

3. Características de las notas clínicas elaboradas con el formato SOAP

Mtra. María Cristina Bravo González

Formato SOAP

- Es un formato estructurado a través del cual se consigna la información en el expediente médico de acuerdo al Sistema Médico Orientado por Problema
- Consideradas también como **Notas de evolución**
- Fácilmente adaptable al trabajo del psicólogo
- Siglas
 - *S: Subjective (subjetivo)*
 - *O: Objective (objetivo)*
 - *A: Assessment (evaluación, análisis)*
 - *P: Plan (plan)*

Subjetivo

- Implica presentar lo que el paciente refiere, literalmente. Pueden incluirse expresiones subjetivas del terapeuta
 - Queja y/o demanda principal del paciente, en términos de lo que el psicólogo clínico resume como problemática(s) principal(es) pudiendo hacer uso de cita textual o no.
 - En función del problema ser más o menos explícitos en esta parte.
 - Lo importante es que se haga una síntesis de lo reportado por el paciente.



Subjetivo, ejemplo

- S. Refiere sentirse triste y desesperada, debido a que lleva más de 30 días hospitalizada debido a una fístula en la reconexión de una colostomía. La prolongación de la estancia hospitalaria le preocupa debido a que no ha visto a sus tres hijos (7, 5 y 4 años, respectivamente)



Ejemplo 2017

S: El paciente refiere que su reacción respecto a su diagnóstico y pérdida de visión fue “me sentía mal, triste, preocupado, angustiado” (sic. Pac.). También refiere que se siente limitado a hacer actividades como correr o cargar objetos pesados, y para poder obtener un mejor empleo, pues refiere “no hay más que me dé trabajo” (sic. Pac). Respecto a sus motivaciones para trasplantarse, indica que son “mejorar la vista y vivir de una manera”, “ver mejor que el otro ojo” (sic. Pac.), además considera que su vida sería mejor “ya no habrá obstáculos o limitaciones” (sic. Pac.). De realizarse el trasplante, menciona que le gustaría “acabar la secundaria, buscar otras opciones de trabajo” (sic. Pac.), y a largo plazo hacerse de un negocio.

Objetivo

- Incluye datos de **exploración mental**, así como todas las **características observables**

- Habitualmente **se realiza mientras transcurre la conversación con el paciente**, al observar distintos aspectos, tanto verbales como no verbales.

- Permite formarse una idea del nivel de conciencia, lenguaje, curso de pensamiento, la inteligencia, el estado anímico, entre otros.



Objetivo: El Examen del Estado Mental (EEM)

- **Examen** mediante el cual se obtiene información respecto al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria, el estado de ánimo. Todos aquellos datos relevantes para el caso/situación ACTUAL del paciente
- Permite estudiar las **manifestaciones comportamentales, afectivas y cognitivas** como efectos y características del problema y como expresiones de la personalidad del paciente, que además deben constituirse en recursos terapéuticos y preventivos.
- Es el equivalente psiquiátrico a la exploración física en medicina





Recomendaciones para la EEM

- Tratar de memorizar lo más pronto posible cuáles son los aspectos generales del EEM:
 - *Practicar la redacción*
 - *Al principio, tratar de seguir con todos los pacientes el mismo formato*
- Siempre realizarla en la entrevista de 1ª vez.
- Establecer un formato personal para ir trabajando en la exploración.
- Para la exploración se recomienda explicar lo que se va a hacer, que son preguntas de rutina y no se deben a algo que el paciente haya hecho.

Recomendaciones para la EEM

- Tranquilizar ante posibles situaciones que generen ansiedad:
 - *Cálculo, memoria, alucinaciones*
- Con la práctica, el tiempo para realizarlo disminuirá, así como la cantidad de preguntas que se hacen
- Redacción:
 - *De lo general a lo particular, es decir, de lo directamente observable hasta lo que mediante la entrevista se identifica.*
 - *Puede ir más o menos resumido, la única condición es que el paciente no muestre alteraciones significativas*



Objetivo: EEM

- De acuerdo con Morrison (2014), el EEM incluye dos grandes áreas:
 - **Conductual:** *no implica preguntas especiales o aplicar pruebas, consiste en observar el discurso y la conducta mientras se habla con el paciente (excepto estado de ánimo)*
 - **Cognitiva:** *se relaciona con lo que el paciente piensa (o de lo que habla). La evaluación requiere mayor involucramiento del terapeuta. Pueden emplearse preguntas específicas (percepción) o conjuntos específicos de preguntas (memoria, cálculo, información general)*

