

Introducción

El informe neuropsicológico consiste en un documento escrito donde se exponen de forma breve, concisa y precisa los datos del proceso que supone la evaluación neuropsicológica o la valoración de un tratamiento neuropsicológico, dado el caso.

En el informe debe constar los datos de filiación del/la paciente, el motivo de consulta, los antecedentes clínicos y de interés en la evaluación, el proceso seguido e instrumentos utilizados, los resultados obtenidos, el juicio clínico diagnóstico, la interpretación clínica de los resultados o conclusiones y las recomendaciones de los tratamientos con una breve descripción de los objetivos.

No obstante, este es un TFM donde se realizará un informe real de un caso junto a un Anexo donde se desarrollará todo el trabajo efectuado para realizar el informe propiamente dicho.

Formato del trabajo

- **Extensión:** El informe tendrá una extensión adecuada a la de un informe neuropsicológico real y el resto de la información se incluirá en los anexos según se especifica
 - **Informe propiamente dicho:** dos páginas, máximo tres (según formato especificado)
 - **Revisión sobre el trastorno:** máximo de 4 páginas.
 - **Anexos:** sin límites en su extensión (según formato especificado)
- **Tipo de letra:** Times New Roman 12
- **Separación interlineal:** 1,5 líneas, con espaciado posterior entre párrafos de 12 pto.
- **Alineación:** justificada
- **Sangría primera línea:** 1 cm

Características generales de redacción

- (1) **Redactar de una manera impersonal.** No hay que dirigirse directamente al lector y hay que evitar procesos perceptuales o cognoscitivos reflexivos del autor del tipo “he visto”, “yo sé”, “a mi entender”, etc. En general, suele utilizarse la redacción en tercera persona.
- (2) **Ser objetivo/a.** Tenemos que basar nuestras impresiones clínicas en los datos obtenidos durante la entrevista y/o en los resultados obtenidos por los instrumentos utilizados. Siempre hay que evitar las interpretaciones subjetivas.

- (3) **Incluir además de los aspectos cuantitativos de los instrumentos utilizados, los cualitativos durante la evaluación.** Suelen ser relevantes todos los aspectos motivo de consulta y los y adaptativos que presenta el/la paciente. Todos los aspectos evaluados deficitarios o no deben ser incluidos en el informe.
- (4) **El lenguaje utilizado debe ser claro.** Es decir, el informe debe ser entendido por el lector si no es un profesional de la psicología. Por ello, si nombramos un síntoma debemos aclarar su significado y cuando redactemos los resultados de los instrumentos estos deben ser explicados con claridad. Es importante diferenciar la información ofrecida al usuario de la técnica dirigida a otros profesionales clínicos.
- (5) **No utilizar, en la medida de lo posible, abreviaturas.** En caso de emplearlas, es necesario explicar su significado al menos la primera vez utilizada; por ejemplo, Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST).
- (6) **Las oraciones deben ser breves y concisas.**
- (7) **El/la paciente es una persona, no un “caso”.** Es inadecuado referirse a los/las pacientes como “deprimido/a” o “psicótico/a”. Siempre hay que referirse al/la paciente como “una persona con depresión” o “un paciente con psicosis”. En esta línea no usar expresiones como “sujeto”, “individuo” o “gente”.
- (8) **Extremar las precauciones respecto a la redacción y la ortografía.**

APARTADOS de los que ha de constar el TFM

ENCABEZAMIENTO (Primera página)

En la primera hoja ha de aparecer:

- **Título:** El título debe especificar que se trata de un informe neuropsicológico e informar de las principales características del caso (por ejemplo: Informe neuropsicológico sobre un paciente con traumatismo craneoencefálico).
- **Autores:** DNI, Nombre y Apellidos del Alumno/a
- **Convocatoria:** Especificar

NOTA:

- Sin estos datos el trabajo no será evaluado

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

DATOS DEL/LA PACIENTE

Datos a incluir: nombre y apellidos, edad, sexo, estudios, profesión, situación laboral, estado civil, con quien vive, dónde trabaja/estudia, fecha de nacimiento, edad, lugar, nacionalidad, profesión.

NOTA:

- En caso de utilizar pacientes reales, no deben aparecer datos personales que permitan identificar al/la paciente por protección de datos personales. En su lugar puede utilizarse un pseudónimo o inventarse el nombre, el domicilio, teléfono, etc., especificando que se ha usado datos ficticios.
- En caso de que los datos permitan identificar al/la paciente, el trabajo no se admitirá.

