

INFORME CLÍNICO

Un informe clínico también llamado reporte de caso o estudio de caso, es un documento escrito que informa con detalle del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente/usuario/cliente en particular en cualquier área de las CC de la Salud, en este caso de Logopedia. Los informes se emiten con objetivos muy variados, para emitir un diagnóstico, para determinar el perfil en un área de actuación concreta (lenguaje, lectura, escritura, fonología, deglución, etc...), para informar de alta en los servicios, entre otros. Al redactar el informe también hay que tener en cuenta a quién va dirigido, puede estar dirigido tanto a la familia, como a otros profesionales de la salud, profesionales escolares, o para estudiar el caso en sesión clínica con el equipo del centro, entre otras posibilidades.

En general, el informe se estructura siguiendo el proceder clínico y consta básicamente de los siguientes epígrafes:

- a. Datos personales e identificativos
- b. Motivo de consulta/ de la elaboración del informe
- c. Datos previos relevantes
- d. Pruebas administradas
- e. Resultados obtenidos e interpretación
- f. Síntesis de la evaluación /Síntesis diagnóstica
- g. Recomendaciones
 - a. Para una evaluación más profunda
 - b. Para la intervención

La información se expone de forma objetiva sin comentarios subjetivos, debe proporcionar la información básica para comprender los resultados de las pruebas y/o las observaciones de forma clara y concisa. **El/la docente que tutorice vuestras prácticas os ayudará para adaptar vuestro informe a las características del caso elegido y del centro en el que realizáis las prácticas.** Cada uno de los epígrafes contiene la información correspondiente a su título como se detalla a continuación.

- a. **Los datos personales sirven para identificar la persona y el informe realizado y suele incluir la siguiente información mínima:**

Nombre y apellidos(siglas):

Fecha de nacimiento:

Edad:

Fecha de evaluación:

Fecha del informe:

b. Motivo de consulta

Motivo de la evaluación y de la emisión del informe.

- Persona/as que hacen la demanda: ¿quién?
- Síntomas/conductas que son motivo de preocupación principal: ¿por qué?
- ¿Qué quieren resolver en esta consulta/ con esta evaluación?

Se trata de la cuestión principal a la que tenemos que responder en la síntesis diagnóstica

Algunos ejemplos:

- ...acude a consulta porque ...ha sufrido un ictus hace un año y su recuperación del habla es lenta. Solicitan evaluación e intervención.
- A demanda derealizamos evaluación diagnóstica y asesoramiento porque AAA no habla
-acude a consulta para obtener una segunda opinión diagnóstica
- Los padres acuden a consulta por recomendación de su tutora porque a AAA le está costando aprender a leer y escribir// por bajo rendimiento escolar//...
- Se realiza evaluación logopédica de tránsito a primaria para determinar
 - la inclusión en el censo de NEE
 - las medidas educativas
- A demanda dese realiza evaluación e informe para identificar los avances tras un año de intervención logopédica
- Se realiza evaluación e informe a los seis años por alta de los Servicios de Atención Infantil Temprana

c. Datos previos relevantes

En este epígrafe se incluye la información previa relevante que obtengamos para resolver el caso, la información previa a la administración de pruebas. Esta información proporciona las hipótesis que dirigen la selección de pruebas. Esta información no siempre está disponible al completo, los centros cumplen la Ley de Protección de Datos

Personales y en ocasiones no permiten la revisión de expedientes clínicos.

En cualquier caso, habrá que exponer: de dónde o quién proporciona la información que tenemos previamente p. e. La entrevista realizada a los padres (anamnesis)/ el análisis de su historia clínica/ la logopeda del centro... informa de los siguientes datos relevantes (agrupando la información en los siguientes apartados de forma escueta, resumida, redactada de forma objetiva):

- d. Situación familiar y características personales
- e. Antecedentes familiares y/o personales
- f. Historial clínico
 - a. Brevemente exponer diferentes consultas relevantes, resultados correspondientes si fueran relevantes, y la conclusión.
- g. Historial evolutivo
 - a. Normalmente no se pregunta a los adultos
 - b. Consiste en exponer brevemente si hubiera retraso en los hitos del desarrollo motor, del desarrollo lingüístico, de los hábitos de autonomía personal, de la participación en la interacción social.
- h. Historial académico/laboral
 - a. Consiste en exponer brevemente la información académica y/o el nivel de estudios y de desempeño laboral
 - b. En los clientes de edad escolar se expone la información académica con mayor precisión
 - c. En los clientes adultos se expone con mayor precisión el nivel de estudios y de desempeño laboral

d. Pruebas administradas

En este epígrafe, se nombran las herramientas utilizadas en la exploración: pruebas estandarizadas, no estandarizadas, protocolos de evaluación, cuestionarios que se han administrado con cita siguiendo APA7th y justificando para qué se le administra la prueba. En las pruebas no estandarizadas es importante referenciar los criterios utilizados para el análisis. A continuación de las pruebas administradas, con frecuencia, es importante destacar la conducta del sujeto ante las pruebas porque para destacar comportamientos que interesan por su presencia o ausencia.