Elementos del EEM (Morrison, 2014)

Conductuales



Apariencia y conducta general



Estado de ánimo



Curso de pensamiento (incluye velocidad y ritmo de habla)

Cognitivos



Contenido de pensamiento



Percepción



Conciencia y Cognición



Introspección y juicio

EEM: Áreas a evaluar

No hay consensos sobre las áreas de evaluar, ni sobre el orden en que debe elaborarse o redactarse, algunas propuestas destacan:

1. Aspectos generales: apariencia y conducta general
2. Orientación y Nivel de conciencia
3. Lenguaje
4. Estructuración del pensamiento y percepciones
5. Memoria
6. Funciones cognitivas superiores
7. Estado de ánimo y afecto
8. Juicio
9. Comprensión de enfermedad
10. Elementos complementarios

I. Aspectos generales: apariencia y conducta general

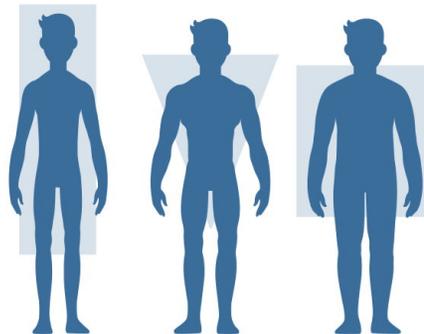
- **Sexo**
- **Edad aparente** mayor, menor o igual a la cronológica
- **Constitución física del paciente:** ectomorfo, mesomorfo, endomorfo, caquéctico

Brazos y piernas largas, torso corto. Los pies y manos son largos y delgados y tienden a ser delgados; almacenan poca grasa, es el típico flaco

- **ECTOMORFO**

Tienen una estructura muscular sólida, con torso largo y pecho desarrollado, tienden a ser personas fuertes, atléticas y musculosas

- **MESOMORFO**



Estos cuerpos tienden a acumular grasa, las caderas son redondeadas, la cara es redonda y tienen poca musculatura y cuello corto, es típico “gordo”

- **ENDOMORFO**

I. Aspectos generales: apariencia y conducta general

- Condiciones de higiene y aliño en que se encuentra.
- La **postura**
- **Actividad motriz, actitud corporal (tenso, relajado, inmóvil, movimientos excesivos, inusuales o estereotipados), expresión facial y voz**



I. Aspectos generales: apariciencia y conducta general

- Nivel de cooperación/actitud con el que se percibe al paciente. Se puede valorar de acuerdo a cuatro continuos:
 - *Colaborador-obstruccionista*
 - *Cordial-hostil*
 - *Abierto-reservado*
 - *Participativo-apático*
- También se recomienda observar si hay actitudes seductoras o evasivas



II. Orientación y Nivel de conciencia

Se refiere al compromiso cuantitativo de conciencia (o nivel de alerta) y la capacidad de ubicarse u orientarse (capacidad de identificarse a sí mismo, orientación en el tiempo, respecto al lugar en dónde está, reconocimiento de personas).

Capacidad de orientarse

Orientación respecto a sí mismo (persona):
¿Cómo se llama?
¿qué edad tiene?
¿en qué trabaja?
¿con quién vive?...

Orientación en el tiempo: ¿En qué fecha estamos?
¿En qué mes? ¿En qué año? ¿Qué día de la semana es hoy?...

Orientación en el espacio (circunstancia):
¿Dónde se encuentra usted?
¿Está en un hospital? ¿En su casa? ¿Qué hospital es?...

Orientación respecto a personas: ¿Quién soy yo? ¿Qué labor desarrollo? Si está presente un familiar: ¿Quién es esa persona?



II. Orientación y Nivel de conciencia

Se evalúa el grado de lucidez o el compromiso cuantitativo de conciencia, especialmente en lo referente a la dificultad para despertar y dar respuestas ante estímulos externos.

Lucidez. Estado de plena alerta. Corresponde a la persona capaz de mantener una conversación

Somnolencia. El paciente impresionado durmiendo pero al llamarlo abre los ojos, mira al examinador, responde preguntas y luego sigue durmiendo.

Obnubilación. Ya es necesario tocar o agitar al paciente, abre los ojos, mira al examinador, pero responde lentamente y está algo desorientado (confuso). No muestra interés en el medio ambiente.

Sopor. Las respuestas verbales son lentas o, incluso, ausentes. No tiene conciencia de sí mismo ni del ambiente.

