

INFORME PSICOLÓGICO

GUÍA DE ELABORACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

INTRODUCCIÓN

El informe psicológico consiste en un documento escrito que exponga los datos de filiación del/la paciente, el motivo de consulta, los antecedentes personales y familiares, el examen del estado mental, procedimientos de evaluación, resultados, conclusiones y en su caso pronóstico y el tratamiento recomendado, relativos a una evaluación psicológica de un/a paciente real.

Formato del trabajo

- **Extensión:** entre 10.000 y 25.000 palabras (entre 20 y 40 páginas) del trabajo. La extensión de cada apartado es flexible y se ajustará en función de la información que sea necesario incluir.
- **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 del autor del tipo “he visto”, “yo sé”, “a mi entender”, etc.
- (2) **Indicar solo las características o síntomas que presenta el/la paciente.** Nunca señalar características o condiciones que no posee. Por ello, en general, las oraciones deben elaborarse de manera afirmativa.
- (3) **Ser objetivo/a.** Tenemos que basar nuestras afirmaciones en los datos obtenidos durante la entrevista y/o en los resultados obtenidos de los instrumentos testológicos utilizados. Siempre hay que evitar las interpretaciones subjetivas.
- (4) **Incluir los aspectos conflictivos y adaptativos que presenta el/la paciente.** Valorar las áreas conflictivas y deficitarias, así como las adaptativas y conservadas, e incluirlas en el informe.
- (5) **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 testológicos estos deben ser explicados con claridad.
- (6) **No utilizar, en la medida de lo posible, abreviaturas.**
- (7) **Las oraciones deben ser breves y concisas.**
- (8) **El/la paciente es una persona, no un “caso”.** Es inadecuado referirse a los/las pacientes como “maniaco/a” o “esquizofrénico/a”. Siempre hay que referirse al/la paciente como “una persona con manía” o “un paciente con esquizofrenia”. En esta línea no usar expresiones como “sujeto”, “individuo” o “gente”.
- (9) **Extremar las precauciones respecto a la redacción y la ortografía.**

APARTADOS

ENCABEZAMIENTO

En la primera hoja ha de aparecer:

- **Título:** El título siempre será INFORME PSICOLÓGICO
- **Autor:** Nombre y Apellidos del Alumno/a
- **Tutor/a:** Nombre y apellidos de todos los tutores/as que tenga el trabajo
- **Convocatoria:** Especificar (febrero, junio, septiembre). Recordar que la convocatoria de junio no es

oficial y que la actas se rellenaran en septiembre

NOTA:

- **Sin estos datos el trabajo no será evaluado**

DATOS DE FILIACIÓN DEL/LA PACIENTE

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

NOTA:

- **No deben aparecer datos personales que permitan identificar al/la paciente para preservar su intimidad. En su lugar puede utilizarse un pseudónimo o inventarse el nombre, el domicilio, teléfono, etc.**
- **En caso de que los datos permitan identificar al/la paciente, el TFM no podrá presentarse.**

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 y ha de contener la siguiente información sobre el/la paciente:
 - Describir qué le pasa: qué hace, qué siente, qué piensa sobre el problema que le ha traído aquí.
 - Especificar la última vez que le ocurrió ese problema: qué, cuándo, dónde y cómo le ocurrió.
 - Indicar con qué frecuencia le ocurre ese problema y cuál es su duración.
 - Señalar con qué intensidad ocurre. Por ejemplo, en una escala de 1 a 5 (en la que 1 es muy baja intensidad y 5 muy alta)
 - Describir en qué medida le afecta en su vida cotidiana. Por ejemplo, en una escala de 1 a 5 (en que 1 sería nada o muy poco y 5 muchísimo).
 - Señalar si ocurre, especialmente, en alguna/s situación/es. Se ha de especificar las características de la situación, personas presentes, qué pasa antes (antecedentes) y qué pasa después (consecuentes) de ocurrir el problema.
 - Indicar la historia de ese problema.
 - En los informes neuropsicológicos, incluir los datos 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; y en general, toda la información neurológica relevante para el caso).
 - Describir qué, cuándo, cómo y dónde le ocurrieron la primera vez que aparecieron, en qué circunstancias, aclarando los aspectos de la situación (personas presentes, antecedentes y consecuentes).
 - Señalar si desde entonces esas manifestaciones se han agravado.
 - Recoger si el/la paciente y/o tutores legales ya habían buscado ayuda anteriormente para resolver este problema.
 - En caso afirmativo, indicar qué profesionales, qué tratamientos (en su caso), con qué resultados y en qué fechas ocurrieron.
 - Indicar a que cree el/la paciente que se debe su problema.
- **Informantes:** si hemos obtenido información de otras personas que no sean el/la paciente, citar brevemente los nombres de las personas y relación que tienen con él/ella (P. ej: padre, madre, otro profesional, informes escolares, psicológicos, médicos, etc.)
- **Redacción:** se redacta como una cita directa de lo que el/la paciente y/o informante/s nos han dicho. Pero, a veces, se puede parafrasear o resumir lo que nos han contado, sobre todo si el motivo de consulta es impreciso, extenso o multicausal. En ocasiones, tendremos que citar dos motivos de consulta: uno del/la paciente y otro el del informante/s (identificados de manera adecuada).

