la semana del/de la consultante.

En "TRATAMIENTO"

Breve **explicación funcional** del caso.

- (1) **Hipótesis de origen:** redacción y concreción de la hipótesis de inicio de las conductas problema e incluir la cadena (ver figura 1).
- (2) **Hipótesis de mantenimiento:** respuestas operantes redactadas, cadenas –ED, Rop, C– y función de esas conductas (ver figura 1). Factores que empeoran y que facilitan, grado de generalización.
- (3) **Variables disposicionales y facilitadoras.**
- (4) **Estímulos discriminativos/generalizados.**
- (5) **Consecuencias a largo plazo.**
- (6) **Análisis funcional tipo** (ver plantilla; si no se ha incluido antes en los apartados anteriores).
- (7) **Objetivos** (desde la primera sesión incluir el boceto de los objetivos de la terapia conjugando la demanda y la impresión clínica con la que contamos) y **técnicas de tratamiento** justificadas para cada objetivo.
- (8) **Comentarios/Impresiones personales:** aquí incluiremos aspectos relacionados con nuestras impresiones personales y la interpretación subjetiva de ciertos hechos o aspectos acaecidos durante la sesión.

En "TAREAS"

En el último apartado de las sesiones terapéuticas, se dedicará un breve espacio para la descripción de las tareas a llevar a cabo por parte del/a consultante y del/a terapeuta de cara a la siguiente sesión.

Para el/la consultante, se enumerarán las tareas para casa. En el caso de los autoregistros, se indicará la consigna. En el caso de las tareas de exposición y relajación, se realizará una breve descripción de las mismas (vg. número de ítems, frecuencia estimada de la relajación, etc.).

Para el/la terapeuta, se enumerarán las tareas que debemos preparar antes de la siguiente sesión. (como: buscar información sobre un tema determinado, preparar fichas de la jerarquía, traer material para exposición...) También se exponen los objetivos planteados para la siguiente sesión.

3.3. TRATAMIENTO

En "INFORMACIÓN"

En este apartado de la transcripción de la sesión, se describe de manera resumida la información que el/la consultante cuenta en la sesión, así como qué actividades se han hecho, los resultados y los problemas encontrados. Es un resumen general de lo acontecido tanto en sesión como en la semana del/de la consultante.

En "ANÁLISIS"

- (1) **Objetivo** (#1).
- (2) **Técnica/s** que se han utilizado para conseguir el objetivo (u objetivos) y la función de dichas técnicas.
- (3) **Punto** en el que se está con dicha técnica y valoración objetiva de logros y dificultades en su aplicación (autorregistro).
- (4) **Valoración subjetiva** por el terapeuta y comentarios personales.
- (5) **Objetivo** (#2), técnica/s, punto y valoración de otro/s objetivo/s
- (6) **Comentarios y/o valoraciones globales** de toda la sesión.
- (7) Si procede, **previsión** de cara a las próximas sesiones.

En "TAREAS"

En el último apartado de las sesiones terapéuticas, se dedicará un breve espacio para la descripción de las tareas a llevar a cabo por parte del/a consultante y del/a terapeuta de cara a la siguiente sesión.

Para el/la consultante, se enumerarán las tareas para casa. En el caso de los autoregistros, se indicará la consigna. En el caso de las tareas de exposición y relajación, se realizará una breve descripción de las mismas (vg. número de ítems, frecuencia estimada de la relajación, etc.).

Para el/la terapeuta, se enumerarán las tareas que deben prepararse antes de la siguiente sesión (por ejemplo, buscar información sobre un tema determinado, preparar fichas de la jerarquía, traer material para exposición...). También se expondrán los objetivos planteados para la siguiente sesión.

3.4. ALTA Y SEGUIMIENTO

En "INFORMACIÓN"

En este apartado de la transcripción de la sesión, se describe de manera resumida la información que el/la consultante cuenta en la sesión, así como qué actividades se han hecho, los resultados y los problemas encontrados. Es un resumen general de lo acontecido tanto en sesión como en la semana del/de la consultante.

En "ANÁLISIS"

- (1) **Repaso de terapia:** el motivo o los motivos de consulta, el análisis funcional, los objetivos conseguidos con la terapia, las estrategias que se han aprendido y la opinión general sobre el tratamiento.
- (2) **Generalización de aprendizajes:** cómo está funcionando lo aprendido en terapia en el funcionamiento habitual, cómo se ha ganado control, qué cosas nuevas se han afrontado y cómo lo han hecho.
- (3) **Prevenciones:** anticipación de dificultades futuras y evaluación de cómo reaccionaría la persona en cuestión.