Coma. No es posible obtener respuestas ni siquiera aplicando estímulos dolorosos. Algunas reacciones que se pueden presentar, son, en realidad, reflejos





III. Lenguaje

- Busca apreciar si la persona es capaz de entender preguntas, responder preguntas en forma atinente (relacionada, concerniente, perteneciente), entender textos escritos, escribir un idea, nombrar objetos que se le muestran, proporcionar datos.

■ Evaluación del lenguaje:

- Se conversa con el paciente y se evalúa cómo es la comunicación que se logra. Si se aprecia un trastorno, podría ser necesario ir a un nivel más básico, con preguntas u órdenes simples.
- Si el paciente responde en forma adecuada, significa que es capaz de comprender la orden y entregar una respuesta atinente, aspectos que no siempre van de la mano.

Tipos de lenguaje

Es la valoración del habla del paciente durante la entrevista, incluye la espontaneidad de las verbalizaciones, pautas de entonación, volumen de voz, defectos en verbalizaciones, afasias y contenido del pensamiento por medio del lenguaje.



Coherente

- Es claro, fácil de seguir y lógico. Es comprensible, con adecuada estructura gramatical.
- Las incoherencias se observan en manía/hipomanía, psicosis, esquizofrenia, delirium, demencias.



Congruente

- Congruencia con la realidad del individuo. Las observaciones propias y las de un observador deben ser compatibles
- Alteraciones se observan en psicosis, delirium o demencias



Disgregado

- Falta de continuidad en el sentido de la oración, lenguaje fraccionado, fragmentado



Respuestas erróneas

- Respuestas no adecuadas o apropiadas a las preguntas formuladas

Estilos de lenguaje

Rebuscado

- Es complicado, buscando parecer originales, se acompaña de modales exagerados

Pedante

- Tiene la intención de mostrar superioridad, discurso engreído, pretencioso, presumido

Amanerado

- Caracterizado por falta de naturalidad, espontaneidad, infantilismo, niega sus características personales

Impositivo

- Se comunica a través de ordenes y mandatos para infundir temor o ganar respeto

Sumiso

- Es pasivo, se observa frágil y sin autoridad, se caracteriza por temor y aceptación de ideas externas

Verborreico

- La velocidad es alta y se proporciona una gran cantidad de información en periodos de tiempo breves



IV. Estructuración del pensamiento y percepciones.

- La alteración principal del examen mental en algunos pacientes está en la estructuración del pensamiento, en su contenido y en una falla en la percepción o interpretación que hacen del medio ambiente.
- Esto lleva a distintas **alteraciones de tipo cualitativo de la conciencia**, como son los estados confusionales, los delirios y las psicosis.
- Para los residentes en MC pueden incluirse las **distorsiones cognitivas** identificadas en la entrevista con el paciente.

Curso de pensamiento



En realidad se evalúa el DISCURSO, asumiendo que a través de éste se puede valorar el pensamiento.

Se evalúa la forma en que el paciente organiza y expresa sus pensamientos

Se pueden dividir en dos:

- Defectos de asociación
- Velocidad y ritmo anormales

a. Defectos de asociación



Identificar si hay discurso espontáneo y favorecer que lo sea lo más posible

Descarrilamiento	Fuga de ideas	Tangencialidad	Pobreza del discurso	Otros (poco comunes)
<ul style="list-style-type: none">• O Asociaciones vagas, son ideas que pueden tener una relación indirecta o ninguna.• Pueden significar algo para el paciente, pero no para el observador	<ul style="list-style-type: none">• Sucesión de múltiples asociaciones de modo que el pensamiento "salta" de una idea a otra. Generalmente se pierde el hilo de la pregunta original	<ul style="list-style-type: none">• La respuesta parece ajena a la pregunta formulada, o bien si hay una relación entre la pregunta y la respuesta es difícil de identificar	<ul style="list-style-type: none">• Reducción notable con respecto a la cantidad normal de discurso espontáneo, a menos que se le insista, no dice nada por periodos prolongados	<ul style="list-style-type: none">• Pensamiento bloqueado• Aliteración• Asociaciones escandalosas• Ecolalia• Verbigeración• Incongruencia• Neologismo• Perseveración• Discurso afectado



IV. Estructuración del pensamiento y percepciones.

- La alteración principal del examen mental en algunos pacientes está en la estructuración del pensamiento, en su contenido y en una falla en la percepción o interpretación que hacen del medio ambiente.
- Esto lleva a distintas alteraciones de tipo cualitativo de la conciencia, como son los estados confusionales, los delirios y las psicosis.