Reglas a seguir en la redacción: hemos de tener en cuenta las siguientes cuestiones:

 - a. *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), así como la sintomatología que presentó. 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.

- b. *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).

ANTECEDENTES PERSONALES

- **Finalidad:** se trata de presentar un resumen completo de los antecedentes del/la paciente, comenzando con el nacimiento (posibles problemas en el embarazo y/o parto), la infancia, adolescencia, educación, experiencia militar (si la ha habido), 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.
 - La *historia de salud* es especialmente relevante, mencionar cualquier operación, enfermedad médica importante, fármacos recientes o actuales que están tomando, y hospitalizaciones por razones no relacionadas con la salud mental.
 - Es vital incluir *cuestiones del pasado*, como el abuso de drogas o alcohol, que quizá se omitieron en la historia del padecimiento actual, porque ya no afectan la vida del/la paciente. También, hay que indicar si ha tenido otros problemas psicológicos distintos de estos por los que consulta.
- **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.
- **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.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

- **Finalidad:** el examen del estado mental (EEM) es simplemente la evaluación del funcionamiento psicológico actual del/la paciente. Hay que describir en el informe tres grandes áreas: (1) los aspectos conductuales; (2) los aspectos emocionales/afectivos y (3) los aspectos cognitivos.
 1. **Aspectos conductuales:** incluir:
 - Características físicas:** origen étnico; edad que aparenta y si esta concuerda con la edad que dice tener; complexión corporal del/la paciente.
 - Estado de alerta:** ha de graduarse como un continuo.
 - *Estado de alerta total o normal:* implica conciencia del ambiente y la capacidad para responder con rapidez a diversos estímulos sensoriales.
 - *Estado de alerta alterado:* somnolencia, conciencia nublada, etc.
 - Ropa e higiene:** describir si la ropa del/la paciente está limpia-cuidada o está sucia-rotas y si el/la paciente está o no aseado. Si la ropa es apropiada para el clima y las circunstancias de su sesión.
 - Actividad motriz:** referir si presenta alguno de los siguientes síntomas: agitación psicomotora, estupor, temblores, convulsiones, tics, espasmos, catalepsia o flexibilidad cética, rigidez muscular o espasticidad, negativismo, estereotipias motoras, movimientos estereotipados y autolesivos, ecosíntomas u obediencia automática, estereotipias, manierismos, discinesias, apraxias, dispraxia, paresias, plejias, etc.
 - Conductas disruptivas:** de especial importancia en la infancia y adolescencia y en trastornos neuropsicológicos: impulsividad, conductas de oposición y desobediencia "pasiva", conductas negativistas y desafiantes, conductas antisociales (agresión hacia las personas o los animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo, y violaciones), desinhibición de la conducta, etc.
 - Expresión facial:** reseñar si manifiesta alguna alteración de la mímica: hipermimias, hipomimias, dismimias, etc.
 - Lenguaje/comunicación:** señalar los síntomas que presenta: taquilalia, glosomanía, aliteración,

neologismos, paralogismo, bradilalia, bradilogia, bradifasia, aprosodias, presión del habla (logorrea o habla apresurada), pobreza del habla (habla lacónica), habla distraída, ecolalia, habla afectada (elación o habla enfática), bradifasia, tics vocales, tartamudeo, mutismo (completo o selectivo), afasia, alteraciones de lenguaje expresivo, alteraciones de lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo, dificultades de comunicación, etc.