MOTIVO DE CONSULTA

- **Finalidad:** especificar el motivo de la evaluación (tratamiento, pericial, evaluación laboral, diagnóstico clínico, etc...). Aquí se incluirán las demandas o cuestiones (por parte del/la paciente, instituciones, familiares, etc.) a las que el informe debe responder. Se debe informar de los hechos que motivan la evaluación.

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES

Los antecedentes suelen proceder de dos fuentes: los informes previos de otros profesionales que presente el/la paciente y los referidos durante las entrevistas clínicas y el proceso mismo de evaluación.

- **Finalidad:** se trata de presentar un resumen completo de los antecedentes del/la paciente, centrándonos en la información sobre su enfermedad o trastorno de salud. Es conveniente incluir información sobre el nacimiento (posibles problemas en el embarazo y/o parto), la infancia,

adolescencia, educación, relaciones familiares (pasadas y presentes), relaciones de pareja (pasadas y presentes), historia laboral, historia legal, intereses y entretenimientos, relaciones interpersonales, vida sexual, valores y creencias, historia de su salud, etc. **en caso de que se consideren relevantes.**

- Es importante incluir los datos médicos especialmente los referidos a la patología cerebral que nos permitan conocer la naturaleza de la lesión o enfermedad, incluyendo neuroimágenes, pruebas médicas relevantes, estancia en UCI, cirugía y tratamientos médicos. No olvidando los tratamientos farmacológicos seguidos y actuales. En general, toda esta información es la más relevante para el estudio clínico en este apartado.
- La *historia de salud* es especialmente relevante y debe abarcar todo el periodo vital. Datos muy útiles suelen ser; ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, otra enfermedad médica, tratamiento con fármacos recientes o no.
- **Informantes:** deben identificarse los informes o fuentes empleados.
- **Redacción:** se redacta como una cita directa de lo que los informes previos, y de lo que el/la paciente y/o informante/s nos han referido o comentado durante las entrevistas. A veces, es necesario resumir estas descripciones en sus aspectos esenciales. No se deben aceptar juicios de valor o creencias sobre la conducta del paciente evaluado.
- **Reglas a seguir en la redacción:** hemos de tener en cuenta las siguientes cuestiones:
 - Ha de ser una historia cronológica:* se suele empezar con el inicio del primer episodio del padecimiento, indicando la edad que tenía el/la paciente, o el tiempo que hace que lo tuvo (meses, años, fecha concreta), así como la sintomatología que presentó y/o que se describe en los informes previos. Se debe continuar de forma más o menos cronológica y terminar con las razones que impulsaron al/la paciente o a los tutores legales para buscar un tratamiento en este momento. Esto último puede venir de propio paciente, la familia u otros profesionales clínicos o no.
 - Reducir la información antigua aportada por el/la paciente o los informantes:* si se revisan expedientes antiguos excesivamente largos, deberemos reducir el material para introducirlo en nuestro informe. Para ello se hará un resumen de los tratamientos (médicos, psicológicos y farmacológicos) previos. Enumeraremos las hospitalizaciones médicas (relacionadas con trastornos neurológicos) o psiquiátricas si las hubiera, indicando fecha de las mismas y causas (diagnósticos).
- **Redacción:** en la medida de lo posible, en cada uno de los apartados seguir un orden cronológico. Además, es necesario indicar el modo en que se han obtenido los datos (informes previos, entrevistas...) y exponerlos de manera sistematizada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Finalidad:** incluir los trastornos físicos y mentales, incluyendo especialmente los diagnósticos de los familiares con alteraciones mentales más cercanos (padre, madre, hermanos/as, tíos/as, abuelos/as).

Si el/la paciente fue adoptado o si la historia de la familia es absolutamente negativa hay que indicarlo. Si no son relevante para la evaluación no se debe incluir en el informe como tal.

- **Redacción:** aunque se trata propiamente de una parte de la vida del/la paciente, la historia familiar suele informarse en un párrafo separado. Es necesario indicar el modo en que se han obtenido los datos (informes previos, entrevistas...) y exponerlos de manera sistematizada.

PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

- **Finalidad:** describir el modo en que se ha obtenido la información, como entrevistas clínicas y su grado de estructuración, tests, registros de conducta, pruebas radiológicas, analíticas, etc.
- **Redacción:** se describirán todos los métodos, instrumentos y técnicas utilizados para realizar la evaluación. En el caso de utilizar un instrumento tipo test, en la descripción de cada test debe aparecer al menos, el nombre de la prueba, las puntuaciones obtenidas y su unidad de medida. Si son muchas las facetas evaluadas incluir una tabla para indicar cada factor evaluado y sus puntuaciones. Incluir una descripción donde se indique el significado de las puntuaciones obtenidas. En el caso de los registros se aportaran los datos obtenidos y una breve descripción de su significado.