IV. Estructuración del pensamiento y percepciones.

■ Contenido de pensamiento

- **Confusión.** No es capaz de enjuiciar en forma correcta su situación y presenta desorientación en el tiempo y en el espacio, es incapaz de reconocer personas y objetos que le debieran ser familiares, no se concentra y su memoria falla.
- **Psicosis.** La persona presenta una desorganización profunda del juicio crítico y de su relación con la realidad. Esto se asocia a trastornos de la personalidad y del pensamiento. La persona puede tener ideas delirantes y alucinaciones.
- **Delirio.** Es una creencia fija y falsa que la cultura y educación del paciente no pueden explicar. Otras personas de la misma cultura consideran la idea evidentemente falsa. Se considera delirio cuando el paciente sostiene una explicación evidentemente falsa, si reconoce que puede estar equivocado NO se cataloga como delirio

Notas sobre los delirios

En ámbitos de salud, generalmente se encuentran **asociados a procesos orgánicos**, se corrigen a través de medicamentos o la restauración de la homeostasis del organismo, son más frecuentes las alucinaciones.

- Inicio súbito y fluctuante
- En la exploración es recomendable no mostrar ni incredulidad ni credulidad, no emitir opiniones al respecto
- Cuando se detecta, **AVERIGUAR LO MAS POSIBLE** al respecto

Tipos de delirio

Muerte
Grandeza
Culpa
Mala salud o cambio corporal
Celos
Identificación errónea
Pasividad o influencia

Persecución
Pobreza
Autorreferencia
Transmisión del pensamiento
Control del pensamiento





IV. Estructuración del pensamiento y percepciones.

Evaluar intensidad, contenido, frecuencia, etcétera y si es capaz o no de identificar que se trata de una alteración; asimismo, identificar características complementarias: cómo percibe y actúa ante la alteración.

Tipos de alteraciones sensoperceptuales:

Ilusiones . *Distorsiones de una imagen real, no corresponde al objeto o estímulo que la evocó.*

Despersonalización y desrealización. *Sentimientos extremos de desarraigo de uno mismo o de los demás, sensación de desconocimiento o extrañeza de sí mismo y del ambiente.*

Alucinaciones. *Son la presencia de alguna sensación sin objeto o estímulo que las evoque; pueden ser auditivas, visuales, olfativas o kinestésicas.*





IV. Estructuración del pensamiento y percepciones.

- En este apartado también pueden incluirse las **distorsiones cognitivas (no obligatorio)**.
- Beck (1976) las define como el filtro o mecanismo que determina cómo será interpretada y procesada la información
 - *Todo o nada*
 - *Descalificar*
 - *Adivinación del futuro*
 - *Personalizar*
 - *Magnificar/minimizar*
 - *Filtro mental*
 - *Razonamiento emocional*
 - *Leer la mente*
 - *Sobregeneralización*
 - *Visión de túnel*
 - *Afirmación del tipo “deberías”*



V. Memoria

- Es la capacidad de recordar (acontecimientos recientes o más antiguos) y de retener nueva información.

- **Memoria de hechos remotos.** Es resultado de experiencias; para investigarla se pregunta sobre cumpleaños, fechas nacionales memorables, respecto a la familia, dónde estudió, dónde trabajó, etcétera.
- **Memoria de hechos recientes o mediata.** Permite retener información nueva, constituyendo recuerdos; se pregunta por acontecimientos ocurridos en el día o del día anterior (ojalá que puedan ser ratificados de modo de evitar una *confabulación*, que sería inventar hechos para compensar defectos de la memoria).
- **Capacidad para aprender cosas nuevas o memoria inmediata.** Se refiere al recuerdo de información que se acaba de recibir. Tiene una capacidad limitada en torno a 7 ± 2 elementos y en el tiempo también es limitada



VI. Funciones cognitivas superiores

- **Pensamiento concreto.** Tiene como ámbito de incidencia la situación particular, pone en juego objetos reales, o inmediatamente representados se sitúa en el presente inmediato, puede clasificar y hacer series, pero no sintetizar ni hacer enunciados que expresen hipótesis
- **Pensamiento abstracto.** Se altera en situaciones en que la conciencia y la concentración están comprometidas. Refleja la capacidad de formular conceptos y generalizar. Aquí puede incluirse la impresión del nivel de inteligencia.