Alteraciones del aprendizaje: *escritura* (disgrafía, disortografía, agrafías), *lectura* (dislexia), *dificultad en el aprendizaje de las matemáticas* (discalculia), etc.

Alteraciones adquiridas de la lectoescritura y el cálculo: Alexia, agrafia, acalculia, etc.

Audición: señalar, si lo hubiera, el *grado del déficit auditivo* (leve, mediano, severo y profundo); el *momento de aparición* (prelocutiva o postlocutiva) y el *tipo de sordera* (de percepción, de transmisión o mixta).

Visión: señalar si el/la paciente presenta:

- *Deficiencias visuales parciales:* ametropías (estrabismo, la miopía, el astigmatismo, la hipermetropía y la anisotropía) y ambliopías (bilateral y monocular).
- *Deficiencias visuales totales:* ceguera o ceguera funcional

Conductas alimentaria y de la ingesta: indicar los alimentos preferentes en la dieta, las cantidades y horarios. Señalar si hay ingesta de sustancias no comestibles, regurgitación, negación a tomar múltiples alimentos, hábitos dietéticos inadecuados, demora para tragar o masticar, prolongación excesiva en el tiempo de la ayuda para comer, disfagia, etc.

Hábitos de sueño: horas que duermen, posibles problemas para conciliar y/o mantener el sueño, sensación subjetiva de descanso, posibles problemas (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, somniloquio, bruxismo nocturno, etc.). Señalar si la persona relaciona sus problemas de sueño con estar sometida a una situación estresante.

Control de la micción y defecación: de especial importancia en la infancia y los trastornos neuropsicológicos. Describir si ya se ha adquirido la conducta y si durante la adquisición o en la actualidad hubo algún problema. Aclarar si hubo control y en la actualidad se ha perdido, si la persona ha estado sometida a una situación estresante.

Actitud hacia el entrevistador: describir la actitud del/la paciente en los siguientes términos:

- Colaborador versus obstruccionista
- Cordial versus hostil
- Abierto versus reservado
- Participativo versus apático

2. Aspectos emocionales/afectivos:

Tipo: reseñar las alteraciones que manifiesta el/la paciente:

Fenómenos psicopatológicos afectivos: tristeza, tristeza vital, apatía, desánimo, ahnedonia, alexitimia, manía, sentimientos de culpa, desconfianza, perplejidad, disforia/cólera, irritabilidad, inquietud interna, miedo, pánico, fobia, angustia, ansiedad, estrés, etc.

Deformaciones duraderas y alteraciones singulares de la vida afectiva: labilidad afectiva, incontinencia afectiva, viscosidad, moria, caricaturización del carácter, disociación afectiva, ambivalencia, humor delirante, paratimias, neotimias, embotamiento afectivo o aplanamiento afectivo, tenacidad afectiva, rigidez afectiva, sentimientos de éxtasis, afecto heboide, afecto pueril, etc.

Intensidad: clasificar, si es posible, la intensidad de los síntomas como leve, moderada o grave. También podemos utilizar una escala de 1 a 5 (en la que 1 es muy baja intensidad y 5 muy alta).

3.-Aspectos cognitivos: incluir los siguientes aspectos (en informes neuropsicológicos consultar el apartado 3.1):

Pensamiento: señalar la existencia de:

- *Trastornos formales del pensamiento (trastornos del razonamiento):*
 - *Trastornos cuantitativos:* trastornos relacionados con el curso de las ideas y con la espontaneidad de su flujo verbal: pensamiento inhibido, pensamiento bloqueado o interceptado, concretismo, pensamiento perseverante, pensamiento estrechado, pensamiento divagatorio, pensamiento prolijo o pensamiento circunstancialidad, pensamiento ideofugitivo, descarrilamiento o asociaciones laxas, etc.
 - *Trastornos Cualitativos:* trastornos de las funciones productivas, selectivas y

asociativas del pensar: hipotonía, **condensación**, desplazamiento, incoordinación o asíndesis, pensamiento disgregado, incoherencia, etc.

- *Trastornos de contenido (trastornos de las creencias):* preocupaciones, rumiaciones, pensamientos automáticos negativos (PAN), ideas suicidas, ideas fóbricas, ideas obsesivas, ideas sobrevaloradas, pensamiento mágico, delirios, etc.

