

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL  
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

FICHA N°. 3  
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA E INFORME PSICOLÓGICO

**INSTRUCCIONES:**

Adjunto a la Ficha de Valoración Social es necesario adjuntar el informe psicológico de la persona adulta mayor considerando lo siguiente:

- 1.- Esta entrevista será realizada por él/la Psicólogo/a del centro gerontológico residencial o diurno.
- 2.- Los informes psicológicos deben ser claros, precisos, rigurosos para su destinatario. Deberán expresar las fortalezas y debilidades, el grado de veracidad acerca del contenido que posea el informante actual o temporal.
- 3.- El informe puede ser únicamente elaborado por el psicólogo y al ser elaborado por este profesional tendrá que ser prudente y crítico, omitiendo nociones que fácilmente degeneran en etiquetas discriminatorias, de género de normal/anormal, adaptado/inadaptado, o inteligente/deficiente, es decir debe guardar todos los criterios técnicos específicos de este tipo de documentos.
- 4.- Forman parte del informe psicológico las fichas 3a ,3b, 3c y 3d que corresponden a las 4 escalas de valoración que evalúan los siguientes aspectos

<b>Instrumento / Escala</b>	<b>Aspecto que Evalúa</b>
Mini Examen Del Estado Mental (Folstein et al. 1975) Versión de Reyes et al. (México 2004) ISACCS (personas iletradas)	Deterioro Cognitivo
Escala de Depresión Geriátrica De Yesavage	Posible presencia de depresión

- 5.- En caso de que se requiera evaluar otros aspectos en la persona adulta mayor, el profesional puede aplicar otros reactivos psicológicos, siempre que se respeten los protocolos de aplicación y se emitan los informes respectivos de los resultados, mismos que deben reposar en el expediente de la persona adulta mayor.
- 6.- El informe psicológico debe contar con una estructura que permita recabar los datos más importantes del estado emocional y psicológico de la persona adulta mayor para en base a esta información definir las intervenciones que debe realizarse para apoyar el desarrollo emocional de cada persona adulta mayor tanto a nivel individual como grupal.

Se sugiere la siguiente estructura

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL  
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

FICHA N°. 3  
INFORME PSICOLÓGICO

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre Completo del Usuario: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Modalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso al Servicio: \_\_\_\_\_

**2. ANAMNESIS:**

**2.1. ANTECEDENTES PERSONALES** (Describir datos relevantes de la historia personal de la persona adulta mayor, incluyendo principales enfermedades, situaciones emocionales importantes en su vida, etc.)

**2.2 Antecedentes Familiares** (Describir datos relevantes de la historia familiar de la persona adulta mayor, incluir información sobre las relaciones familiares más importantes del usuario)

**2.3 Intervenciones anteriores** (Puntualizar si se conoce que el usuario a recibido atención psicológica o psiquiátrica anteriormente, en caso de existir mencionar diagnósticos y tratamientos anteriores)

**3. EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA** (Describir la orientación temporal y espacial, actitud, atención, memoria, del usuario, higiene, estado de ánimo y contenido del pensamiento (lenguaje, articulación, etc.) en base a la observación y entrevista realizada).

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

ASPECTO GENERAL				
Estado general		Actitud		
CONDUCTA SOCIAL				
Reacción al contacto		Comportamiento		Reacción disruptiva
ESFERA COGNITIVA				
Conciencia				
Orientación	Persona / Inmediata	Tiempo / Reciente /	Espacio / Remota /	Situacional /
Memoria				
ATENCIÓN				
COMPRENSIÓN				
SENSOPERCEPCIONES				
PENSAMIENTO				
Curso		Contenido		Estructura
LENGUAJE				
JUICIO O RAZONAMIENTO				
PRAXIAS / GNOSIAS				
ESFERA AFECTIVA				
ESFERA VOLITIVA				
Grado				
CAPACIDAD DE INSIGHT				
HABITOS				
Alimentación		Sueño		Micción/Deposición
DOMINANCIA MANUAL				
APOYO FAMILIAR (hijos/as, nietos/as, otros familiares, amigos, comunidad)	SI	NO	CUALES:	
Adecuación/Participación				

Diseño: Psic. Ximena Guevara O. / Analista de Proyectos de Inversión 3

**4. SITUACIÓN ACTUAL** (Descripción de la situación Actual del estado psíquico/emocional del usuario)

**5. RESULTADO DE LAS PRUEBAS APLICADAS O PSICODIAGNÓSTICO.** (Describir el resultado de los test aplicados incluyendo las escalas recomendadas, en el diagnóstico se debe utilizar el CIE-10)

**PRUEBAS APLICADAS:**

PRUEBAS APLICADAS	PUNTAJE PACIENTE
TEST DE YESAVAGE	
TEST MINI MENTAL	
TEST DE ISAACS	

**6. CONCLUSIONES:** (Describir los resultados del proceso de evaluación, tomando en cuenta tanto los test como las entrevistas)

**7. RECOMENDACIONES:** (se detallan las sugerencias profesionales incluyendo intervenciones o derivación a otros profesionales)

**FIRMA Y SELLO DEL PSICÓLOGO/A**

## INFORME PSICOLÓGICO

El informe psicológico es un documento escrito, elaborado y firmado por el psicólogo, en el cual se presentan los resultados de una evaluación, con la finalidad de transmitir las conclusiones y un pronóstico sobre la persona evaluada.