Algunos ejemplos:

- Batería evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje (CELF-5; Wiig, Semel y Secord, 2018) administrado para identificar el nivel y perfil de rendimiento en tareas de comprensión y expresión del lenguaje, así como sus destrezas pragmáticas.
- Para determinar su nivel de rendimiento y perfil de lectura y comprensión se ha administrado el Test de Procesos Lectores para Secundaria Revisado (PROLEC-SE-R; Cuetos et al., 2016)
- Cuestionario de Comunicación Social (SCQ; Rutter, Bailey y Lord, 2005) administrado para confirmar diagnósticos previos de Trastorno de Espectro Autista.
- Test de Vocabulario en imágenes Peabody III (PPVT III; Dunn, Dunn y Arribas, 2006) administrado para identificar el nivel de comprensión de palabras y estimar el cociente intelectual verbal.
- Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas-Revisado (ITPA-R; Kirk, McCarthy y Kirk, 2006) administrada para identificar el perfil de habilidad para procesar estímulos auditivo-verbales frente a viso-motores.
- Escala de Desarrollo de Lenguaje Reynell III (EDLR-III; Edwards, Fletcher, Garman, Hughes, Letts y Sinka, 1997) para identificar el perfil de comprensión y expresión del lenguaje.
- Test de Conceptos Básicos Boehm III preescolar (BOEHM-III; Boehm, 2012) administrado para identificar los conceptos que comprende.

e. Resultados obtenidos e interpretación

Se exponen los resultados siguiendo el orden de exposición indicado en el epígrafe pruebas administradas. De cada prueba estandarizada, muestra recogida, protocolo utilizado es conveniente exponer:

1. Breve información de la prueba/ batería con la información que proporciona y las puntuaciones transformadas que ofrece
2. Exponer los resultados cuantitativos de cada prueba en forma de tabla o gráfica de forma que sea lo más clara posible tanto en su formato como en los resultados que se presenten.

3. Describir los resultados obtenidos. La descripción dependerá de la prueba, en general incluye la siguiente información
 - El significado de esos resultados cuantitativos globales y en detalle (cada una de las subpruebas si fuese necesario) con sus puntos fuertes y débiles.
 - Analizar las conductas positivas y los errores registrados a lo largo de la evaluación. Cuando sea necesario describir las dificultades comunicativas en la modalidad oral, verbales y/o no verbales, y en la modalidad escrita, lectura y escritura, que se han registrado como respuestas.
4. Conclusión: en una frase final resume el significado de los resultados con la interpretación global que normalmente incluye los puntos fuertes y débiles hallados.

f. Síntesis de la evaluación

El objetivo de este epígrafe es sintetizar los hallazgos de la evaluación y responder al motivo de consulta. Para redactarlo es conveniente exponer los datos personales, edad y la síntesis final de cada una de las pruebas administradas que son los síntomas que hemos encontrado. En ocasiones, también puede ser necesario incluir cierta información de la anamnesis o de la conducta ante las pruebas para apoyar algunos síntomas. Al final de cada trozo de información se puede incluir entre paréntesis la prueba que lo apoya, por ejemplo: *“La evaluación realizada a AAA de siete años de edad indica... nivel medio de comprensión de palabras (PPVT-III); estrategias de decodificación poco operativas y ralentizadas que condicionan dificultades de comprensión lectora (PROLEC-R); ...”*

Cuando la demanda incluye la necesidad de un diagnóstico o se considera importante, procede confirmar el diagnóstico tras el párrafo resumen de la evaluación

- a. *“Los resultados obtenidos nos indican síntomas compatibles/ alto riesgo de.../ permiten confirmar/ descartar el cumplimiento de los criterios para un diagnóstico de...”*(DSM-V/ CIE-11 con código que corresponda; ODAT; autor que corresponda).
- b. En cualquier caso, cuando la demanda incluya o no el diagnóstico, siempre es importante determinar el perfil individual encontrado en el/las área/áreas evaluadas (comunicación, lenguaje, habla, lectoescritura, deglución,...) indicando las

destrezas alteradas y conservadas/ los puntos fuertes y débiles en los diferentes niveles y procesos del lenguaje, siempre a partir de los resultados obtenidos en la evaluación.

g. Pronóstico y Recomendaciones

Finalizamos la síntesis diagnóstica con el diagnóstico y a continuación en este epígrafe exponemos algunas características nucleares del trastorno diagnosticado, una breve justificación teórica destacando el pronóstico esperado y las recomendaciones de intervención a grandes rasgos (referencias), no se trata de exponer los ejercicios y actividades, sino aspectos globales. En vuestro caso, dado que estáis iniciando las asignaturas de intervención no se exigirá en todos los casos (consultar con el docente asignado).

En el caso del Practicum I posiblemente no habréis podido administrar todas las pruebas necesarias para completar el diagnóstico o el perfil y tendréis que hacer recomendaciones para completar la evaluación (**obligatorio**). Denominaréis este epígrafe como **Recomendaciones de evaluación** y tendréis que especificar qué áreas del lenguaje y pruebas serían necesarias para completar la evaluación del caso; especificar necesidades de información de otros profesionales: qué profesionales y qué información sería necesaria, en su caso.