Percepción: indicar los síntomas encontrados:

- *Distorsiones perceptivas:* anomalías en la percepción de la intensidad de los estímulos (hiperestesias, hipoestesias); alteraciones en la percepción de la cualidad; metamorfosis (dismegalopsias, dismorfopsias, autometamorfopsias); anomalías en la integración perceptiva (aglutinación, sinestesia, escisión; anomalías en la estructuración de estímulos ambiguos (sentido de presencia, pareidolias), etc.
- *Engaños perceptivos:* alucinaciones, variantes de la experiencia alucinatoria (pseudoalucinaciones, alucinación funcional, alucinación refleja, alucinación negativa, autoscopia, alucinación extracampina, etc.
- *Pseudopercepciones o imágenes anómalas:* imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas, imágenes mnésicas, imágenes eidéticas, imágenes consecutivas, imágenes parasitarias e imágenes alucinoides, etc.

Atención: indicar los síntomas encontrados:

- *Alteraciones cuantitativas de la atención:* distraibilidad, fatigabilidad, labilidad atencional, perplejidad anormal, inhibición atencional, aprosexia, inatención apática, paraprosexia, etc.
- *Alteraciones cualitativas de la atención:* atención alucinatoria, pseudoaprosexia, indiferencia anormal, frustración del objetivo y atención compartida o doble, etc.

Memoria: indicar los síntomas encontrados:

- *Trastornos cuantitativos: trastornos por excesos* (hipermnesia ideativa, hipermnesia afectiva, memoria panorámica, trastorno hipermnésico por estrés postraumático, ecmnesias); *trastornos por pérdidas* (amnesia de fijación o anterograda, amnesia de conservación o retrógrada, amnesia de evocación, amnesia lacunar o amnesia localizada, dismnésias), etc.
- *Trastornos Cualitativos: trastornos por invención o pseudomnesias* (confabulaciones, recuerdos delirantes, alucinaciones del recuerdo, pseudología fantástica); *trastornos por falseamiento de recuerdos y reconocimientos o paramnesias* (alomnesias o distorsiones selectivas; falsos reconocimientos; confusión de personas; ilusión de lo ya visto o déjà vu; ilusión de lo nunca visto o jamais vu; reminiscencias o criptomnesias; paramnesia reduplicadora; ilusiones mnésicas), etc.

Conciencia: señalar si el/la paciente presenta: estados confusionales, obnubilación, sopor, coma, estados crepusculares, etc.

Inteligencia: en caso de discapacidad intelectual deberemos de indicar las habilidades adaptativa en por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autogobierno, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

Introspección o insight: indicar la capacidad del/la paciente para darse cuenta que tiene un problema psicológico y de las repercusiones que éste tiene sobre los demás (pareja, familia, amigos, etc.).

3.1-Aspectos cognitivos en informes neuropsicológicos: incluir los siguientes aspectos:

Atención: indicar los síntomas encontrados:

- Estado de las distintas modalidades atencionales: atención sostenida, selectiva, dividida, alternante, etc. Incluir la concentración y la presencia o no de asimetría atencional.
- Velocidad de procesamiento.

Conciencia:

- Señalar si el/la paciente presenta: estados confusionales, obnubilación, sopor, coma, estados crepusculares, etc.
- Orientación: temporal, espacial y personal.

Gnosias: Según la modalidad perceptiva (visuales, auditivas, olfatorias, táctiles, etc.)

Praxias: Indicar si presenta apraxia y la modalidad de las mismas (ideomotora, ideatoria, constructiva, etc.)

Memoria:

- Indicar si presenta amnesia y en que modalidad.
- Señalar los trastornos de memoria especificando su modalidad (a corto plazo, de trabajo, a largo plazo, semántica, episódica, procedimental) y si las alteraciones son de predominio verbal, visual, espacial, etc...

Funciones ejecutivas: indicar si presenta alteraciones en la planificación, supervisión, flexibilidad cognitiva, inhibición cognitiva, uso de estrategias, finalización de tareas, pensamiento abstracto, solución de problemas, perseveraciones, etc...

Funcionamiento cognitivo general: indicar si las afectaciones cognitivas son específicas y focales o generalizadas y como se ve afectada la inteligencia general.

Anosognosia: indicar si es consciente del trastorno y en qué grado.

- **Redacción:** redactar el EEM en el orden especificado y exponerlo de manera sistematizada, recordar que si nombramos un síntoma hemos de explicar en qué consiste y que repercusión tiene sobre el/la paciente.