VI. Funciones cognitivas superiores

- Evaluación de funciones cognitivas superiores, generalmente no se aplican todas, a menos que haya sospecha de alguna alteración, o por demanda del servicio, se aplica Minimental
 - **Semejanzas** (ej.: ¿en qué se parece un avión a un barco? ¿una manzana a una pera?).
 - **Diferencias** (ej.: ¿en qué se diferencia un enano de un niño? ¿un río de una laguna?).
 - **Sentido o significado de un refrán** (ej.: ¡No por mucho madrugar amanece más temprano!).
 - **Cálculo aritmético y series invertidas**. Se le solicita al paciente efectuar:
 - **Operaciones matemáticas simples** (ej.: sumas, restas, etc.: $4 + 8 - 7...$).
 - **Inversión de series** (ej.: contar desde 20, saltándose de 2 en 2, o desde 100, saltándose 7 números cada vez,... 100, 93, 86, etc.).
 - **Deletrear palabras** (ej.: la palabra MUNDO, al revés... o, d, n, etc.).
 - **Capacidad para reproducir un dibujo**. Al paciente se le pasa una hoja en blanco y un lápiz y se le pide que haga un dibujo, como un reloj con sus punteros y horas, o que reproduzca un dibujo que el examinador previamente dibujó, como dos rombos o círculos entrecruzados.



VII. Estado anímico y Afecto.

- A medida que se conversa con el paciente, se analiza el contenido de sus observaciones y se aprecia su lenguaje “no hablado” (a través de sus gestos, su presentación, entre otros).
- Se identifican aspectos de su personalidad, su estado de ánimo (referido) y afecto (observado). No siempre son coherentes entre sí.
- A través de este proceso, se puede plantear, por ejemplo, si el paciente está angustiado o depresivo.



VII. Estado anímico y Afecto.

Estado de ánimo.
Estado emocional
referido por la
persona
(subjetivo)
*Es como la
persona dice
sentirse*

Afecto.
Es la parte objetiva
que describe la
comunicación de las
emociones a través
de la expresión
facial, tono de voz y
movimientos
corporales
*Es como la persona
parece sentirse*



Clasificación del Afecto

Eutímico. Adecuado al contexto, "normal", sin alteraciones

Disfórico. Ánimo desagradable, excesivo malestar, la persona se refiere de "mal humor"

Ansioso. La persona está predispuesta a que ocurra algo negativo, excesivamente preocupada

Hipotímico.
Deprimido/Triste. Ánimo disminuido con excesiva tristeza

Eufórico. Ánimo elevado, con excesiva alegría

Expansivo. Ánimo con tendencia a la desinhibición, alegría desproporcionada

Irritable. La persona tiende fácilmente al enojo, se encuentra vulnerable a cualquier situación o comentario

Anhedónico. No hay interés en las actividades habituales

Lábil. Aplica a la persona que es cambiante y poco firme en sus decisiones o acciones.

VIII. Introspección y Juicio

Introspección

- A veces se considera como conciencia de enfermedad (para MC es preferible en esos términos)
- La persona introspectiva identificara:
 - Que algo anda mal
 - Que eso puede tener implicaciones para su bienestar futuro
 - Que la causa puede ser biológica, psicológica o social
 - Que necesita algún tratamiento
- Puede ser total, parcial o nula

Juicio

- Capacidad para decidir sobre un curso de acción apropiado en el logro de metas realistas
- Se puede establecer como resultado de la entrevista

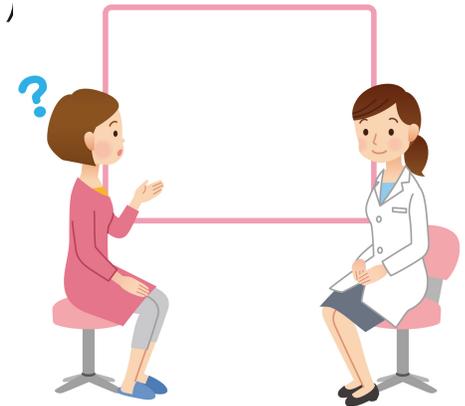
Complementos al examen mental

- Como parte de las valoraciones que los residentes de medicina conductual realizan, se recomienda incluir observaciones sobre:



Noción vs conciencia

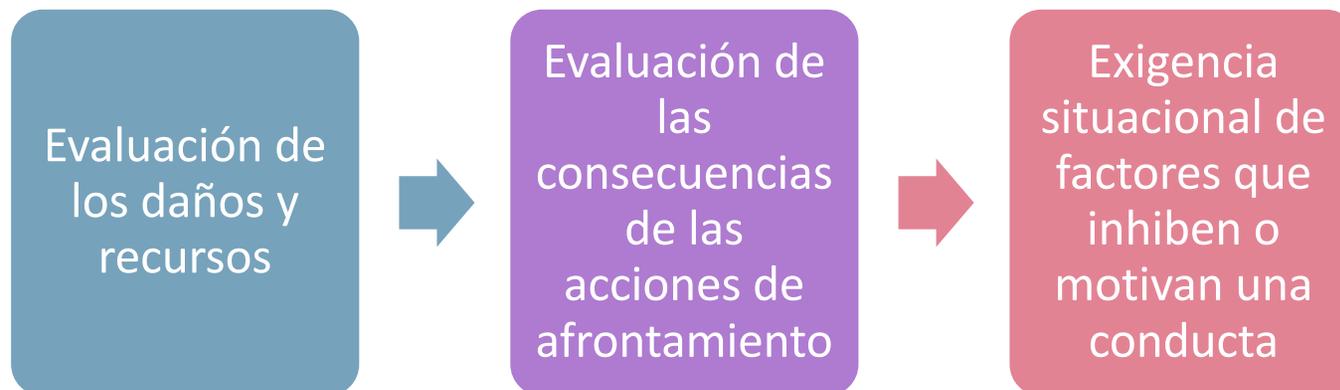
- **Noción:** Conocimiento de la enfermedad por nombre o por algún atributo básico; sin embargo el paciente desconoce las implicaciones de tratamiento o consecuencias
- **Conciencia:** Aceptación de la etiqueta “enfermedad”, sobre percepción de importancia y necesidad del tratamiento, efectos del mismo, identificación de síntomas atribuían de beneficios y cooperación al tratamiento
- **Cómo se redacta en la nota SOAP:**
 - Con noción o sin noción (no sabe absolutamente nada)
 - Con conciencia o sin conciencia (pero con noción)



Estilo de afrontamiento

Afrontamiento: Esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados por el individuo para controlar, reducir o minimizar las demandas específicas externas y/o internas, valoradas como estresantes, así como el conflicto entre ellas

El proceso consta de 3 actividades cognitivas



¿Recursos, estilos o estrategias?

Recursos de afrontamiento

- **Propiedades del individuo:** salud y energía; creencias positivas o de esperanza; técnicas en solución de problemas; y habilidades sociales.
- **Propiedades del ambiente:** apoyo social y recursos materiales.

Estilos de afrontamiento

Predisposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones

Estrategias de afrontamiento

Acciones concretas que se realizan, son cambiantes de acuerdo con la evaluación de la situación y los recursos

Estilos y estrategias

a) Centrado en el problema:
Manipuló o alteró el problema, es decir, controló la fuente de estrés.

- **Confrontación:** “pedí información al médico”

- **Búsqueda de apoyo social:**
“comenté a mis familiares lo que me gustaría que hicieran para ayudarme”

- **Búsqueda de soluciones:**
“comencé a modificar mis gastos para destinar dinero al tratamiento”



b) Centrado en la emoción: Reguló las emociones estresantes asociadas a la situación.

- **Autocontrol:** “intenté controlar mis sentimientos y que no dominara el problema”

- **Distanciamiento:** “procuraré distraerme y no pensar demasiado en eso”

- **Reevaluación positiva:** “pasar por esta experiencia enriqueció mi vida”

- **Autoinculpación:** “asumí que yo me había buscado el problema”

- **Escape/evitación:** “soñé con tiempos mejores”



Locus de control

- Se explica a través de la conducta humana en términos cognitivos, conductuales y ambientales (Rotter, 1996)
- Involucra la **representación subjetiva de las propias habilidades para controlar o modificar hechos importantes** en la vida.
- **Expectativas de control** del reforzamiento, evitando al mismo tiempo castigos y experiencias negativas.

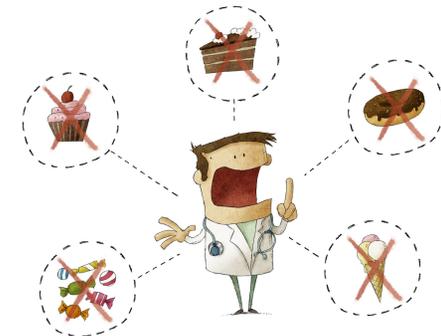


Clasificación

“ si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se ha dicho que es una creencia en el **control interno**”



“cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido, en nuestra cultura, como el resultado de la suerte o de lo que otros hacen; es una creencia en el **control externo**”



Apoyo social

- Proceso **interactivo** gracias al cual la persona obtiene ayuda **emocional, instrumental y económica de la red social** en la que está inserto
- El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas".
- La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas
- Tiene por objetivo satisfacer necesidades sociales básicas
- Tipos:
 - Evaluativo
 - Instrumental
 - Emocional
 - Informativo



Valoración

- Noción de **proximidad emocional** o intimidad
- **Procedencia** del apoyo
- **Tipo** de apoyo
- **Cantidad** de apoyo recibido
- **Percepción** del apoyo por parte del paciente.



