

Orlanda, María Belén

Creencias acerca de los aportes del Psicólogo Clínico, en los profesionales que trabajan en una Unidad de Neurociencias

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Artstein, Marcela Judith

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*Creencias acerca de los aportes del Psicólogo Clínico, en los profesionales que trabajan en
una Unidad de Neurociencias.*

Contexto Clínico

Autora: María Belén Orlanda.

Directora: Lic. Marcela J. Artstein.

2020

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mis queridos y honrados padres, a quienes dedico este trabajo. Por su esfuerzo, dedicación y el apoyo inmenso que me han dado. Agradezco también a mis hermanos, siempre presentes en mis proyectos.

Quisiera también mencionar al Instituto Conci Carpinella, sin el cual mi Práctica Profesional Supervisada no hubiese sido posible; y a todos sus profesionales, que tan amablemente me han acogido y enseñado tanto durante el proceso. En especial, mencionar a la Lic. Tatiana Castro Zamparella, por el acompañamiento tan dedicado e incondicional ofrecido en este camino. Agradecer también, a la Universidad Católica de Córdoba y a la excelente docente y directora que me legó, Lic. Marcela Artstein, que me apoyó desde un inicio, me guió en todo momento y me permitió disfrutar de todo el proceso. Gracias Marce, por el enorme sostén y el trabajo impecable que hiciste como directora.

Mencionar además, a la querida Sandra Martín, quien tuvo una excelente predisposición y me ayudó infinidad de veces. Aprovecho aquí también, a reconocer a Ina y Malu, dos amigas que me dejó la Universidad, para toda la vida. Gracias por el apoyo de siempre.

Por último, estaré siempre agradecida a Eugenia y Celeste, quienes me han escuchado y ayudado siempre que lo necesité. Miles de gracias chicas, por hacer este camino más simple para mí y hacerme ver que era posible.

Gracias viejos, familia y a todos los que me han ayudado siempre, por permitirme cumplir mis sueños.

INDICE:

1. Introducción.....	4
2. Contexto Clínico.....	6
3. Contexto Institucional.....	13
4. Eje de Sistematización.....	17
5. Objetivos.....	19
5.1. General.....	20
5.2. Específicos.....	20
6. Perspectiva Teórica.....	21
6.1. Funciones.....	24
7. Modalidad de Trabajo.....	27
7.1. Tipo de Estudio.....	28
7.2. Caracterización de los Sujetos.....	28
7.3. Técnicas de Recolección de Datos.....	29
7.4. Consideraciones Éticas.....	29
8. Análisis de la experiencia.....	31
8.1. Recuperación del proceso vivido.....	32
8.2. Sistematización de la experiencia.....	46
8.2.1. <i>Función Diagnostica del Psicólogo Clínico: análisis de creencias.....</i>	<i>46</i>
8.2.2. <i>Función de Tratamiento del Psicólogos Clínicos: análisis de creencias.....</i>	<i>58</i>
8.2.3. <i>Función de Prevención del Psicólogo Clínico: análisis de creencias.....</i>	<i>73</i>
8.2.4. <i>Función de Investigación del Psicólogo Clínico: análisis de creencias.....</i>	<i>82</i>
9. Conclusión.....	87
10. Referencias Bibliográficas.....	96

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo, se origina a partir de las tareas llevadas a cabo en el ámbito de la cátedra *Práctica Profesional Supervisada*, correspondiente a la carrera universitaria de Licenciatura en Psicología, de la Universidad Católica de Córdoba. Esta producción aborda, posicionándose desde el contexto clínico, la sistematización de las experiencias vivenciadas, en las distintas rotaciones en las que se ha tenido parte, en el Instituto Conci Carpinella; junto con el eje surgido a partir de la práctica, y la observación en estos espacios que se han habilitado para tal fin. Siendo entonces, el eje a sistematizar: *Creencias acerca de los aportes del Psicólogo Clínico, en los profesionales que trabajan en una Unidad de Neurociencias*.

En el marco de las actividades realizadas, el rol llevado a cabo radicó en la observación no participante en Entrevistas de admisión, Evaluaciones Neuropsicológicas, sesiones de Estimulación Cognitiva, sesiones de Psicoterapia, sesiones de Neurología y Electroencefalografía, y la asistencia a reuniones de Ateneo.