NOTA:

- No se incluirán aquí las observaciones realizadas mediante registros y otros e instrumentos, sino tan solo los observados y recogidos mediante la entrevista por el evaluador/a.

PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

- **Finalidad:** describir la información obtenida mediante entrevistas estructuradas, test, registros, etc.
- **Redacción:** se describirán los métodos, instrumentos y técnicas utilizados para realizar la evaluación (entrevistas estructurada, test, registros, etc...). En el caso de utilizar un instrumento testológico, en la descripción de cada test debe aparecer, el nombre de la prueba, las puntuaciones obtenidas (directas y típicas si las tuviera). 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 será necesario citarlas y referenciarlas al final del informe (formato APA).
- Es necesario utilizar medios o procedimientos contrastados e instrumentos con fiabilidad y validez adecuadas, si ello no se produjera, el TFM no se podrá presentar

RESULTADOS

- **Finalidad:** es necesario incluir toda la información necesaria para alcanzar las conclusiones del informe. Es una especie de resumen final en el que fusionaremos la información más relevante obtenida mediante las diferentes estrategias de evaluación utilizadas (entrevista, instrumentos testológicos, registros, etc.)
- **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.

CONCLUSIONES

- **Finalidad:**
 - Se interpretarán los resultados obtenidos a partir de los datos y se establecerá un diagnóstico, juicio clínico o conclusión sobre los mismos. En caso de realizarse un diagnóstico, es recomendable realizarlo de acuerdo con la CIE-10 o el DSM-5, indicando aquellos criterios diagnósticos que cumple. En el caso del informe neuropsicológico se relacionarán las secuelas encontradas con la enfermedad o lesión causante de las mismas, así como con las localizaciones anatómicas afectadas (si es posible).
 - Se realizará un resumen de las conclusiones más importantes.
 - 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 informado/a. 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.

REFERENCIAS

- **Finalidad:** referenciar los test psicológicos y otras pruebas utilizados en formato APA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Es necesario tener con el consentimiento informado firmado por el informado/a 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

CRITERIOS DE CORRECCIÓN GENERALES DEL EJERCICIO

A continuación se exponen los criterios que se aplicarán para corregir el TFM. Le recomendamos que los leas para saber los motivos de la calificación de tu trabajo.

Nota: La revisión de calificaciones NO consistirán 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 TFG por el incumplimiento de algunos de los criterios expuestos a continuación supondrá una calificado de cero en la presentación del TFG 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 TFG.
- 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 (6th edición). 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 6th 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					
	100%-95%	94%-75%	69%-50%	49%-25%	24%-0%
1.- Adecuación de los procedimientos utilizados (máximo 1.5 puntos)	Los instrumentos testológicos, registros, etc. son los no adecuados para la finalidad del informe. La validez y fiabilidad de los instrumentos testológicos, registros, etc. son adecuadas	Falta algún instrumento testológico o registro para cubrir adecuadamente la finalidad del informe. La validez y fiabilidad de los instrumentos testológicos, entrevistas estructuradas o registros son adecuadas	Los instrumentos testológicos o registros no cubren un número importante de facetas, lo cual impide cubrir adecuadamente la finalidad del informe. La validez y fiabilidad de los instrumentos testológicos, entrevistas estructuradas o registros son adecuadas	Los instrumentos testológicos o registros no cubren la mayoría de facetas, lo cual impide cubrir adecuadamente la finalidad del informe. La validez y fiabilidad de los instrumentos testológicos, entrevistas estructuradas o registros no son adecuadas	No se han empleado instrumentos testológicos o se encuentra obviada su descripción
2.- Presentación de los resultados (máximo 1.5 puntos)	Se realiza un adecuado resumen de la información más relevante. Se evita toda información irrelevante para el caso. Se indica que datos no se han podido evaluar adecuadamente o cuales convendría analizar de manera más exhaustiva de ser posible.	Se realiza un adecuado resumen pero falta alguna información más relevante. Se incluye alguna información irrelevante para el caso. Se indica que datos no se han podido evaluar adecuadamente o cuales convendría analizar de manera más exhaustiva de ser posible.	Se realiza resumen incompleto donde falta información importante. Se incluye bastante información irrelevante para el caso. No se especifica con claridad que datos no se han podido evaluar adecuadamente o cuales convendría analizar de manera más exhaustiva de ser posible.	No se realiza un adecuado resumen de la información más relevante. No se evita toda información irrelevante para el caso. No se indica que datos no se han podido evaluar adecuadamente o cuales convendría analizar de manera más exhaustiva de ser posible.	No aparece este apartado o se encuentra obviado
	100%-95%	94%-75%	69%-50%	49%-25%	24%-0%
3.- Calidad de las conclusiones, diagnóstico y recomendaciones (máximo 2 puntos)	Se interpretan adecuadamente los resultados obtenidos a partir de los datos y se establece un diagnóstico, juicio clínico o conclusión sobre los mismos correcto. Se realiza un resumen adecuado de las conclusiones más importantes. Si se propone un tratamiento o intervención, es adecuado y basado en la evidencia y en las bases teóricas utilizadas en la elaboración del informe. Si se incluye un pronóstico, es adecuado a la	Uno de los apartados siguientes no está desarrollado adecuadamente: (a) Interpretación de los resultados obtenidos a partir de los datos y se establece un diagnóstico, juicio clínico o conclusión sobre los mismos correcto. (b) Realización de un resumen de las conclusiones más importantes. (c) Si se propone un tratamiento o intervención, está basado en la evidencia y en las bases teóricas utilizadas en la elaboración del informe.	Dos de los apartados siguientes no está desarrollado adecuadamente: (a) Interpretación de los resultados obtenidos a partir de los datos y se establece un diagnóstico, juicio clínico o conclusión sobre los mismos correcto. (b) Realización de un resumen de las conclusiones más importantes. (c) Si se propone un tratamiento o intervención, está basado en la evidencia y en las bases teóricas utilizadas en la elaboración del informe.	Más de dos de los apartados siguientes no está desarrollado adecuadamente (más de dos): (a) Interpretación de los resultados obtenidos a partir de los datos y se establece un diagnóstico, juicio clínico o conclusión sobre los mismos correcto. (b) Realización de un resumen de las conclusiones más importantes. (c) Si se propone un tratamiento o intervención, está basado en la evidencia y en las bases teóricas utilizadas en la	No aparece este apartado o se encuentra obviado