FORMAS DE EXPLORARLO

- Evaluativo** → ¿Quién le ayuda a tomar decisiones ?
- Instrumental** → ¿Quién lo lleva al médico cuando lo necesita?
- Emocional** → ¿Con quién puede hablar de sí mismo y de sus preocupaciones? ¿Qué personas son las que se preocupan por usted?
- Informativo** → ¿Quién le explica las cosas que no entiende?

Ejemplos 2 y 3

Ejemplo 2. Paciente de edad aparente igual a la cronológica, de complexión mesomórfica, higiene y aliño adecuados al contexto hospitalario, orientada en las cuatro esferas (T-E-P-C), alerta, consciente, con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Cooperadora durante la entrevista. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento concreto, sin alteraciones en sensopercepción. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Afecto eutímico. Con noción de enfermedad, locus de control interno, estilo de afrontamiento dirigido a la emoción. Redes de apoyo percibidas como existentes y funcionales, con apoyo social instrumental y económico

Ejemplo 3. Paciente que se presenta en condiciones adecuadas de higiene, aunque con descuido en su arreglo personal, de constitución ectomórfica, con buena orientación en tres esferas (TEP); su atención es dispersa. Su memoria inmediata es pobre, su lenguaje es desorganizado e incoherente; su nivel de pensamiento es concreto y con ideas obsesivas, capacidad de autocrítica y juicio es deficiente. Posee poco juicio social, es impulsiva y con poca capacidad de anticipación y planeación. Locus de control externo, relacionado con sus creencias religiosas. Apoyo social de tipo instrumental.

Análisis

- Presentación de la **impresión diagnóstica o diagnóstico** (con análisis funcional o criterios DSM)-. También se pueden agregar **datos de instrumentos** y **conductas problema** relevantes.
 - *A: IDx: Trastorno adaptativo con ánimo depresivo*
 - *A: Déficit de habilidades sociales y asertivas que afectan el cumplimiento terapéutico*
 - *A: Se identifican pensamientos catastróficos con respecto a sus hijos y la estancia hospitalaria que favorecen la presencia de llanto y sentimientos de desesperación.*
 - *A: Se evaluó depresión a través del BDI, encontrando manifestaciones leves de la misma; se identifica llanto continuo y verbalizaciones de inutilidad.*



Casos especiales, en Análisis



En caso de no estar seguro:

A. Para el DX diferencial:

IDX. A descartar pb. _____ vs. Pb. _____.

B. Para el Dx: I

DX: Pb. _____

- Cuando no tienen idea o están en espera de algún dato médico o información adicional
 - DX aplazado (no todos pueden quedar en esta condición, en cuanto se tenga la información, se modifica)

- **Cuando el paciente no tiene “nada”**
 - Sin trastorno psicológico aparente (debe ser coherente con la información previa)

Plan

- Incluyen las acciones llevadas a cabo en esa sesión, así como recomendaciones/sugerencias para las siguientes sesiones
 - Se establecieron componentes de relación, psicoeducación del modelo ABC y debate de pensamientos. Se asignó como tarea la identificación de pensamientos catastróficos y la generación de pensamientos alternativos. En dos días se verificará evolución.



Adicionales a Plan

■ P

- *Qué se realizó (evaluación, intervención, monitoreo).*
- Sólo para intervención y monitoreo:
 - *Para qué _____ (objetivos) y mediante qué (técnicas y paso específico de la técnica).*
 - *Qué resultados se obtuvieron y cuál es el plan a seguir.*
 - *Tareas, seguimiento en cuanto tiempo, cita abierta, etc.*

Aquí se ponen las interconsultas o derivaciones pertinentes, también si se notifica a médicos tratantes, y cómo se pide el apoyo de ellos; o se decide trabajar de forma conjunta para un objetivo determinado.