NOTA:

- Los instrumentos deben ser los adecuados para responder al objetivo del informe.
- En caso de utilizar test psicológicos y otras pruebas no se citan aquí, tan solo se indica su nombre. Es necesario citarlas en el anexo y referenciarlas al final del informe docente (formato APA).
- Es necesario utilizar medios o procedimientos contrastados e instrumentos con fiabilidad y validez adecuadas. En el caso de las pruebas clínica cualitativas será necesario argumentar su uso y referenciarlas. Es una condición para proseguir con la valoración del TFM.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

- **Finalidad:** en este apartado deben incluirse los contenidos de las entrevistas, los resultados numéricos de las pruebas y la descripción de las exploraciones cualitativas realizadas. En los casos en que no sea posible presentar los datos numéricos se puede indicar el nivel de ejecución (muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto). Los datos numéricos se incluirán preferiblemente en tablas.
- **Redacción:** redactar el apartado en el orden especificado y exponerlo de manera sistematizada.

RESULTADOS POR ÁREAS

- **Finalidad:** en este apartado indicaremos el estado de las diferentes áreas evaluadas. Es necesario especificar en qué nos hemos basado para detectar cada déficit. Por ejemplo, podemos decir que el paciente presenta perseveraciones por sus puntuaciones en el WCST, en el TRVB y por nuestra observación de su conducta.

- No olvidar que una evaluación en general debe responder a los aspectos cognitivos, emocionales y de conducta del paciente evaluado. Es necesario incluir las áreas cognitivas y el lenguaje, pero también las alteraciones emocionales, conductuales y sociales (aspectos neurocomportamentales). Se indicarán las áreas intactas de manera conjunta. Por ejemplo: no presenta alteraciones del lenguaje, memoria y función ejecutiva. (Nota: en un informe clínico real, salvo demanda específica no se especifican las funciones conservadas y menos aún si no se han evaluado. En este trabajo docente de TFM, sí)
- **Redacción:** deben respetarse los principios éticos y no desvelar información confidencial. Debe evitarse toda información irrelevante para el caso. Es conveniente informar de los datos que no ha sido posible evaluar adecuadamente o de aquellos que convendría analizar de manera más exhaustiva de ser posible, dado el caso.

CONCLUSIONES

- **Finalidad:**
 - Se interpretarán los resultados obtenidos a partir de los datos y se establecerá un diagnóstico, juicio clínico o conclusión sobre los mismos. Se relacionarán los síntomas o déficits encontrados con el motivo de la evaluación y las lesiones observadas, su descripción, sus localizaciones anatómicas y todo aquello que afecta a la conducta del paciente.
 - En caso de realizarse un diagnóstico clínico, es recomendable realizarlo en base a un manual. Los manuales estándares internacionales son la CIE-10 o el DSM-5. Se indicarán aquellos criterios diagnósticos que justifican nuestro juicio clínico.
 - Se realizará un resumen de las conclusiones más importantes en un párrafo.
 - Explicaremos como afectan las alteraciones del paciente a su vida personal, familiar, laboral, académica, etc.
 - En caso necesario se propondrá un tratamiento o intervención adecuada basada en la evidencia y en las bases teóricas utilizadas en la elaboración del informe. Las «indicaciones de tratamiento» deben incluir siempre orientaciones acerca de los potenciales cambios positivos, y de las condiciones concretas necesarias para que esos cambios se produzcan.
 - En caso necesario se incluirá un pronóstico de la evolución del paciente. Se debe especificar el pronóstico en las dos situaciones posibles: siempre que esas condiciones positivas (terapéuticas) se produzcan y cuando no existan dichas condiciones.
 - Deben comunicarse el alcance y limitaciones del informe, así como el grado de certidumbre de las afirmaciones realizadas.
- **Redacción:**

- Las conclusiones deben estar fundamentadas en los datos recogidos en la evaluación, no deben realizarse afirmaciones que no estén sostenidas por tales datos. No deben incluirse suposiciones o hipótesis.
- Deben discutirse las inconsistencias encontradas en los resultados.
- Se informará sobre el carácter estable o temporal de los datos obtenidos.