El informe psicológico es un documento escrito, en el cual se presentan los resultados de una evaluación psicodiagnóstica. En este documento se comunica la información esencial que el profesional obtuvo durante una evaluación psicológica determinada.

Este texto constituye un registro clínico, que describe los hallazgos de la evaluación e incluye, también, información de los antecedentes, problemas, ventajas y limitaciones actuales de la persona examinada.

También, contiene las observaciones e interpretaciones de las pruebas tomadas.

Al tener validez legal, es importante que el informe psicológico cumpla con ciertos requisitos, que se detallan a continuación:

- Expresar los resultados de una manera organizada, sintética e integrada;
- Incluir aquello que se ha comprendido de la persona, en un momento y contexto particular;
- Transmitir los descubrimientos fundamentales, las conclusiones y las recomendaciones pertinentes;
- Estar centrado en la persona evaluada y en la información que se obtuvo a través de las diversas técnicas e instrumentos psicológicos;
- Incluir solo la información precisa para cumplir con el propósito para el cual fue solicitada la evaluación.

### EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Es un conjunto de pruebas psicométricas administradas a la persona que se está valorando, para ayudar al especialista a determinar un diagnóstico. Esta exploración permite obtener información complementaria valiosa y, en algunos casos son totalmente indispensables. Éstas incluyen factores cognitivos, neurológicos, de personalidad, diferentes patologías y aptitudes de la persona. En muchos casos no es necesario realizar este tipo de exploraciones, pues únicamente con la entrevista clínica podemos discernir cual es la dolencia o dificultad de la persona. Pero, en ocasiones, necesitamos más información que la que nos ofrece la anamnesis o historia clínica, los resultados objetivos que se obtienen de esta exploración nos ayudan a determinar exactamente qué es lo que le sucede.

Esta se refiere básicamente, a la búsqueda y observación de los fenómenos psíquicos anormales, el estudio de las funciones mentales alteradas, así como a identificar y aislar las vivencias personales patológicas en las personas afectadas de su salud mental.

Es importante tener siempre en cuenta, que ningún fenómeno, síntoma o signo psicopatológico, es valorable por sí mismo, autónomamente, es decir, éste tiene que verse dentro del conjunto total de la personalidad. Así también, deben ser apreciados en su justa medida, las circunstancias y entorno del sujeto, su cultura, sociedad e historia biográfica individual, la cual es específica en cada persona. Y como en todo caso, la interpretación clínica debe ser siempre relativa a cada caso particular, irrepetible y único en sí mismo.

Se adjunta los significados psicopatológicos para una mayor claridad al momento de emitir el informe:

<b>Conciencia</b>	Vigilia	Estado de alerta, estar despierto
	Somnolencia	Estado intermedio entre el sueño y la vigilia en el que todavía no se ha perdido la conciencia
	Obnubilación: (o innubilación)	es un estado menos severo que el estupor, la persona responde correctamente a las órdenes complejas (ejecuta órdenes escritas, realiza cálculo mental...), pero con lentitud, fatiga o bastante dificultad de concentración
	Estupor	Estado de inconsciencia parcial caracterizado por una disminución de la actividad de las funciones mentales y físicas y de la capacidad de respuesta a los estímulos.
	Coma	Estado patológico de sueño profundo en el que se pierde la conciencia, la sensibilidad y la movilidad; se produce tras un traumatismo grave o antes de morir
<b>Atención y concentración</b>	Hiperprosexia	Exageración de la atención; idea fija obsesionante.
	Hipoprosexia	Denominada distraibilidad o labilidad de la atención es un trastorno frecuente pero poco patológico. Se trata de una constante fluctuación de la atención que pasa de un objeto a otro sin que pueda fijarse especialmente en ninguno
	Euprosexia	La condición de tener una capacidad de atención normal
	Paraprosexia	Trastorno atencional por el que el sujeto que lo padece tiene francas dificultades o es incapaz de fijar su atención sobre un suceso o actividad concreta.
<b>Pensamiento</b>	<b>Curso</b> Bradipsiquia	Lentitud psíquica, mental o del pensamiento
	Taquipsiquia	Es la aceleración patológica de la actividad psíquica que se presenta en algunas enfermedades mentales y trastornos psíquicos, particularmente en aquellos que cursan con episodios de crisis delirantes como la psicosis y la manía
	Fuga de ideas	En la que el pensamiento parece saltar súbitamente de un tema a otro
	Bloqueo	Interrupción brusca del pensamiento antes de completar la idea
	<b>Contenido</b> Preocupaciones:	El individuo inquieto lleva a cabo una conversación negativa con sí mismo que le impide concentrarse en lo que hace
	Ideas falsas, por lo general reversible	Es información sacada de su contexto, va a inducirnos en un error.
	Ideas obsesivas	Imágenes o pensamientos intrusivos, persistentes, dolorosos o absurdos. Angustia, depresión y ansiedad extremas. Inseguridad y aislamiento social.
	Ideas fóbricas	Inducen a comportamientos de evitación de situaciones de la vida cotidiana, ellas pueden incluir factores psicológicos, psicopatológicos, familiares y económicos y representan una carga de estrés, ansiedad y depresión importante para el sujeto fóbrico.
	Pensamiento mágico:	Consiste en una forma de pensar y razonar que genera opiniones o ideas carentes de fundamentación lógica robusta o estricta
	<b>Estructura:</b> Pensamiento circunstancial	Cuando la información compartida es excesiva, redundante y, por lo general, no relacionada con el tema hasta finalmente comunicar lo que se desea.
	Pensamiento divagatorio - Ecolalia	Repetición persistente de palabras o frases de otra persona
	Pensamiento tangencial	Pensamientos irrelevantes, que no se relacionan a la centralidad de lo que se desea comunicar
	Perseverancia	Repetición constante al mismo estímulo, tal como responder con la misma palabra a todas las preguntas del interrogatorio.
	Neologismo	Creación de palabras nuevas, incomprensibles para el interrogador
	Disgregación	Consiste en la incapacidad para mantener una idea directriz constante, lo que se traduce en incoherencia e improductividad del pensamiento

<b>Lenguaje</b>	Dislalia	Se manifiesta con una dificultad de articular las palabras y que es debido a malformaciones o defectos en los órganos que intervienen en el habla.
	Taquilalia	Rapidez y volubilidad en el lenguaje
	Verborrea	Empleo excesivo de palabras al hablar
	Disfasias	Trastorno o anomalía del lenguaje oral que consiste en una falta de coordinación de las palabras y se produce a causa de una lesión cerebral
	Afasia	Se caracteriza por la incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica y se debe a lesiones cerebrales
	Dislexia	Alteración de la capacidad de leer por la que se confunden o se altera el orden de letras, sílabas o palabras
	Disgrafía	Trastorno de la capacidad o la facultad de escribir.
<b>Esfera afectiva</b>	Disartria	Dificultad para articular sonidos y palabras causada por una parálisis o una ataxia de los centros nerviosos que rigen los órganos fonatorios.
	Eutimia	Es el estado de ánimo normal, esto es, situado entre la hipertimia y la distimia o, más radicalmente, entre la manía y la depresión.
	Hipertimia	Caracterizado por un exceso de la actividad acompañada habitualmente de cierta euforia, afectividad excesiva, verborrea, hiperfrenia y exaltación
	Hipotimia:	Disminución anormal del tono afectivo.
	Aplanamiento afectivo	También llamado indiferencia emocional, se refiere a una pobre reacción a un abatimiento o pérdida de la vida emocional, de manera que el individuo se torna indiferente sobre el bienestar propio o de los demás.
<b>Sensopercepción</b>	Ambivalencia afectiva	Emociones distintas opuestas frente a una situación al mismo tiempo amor-odio.
	Incontinencia afectiva / emocional	Las emociones se exteriorizan de una manera exagerada esto origina crisis patológicas de risa o llanto. Los pacientes suelen reír o llorar a la menor provocación.
	Ilusiones	Concepto o una imagen que surge por la imaginación o a través de un engaño de los sentidos, pero que no tiene verdadera realidad; es una percepción distorsionada de un estímulo externo efectivamente existente.
<b>Esfera volitiva</b>	Alucinaciones	Es una percepción que no corresponde a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real. Por ello, la alucinación es considerada como una pseudo-percepción dada la ausencia de un estímulo externo.
	Hipobulia	Disminución de la capacidad y de la disposición personal para la realización de actos concretos
	Abulia	Falta de voluntad o iniciativa y de energía. Es uno de los trastornos de disminución de la motivación
	Hiperbulia	También llamado voluntad potente. Es una gran capacidad de decisión voluntaria del sujeto. Aparece en maníacos, pacientes agitados
	Anhedonia	Incapacidad para experimentar placer, síntoma inicial en la depresión.
	Alexitimia	Falta de términos para explicar sus emociones. Ante un sentimiento que no pueden describir aparecen manifestaciones de tipo psicossomático y cómo sólo expresan quejas corporales de sus sentimientos