	evolución del informado/a. Se comunica correctamente el alcance y limitaciones del informe, así como el grado de certidumbre de las afirmaciones realizadas.	(d) Si se incluye un pronóstico, es adecuado a la evolución del informado/a. (e) Se comunica correctamente el alcance y limitaciones del informe, así como el grado de certidumbre de las afirmaciones realizadas.	(d) Si se incluye un pronóstico, es adecuado a la evolución del informado/a. (e) Se comunica correctamente el alcance y limitaciones del informe, así como el grado de certidumbre de las afirmaciones realizadas.	elaboración del informe. (d) Si se incluye un pronóstico, es adecuado a la evolución del informado/a. (e) Se comunica correctamente el alcance y limitaciones del informe, así como el grado de certidumbre de las afirmaciones realizadas.	
--	--	---	---	---	--

	100%-95%	94%-75%	69%-50%	49%-25%	24%-0%
Ajuste al contenido de los distintos apartados (máximo 1 punto)	Estructura adecuada: incluye todos los apartados Desarrolla adecuadamente el contenido de los apartados, incluyendo toda la información relevante	Estructura adecuada: incluye todos los apartados Desarrolla adecuadamente el contenido de los apartados pero falta algún dato relevante	Estructura adecuada: incluye todos los apartados Desarrolla inadecuadamente el contenido de los apartados, faltan datos relevantes que dejan bastante incompleto el informe	Estructura inadecuada: faltan algunos apartados Desarrolla inadecuadamente el contenido de los apartados, faltan muchos datos relevantes que dejan bastante incompleto el informe	Estructura inadecuada: faltan algunos apartados Desarrolla inadecuadamente el contenido de los apartados, faltan muchos datos relevantes que dejan sin utilidad el informe
Redacción, estilo y formato (máximo 1 punto)	Buena redacción Sin fallos en la ortografía Presentación cuidada: sigue las instrucción exactas del formato	Algún fallo de redacción Sin fallos en la ortografía Presentación cuidada: sigue las instrucción exactas del formato	Algún fallo de redacción Sin fallos en la ortografía Algún fallo en la presentación: no sigue alguna de las instrucción del formato	Múltiples fallos de redacción Sin fallos en la ortografía Múltiples fallos en la Presentación: no sigue las instrucción exactas del formato	Múltiples fallos de redacción Con fallos en la ortografía Múltiples fallos en la Presentación: no sigue las instrucción exactas del formato