REVISIÓN SOBRE EL TRASTORNO

- En este apartado se incluirá otra información específica para cada TFM. Se incluirá en este apartado el título al que se refiere y que viene determinado por el caso del informe. Es decir, el juicio clínico diagnóstico determina sobre qué se debe realizar una breve revisión del trastorno, su etiología, epidemiología, diagnóstico, y tratamientos, entre otros aspectos que supondrá una revisión actualizada sobre el tema. Por ejemplo: Juicio clínico, “Trastorno neurocognitivo mayor por enfermedad de cuerpos de Lewy, probable, con trastorno del comportamiento. Moderada”. Luego la revisión será: Breve Revisión sobre los Trastornos Neurocognitivos y la Enfermedad por Cuerpos de Lewy.
- Este apartado no debe ocupar más de 4 páginas de su TFM excluidas las referencias.
- Las citas y referencia de este apartado se incluirán en el mismo y con formato APA.

ANEXOS

- En este apartado se incluirá toda la información que no cabe en el informe. Por ejemplo, en el anexo sobre la historia clínica se puede ampliar la información sobre neuroimágenes, enfermedades anteriores, etc. En el anexo de procedimiento de evaluación se describirán las pruebas y se citarán según formato APA. En este anexo también se puede informar del motivo por el que se emplearon estas pruebas y no otras (por ejemplo, estaban disponibles en la asociación donde se evaluó al paciente) y cuales hubiera sido aconsejable utilizar si estuviesen disponibles. En el anexo de conclusiones se discutirá el diagnóstico de manera más exhaustiva.
- Las citas y referencia de este apartado se incluirán en el mismo.
- El último anexo consistirá en las referencias bibliográficas según formato APA (última edición publicada).
- Este apartado no tiene límite de extensión. No obstante, es necesario que no ocupe tanto espacio que resulte imposible subir el trabajo a la plataforma.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Es necesario tener el consentimiento informado firmado por el paciente o tutor legal y adjuntar en el Anexo una declaración jurada de que se tiene ese consentimiento.

NOTA:

- Sin este requisito el trabajo no será evaluado.

EI INFORME PROPIAMENTE DICHO

El formato del informe será como se indica:

Encabezado: **Informe neuropsicológico**

- Datos del paciente
- Motivo de la evaluación

Antecedentes

- Historia clínica previa procedente de, informes clínicos aportados, otros informes.

Evaluación

- Procedimientos, herramientas, exámenes clínicos, pruebas complementarias solicitadas... (Este apartado suele ser un listado de instrumentos donde se especifican los acrónimos psicológicos de los mismos).

Resultados

- Cualitativos:

Descripción breve de los resultados cualitativos: entrevistas generalmente semiestructuradas y exámenes clínicos, visuales, motores, de coordinación, habla, nivel de conciencia, colaboración en las pruebas...

- Cuantitativos

Generalmente se muestra en forma de tabla donde se indican las pruebas, las medidas realizadas y las unidades en las que se expresan. Si las pruebas no son muchas no será necesario el uso de tablas y se podrían expresar en otros formatos.

Juicio clínico diagnóstico

- Indicar el manual de referencia. Ejemplo: Trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje. F. 80 (CIE-10).

Conclusiones

- Justificación del juicio diagnóstico basada en la evaluación. Responde al motivo del Consulta, describe los déficits y los relaciona con el comportamiento del paciente. Debe basarse exclusivamente en los datos obtenidos en la evaluación y proporcionar una idea del funcionamiento cognitivo, emocional y comportamental del paciente.

Recomendaciones

- Este apartado si no es muy extenso puede incluirse como párrafo al final del anterior. Si no, se debe especificar los tratamientos posibles, sus objetivos, así como, la temporalidad de las intervenciones.

Recomendaciones para la elaboración del informe.

En la mayoría de los casos será recomendable cumplimentar primero el anexo y luego elaborar a partir del mismo el informe. Tiene que ser breve, conciso y objetivo. Debe ser replicable por otro profesional. Es decir, debe de ser válido y fiable.

Observe que hay dos tipos de información: una dirigida al paciente o su familia y otra que es técnica, de interés para otros profesionales implicado en el caso. Hay que combinar ambas de forma que un informe, que es un instrumento técnico y legal, no quede coloquial ni tampoco sea incomprensible para el paciente y su familia.

El informe es un instrumento clínico con valor legal. Es decir, puede ser utilizado en contextos sociales o jurídicos para establecer derechos y/o deberes de la persona referida. Por ello, en el TFM se debe diferenciar el documento docente del clínico. Así no es usual encontrar en informes clínicos, descripciones de pruebas, explicaciones o justificaciones sobre las mismas, referencias o bibliografía relacionada. En algunos casos periciales es posible que se demanden por la autoridad (generalmente un juez) justificaciones del uso de una prueba determinada o haya que informar sobre los criterios psicométricos de las mismas. Esto no debe ser un problema para el psicólogo. De hecho, lo debe tener presente también en el contexto clínico a la hora de diseñar y realizar la evaluación.