En "TAREAS"

En el último apartado se dedicará un breve espacio para la descripción de las tareas a llevar a cabo por parte del/a consultante o del/a terapeuta de cara a la siguiente sesión.

Para el/la consultante, se enumerarán las tareas para casa. En el caso de los autoregistros, se indicará la consigna.

Para el/la terapeuta, se enumerarán las tareas que deben prepararse antes de la siguiente sesión (como buscar información sobre un tema determinado, preparar fichas de la jerarquía,

traer material para exposición...). También se exponen los objetivos planteados para la siguiente sesión.

4. FICHA RESUMEN

Recoge información actualizada y esquematizada de los avances de cada sesión (VER ANEXO 3).

5. FICHA EXCEL

Se realiza al finalizar un caso y recoge información lo más cuantitativamente posible con objeto de futuras investigaciones (VER MODELO DE FICHA EXCEL).

6. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados han de evaluar cada una de las variables relevantes y han de estar actualizados. Si se considera relevante para el problema, han de reflejar los resultados en puntuación directa y su interpretación. Se pasarán los instrumentos al inicio de la terapia y al finalizar la misma.

ANEXO 1. PROTOCOLO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN.

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN

DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

Nombre	
Apellidos	
Teléfono	
Fecha de nacimiento	
Domicilio	
E-mail	
Vinculación UAM	
Nº Expediente	

Motivo de la solicitud	
------------------------	--

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Solicita atención para sí mismo		Edad:
Solicita atención para sí mismo y pareja		Edades:
Para una persona menor de edad		Edad:
Para una persona mayor de edad		Edad:

PRIMERA ENTREVISTA

Fecha	
Dr./Ldo.	
Derivación	

Fecha	
Nombre	
Firma	

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

La Consultoría General de Adultos del Centro de Psicología Aplicada se rige por las siguientes normas para el buen funcionamiento del mismo:

- Los pagos de las sesiones se deberán efectuar en grupos de tres por adelantado. En la primera sesión de cada bloque se deberá presentar el justificante de pago en Secretaría, en caso contrario no podrá ser atendido.
- La falta de asistencia a la primera sesión de cada bloque donde se debe entregar el resguardo de pago (sin información de ello a la Secretaría), implicará la baja automática del servicio.
- En caso de no asistir a la última sesión del bloque se debe avisar a Secretaría para poder seguir reservando su hora en posteriores sesiones.
- En general, el horario que se acuerde para las sesiones se mantendrá sin cambios.
- No se devolverá el dinero de las sesiones abonadas a las que no se asista.
- En ningún caso, la no asistencia a una sesión implica poder recuperarla.
- Sólo se reservan las horas que ya han sido abonadas.
- Una sesión tiene una duración de 50 minutos

La firma de estas normas implica su aceptación. Fdo. (Nombre y Apellidos)

NUMERO DE CUENTA: 2038-2831-61-6000158866

ENTIDAD: CAJA MADRID

TITULAR: CENTRO DE PSICOLOGIA APLICADA

*Concepto :	Consultoría general 741064
	Consultoría Infantil y Adolescentes 741065
	Consultoría Neuropsicología 741066
	Consultoría trastornos de la Alimentación 741067
	Consultoría Clínica de grupos 741069
	Consultoría Sexualidad 741070
	Consultoría Terapia de parejas 741071

***Marque el servicio proporcionado**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados van a ser incluidos en un fichero de datos de carácter personal, con titularidad de la Universidad Autónoma de Madrid estando prevista su cesión exclusiva a la Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid para fines de gestión de datos. Ud podrá oponerse en cualquier momento a estos tratamientos así como ejercitar los derechos de acceso, rectificación o cancelación dirigiéndose al Centro de Psicología Aplicada, c/Iván.P Pavlov, 6, Madrid 28049.

Tras ser informado/a por el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid de la existencia y finalidad del fichero de datos de carácter personal, autorizo a que mis datos personales sean automatizados en el mencionado fichero.

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

Fecha:

Firma:

ANEXO 3. FICHA RESUMEN.

Consultante número:		
Fecha y nº de sesión:		
Evaluación/Tratamiento /Seguimiento:		
Conducta/s registrada/s esta semana pasada:		
Valoración de los registros (0-10)		
Objetivos afrontados en la sesión		
Técnicas aplicadas en la sesión		
Resultados obtenidos con las técnicas en sesión (0-10)		
Valoración de la sesión por el terapeuta y la consultante (0-10). Logros alcanzados.		
Tareas para casa		

Figura 1. Análisis funcional tipo.