Ejemplo 1

19.10.17, 12:00 hrs. Nota de primera vez de Medicina Conductual/ Clínica del Dolor

Paciente masculino de 28 años de edad, originario y residente del estado de Hidalgo, vive en unión libre, creyente, trabajaba en un rastro, actualmente vive con su esposa y su hijo (6 años), se encuentra hospitalizado en el servicio de Ortopedia con Dx de osteosarcoma, cursa su día 22 de EIH. Se realiza entrevista inicial como parte de la rutina del servicio.

S: El paciente refiere EVA de dolor 5/10 y ERA de tristeza 7/10, reporta *“me siento decaído porque antes podía hacer muchas cosas con mi hijo y ahora no va a ser lo mismo, ya no se va acercar a mi”, “fue mi culpa por no cuidarme, los médicos me pedían reposar”, “la vida sigue si me amputan la pierna o me ponen la prótesis, tengo que mostrar que si se puede”, “pronto estaré con mi hijo, los hombres somos fuertes”* (sic. pac.).

O: Paciente masculino de edad aparentemente mayor a la cronológica. Complexión mesomórfica. En adecuadas condiciones de higiene y aliño acorde al contexto hospitalario. Orientado en cuatro esferas (TEPC). Atención, concentración y memorias conservadas. Consciente y alerta, con respuesta adecuada al ambiente, y se muestra cooperador a la entrevista. Durante la entrevista presenta llanto contenido contingente a verbalizaciones referente a su hijo. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Tendencia de pensamiento abstracto. Sin alteraciones en sensopercepción aparentes. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Afecto hipotímico, estado de ánimo decaído. Conciencia de enfermedad, locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en el problema; redes de apoyo existentes y percibidas como funcionales.

A: IDx: Trastorno adaptativo con ánimo depresivo

P: Se realiza entrevista de primera vez con el objetivo de evaluación y establecimiento de componentes de relación. Se aplica la escala HADS que reporta un trastorno depresivo dudoso. Se proporciona un autorregistro del estado de ánimo el cual deberá llenar a lo largo de la semana, se establecen componentes de distracción cognitiva donde se acuerda proporcionarle materiales como hojas y colores para que el paciente dibuje en los momentos que se presentan pensamientos negativos. Se realizará monitoreo durante los pases de visita y se dará seguimiento el próximo lunes

Ejemplo 2

NOTA DE PRIMERA VEZ / MEDICINA CONDUCTUAL

Paciente femenino de 72 años de edad, originaria de Toluca y residente del estado de México. Testigo de jehová, ama de casa, primaria trunca, casada, vive con su esposo, su hija, su yerno y su nieto. Diagnóstico de Síndrome de Sjogren, desequilibrio hidroeléctrico. Se realiza entrevista de evaluación inicial.

S. Refiere dificultades para recordar la situación que la llevo a hospitalización. La incapacidad para recordar, la información que le dio su familiar sobre complicaciones que la paciente tuvo y llevaron a su hospitalización le hacen sentir tristeza, menciona “estoy muy enferma”, “creo que me va muy mal” (Sic.Pac).

O. Paciente de edad aparente de acuerdo a la cronológica. Complexión endomórfica. En adecuadas condiciones de higiene y aliño al contexto hospitalario. Orientada en tres esferas (TEP). Consciente, alerta y con respuesta adecuada al ambiente. Atención y concentración conservadas. Memoria a mediano plazo disminuida. Cooperadora ante la entrevista. Lenguaje coherente. Pensamiento funcional. Sin alteraciones en la sensopercepción. Percepción clínica de inteligencia promedio. Estado de ánimo triste. Afecto eutímico. Con noción de la enfermedad. Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Red de apoyo percibida como existente y funcional. Apoyo instrumental, económico y emocional.

A. Sintomatología depresiva

P. Se realizó entrevista de primera vez, se establecieron componentes de relación y se brindó escucha activa. Se realizará psicoeducación sobre el delirium, se realizará entrevista de evaluación con el fin de identificar las ideas que provocan tristeza en la paciente posteriores a la psicoeducación, se dejara como tarea el automonitoreo de ideas que provoquen tristeza en la paciente y se continuara con entrevista de detección de problemas.

Bibliografía

- Muñoz, M. (2003). Manual práctico de evaluación psicológica clínica. Cap. 2. Madrid: Pirámide
- Rodríguez-García, P., y Rodríguez-Pupo, L., (2006). Técnicas clínicas para el examen mental I. Organización general y principales funciones cognitivas, *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(2), pp.76-86.
- Rodríguez-García, P., y Rodríguez-Pupo, L., (2006). Técnicas clínicas para el examen mental II. Percepciones, pensamientos, emociones, lenguaje y conducta, *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(3), pp.106-116.