En la clínica habitual no se suele disponer de mucho tiempo, por ello los informes de un gran número de páginas no suelen ser útiles, fundamentalmente porque no se leen. La información irrelevante sobre el motivo de consulta no se debe incluir. Así por ejemplo, cuando se acude al médico de familia por gripe no es frecuente que informe de todo lo que no tenemos para acabar diciendo que padecemos gripe. Con todo es el clínico el que debe decidir cómo presentar la información en un documento oficial (público o privado) considerando lo aquí indicado.

CRITERIOS DE CORRECCIÓN GENERALES DEL EJERCICIO

A continuación, se exponen los criterios que se aplicarán para corregir el TFM. Recomendamos que se lea para conocer cómo será la calificación de tu trabajo.

Nota: La revisión de calificaciones NO consistirá en ningún momento una revisión de criterios, sino en revisión de su aplicación.

MOTIVOS DE INVALIDACIÓN DE LOS EJERCICIOS:

Considerar un trabajo Apto permitirá proceder a su evaluación en la convocatoria que se presente. La consideración de No-Apto o invalidación de un TFM por el incumplimiento de algunos de los criterios expuestos a continuación supondrá una calificado de cero en la presentación del TFM en la convocatoria que corresponda.

- a) Cualquier trabajo identificado correctamente (al menos: Nombre y Apellidos, Dirección de Correo Electrónico, tipo de Filiación, Dirección Postal, País y Nivel y Tipo de Graduación) será calificado como Apto, en caso contrario será Invalidado.
- b) Cualquier trabajo entregado dentro del plazo fijado será considerado Apto, en otro caso será Invalidado
- c) Todos los trabajos deben ser reconocidos como originales. El trabajo en ningún caso debe suponer una copia o plagio de texto de otros autores, el/a director del mismo o incluso el mismo autor. El plagio es motivo automático de invalidación del TFM.
- d) El trabajo debe responder a las obligaciones y responsabilidades del personal sanitario relativas a la confidencialidad de la información y de la protección de datos personales de los pacientes (consentimiento informado y comité de bioética), en caso de no responder a dicho criterio será invalidado.
- e) Cualquier duda sobre el formato y estilo de presentación o de edición que requiera la contestación a los ejercicios debe ser consultado las indicaciones de Formato de la APA. En caso contrario será Invalidado.
- f) Cualquier trabajo que tenga un apoyo bibliográfico suficientemente visible y respondiendo a criterios científicos/ académicos en forma de citas en el texto y sus correspondientes referencias en un apartado propio, será considerado válido. En aquellos trabajos que se sustente en el uso mayoritario de bibliografía pseudocientífico, extra-académico o meramente divulgativo será invalidado.
- g) Cualquier trabajo cuyas citas y referencias bibliográficas se encuentren en Formato APA (última edición) será considerado válido, en otro caso será Invalidado

h) Cualquier trabajo que se ajuste a las normas de redacción científica será considerado válido, en otro caso (lenguaje vulgar, coloquial, o soez, ortografía “tipo texting”, etc.) será Invalidado.

APLICACIÓN DE PORCENTAJES:

De manera General los porcentajes se aplican de la siguiente forma:

Nivel Insuficiente	La competencia se obvia o no aparece	Puntaje entre 0%-24%
	La competencia se manifiesta de modo insuficiente y parcial, de modo confuso, errático o poco claro. Hay elementos o dimensiones relevantes no adquiridas aún.	Puntaje entre 25%-49%
Nivel Estándar	La competencia se manifiesta parcialmente de modo correcto. Puede haber elementos o dimensiones de la competencia de caracteres accesorios y no fundamentales en proceso de adquisición.	Puntaje entre 50%-74%
	La competencia se manifiesta correctamente, pero aparecen deficiencias en su redacción, son poco claras o aparece información no necesariamente relacionadas con el caso o accesorio	Puntaje entre 75%-94%
Nivel Excepcional	La competencia se manifiesta de modo claro y correctamente en cada dimensión de su complejidad y profundidad	Puntaje entre 95%-100%

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1.- Adecuación de los procedimientos utilizados: (máximo 1.5 puntos)
2.- Presentación de los resultados: (máximo 1.5 puntos)
3.- Calidad de las conclusiones, diagnóstico y recomendaciones: (máximo 2 puntos)
4.- Presentación oral: (máximo 5 puntos)