El trabajo se dispone de la siguiente manera: en los dos capítulos subsecuentes, se expone en detalle el contexto de práctica [Clínico], como así el contexto institucional donde esta se llevó a cabo. Posteriormente, se detalla el eje de sistematización y los objetivos generales y específicos, concernientes al presente trabajo. A continuación, la perspectiva teórica desde donde se analizan y leen los datos recabados en la práctica, como también, la metodología e instrumentos implementados para conseguirlos, y la especificación de la muestra en estudio. En un capítulo ulterior, se podrá encontrar la recuperación del proceso vivido en la Práctica Profesional Supervisada, así como el análisis y cuestionamiento de dicha experiencia, por parte de la autora. Finalmente, se describirán las hipótesis y conclusiones emergidas de este proceso.

2. CONTEXTO CLÍNICO

El contexto en el que se enmarca este trabajo es el Clínico. Para una mejor comprensión, se hará un abordaje conceptual en lo referente a éste. El Contexto Clínico tiene sus bases en un área específica de la Psicología, la cual se concibe como *Psicología Clínica*. Ésta se caracteriza por el desarrollo y construcción del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las posibles afecciones psicosomáticas de las personas/usuarios; como así, de la exploración de la vida anímica y psíquica de estas últimas y el análisis de sus comportamientos (Ley No. 7.106, 1984, Art. 1; notas de clase de diversas cátedras, 2011-2014). Incorporándose también aquí, los desarrollos en investigación. A su vez, el ejercicio de la Psicología Clínica u área de acción, por parte del profesional Psicólogo -en las condiciones de matriculación correspondientes-, se puede llevar a cabo en *Instituciones de Salud* Públicas o Privadas, sean estas Hospitales Generales –Polivalentes o Monovalentes-, Clínicas e Institutos ligados a la Salud, el consultorio privado o bien en las unidades relativas a trastornos psiquiátricos ubicadas en las Instituciones antes mencionadas.

Del mismo modo, el rol del Psicólogo en el Contexto Clínico y por regla general, se encuentra contemplado bajo un marco legal que lo regula en el ejercicio de su profesión, no pudiendo dejar fuera de sus miramientos las leyes y distintos apartados de las mismas que lo contemplan en su accionar (Dr. Raisz, nota de clase, 2014). He aquí la necesidad de considerar, por parte del profesional, sus deberes éticos y morales ante quien lo solicite y no desatender los derechos de las personas, sus necesidades y situación particular. Resguardando de esta manera, la salud mental de éstas (Ley No. 26.657, 2010, Art. 1); y teniendo en cuenta para ello, los aspectos culturales, sociales, económicos, históricos, psicológicos, como así biológicos que median en la Salud Mental (Ley No. 26.657, 2010, Art. 3). Asimismo, el Psicólogo tiene el deber y responsabilidad éticos y morales, de responder y adecuar su actividad al tiempo de los avances y actualizaciones de las leyes, la tecnología, la investigación y el nuevo conocimiento propio de su teoría psicológica específica.

En consonancia con lo que se ha expresado hasta el momento sobre el contexto clínico y el rol del Psicólogo en el mismo, y partiendo de lo aportado en el Artículo 1° de la Ley Nacional de Salud Mental, es de suma importancia precisar que no fueron consideraciones con las que los profesionales pudieron contar desde un primer momento, en el desarrollo de su profesión. En otras palabras, el Psicólogo, la Psicología y la Salud Mental, han tenido que recorrer un arduo camino durante muchos años y con muchas cruzadas y altibajos en el

medio. Tanto el Psicólogo, en la tarea de construir su rol, como en la construcción del contexto clínico a lo largo de los años, se han ido adaptando ante la urgencia de responder a las nuevas necesidades sociales e individuales propias de cada momento socio-histórico, como así en lo referente al plano socio-económico. Por lo anteriormente mencionado, se desarrollará a continuación un recorrido que permita comprender mejor el contexto clínico; y de este modo, cómo se inserta el Psicólogo y construye su rol desde entonces. De igual manera, es importante destacar la estructura donde estos últimos aspectos mencionados se apoyan; es decir, los hechos y escenarios en los que se fue alzando la Psicología y se fue asentando como ciencia en el país -Argentina-.

La Psicología ya se venía desarrollando [1879] en otros países, pero para entonces, y en tiempos posteriores [1928], tampoco conseguía muchos adeptos: “Razón tenéis: el psicólogo no sabe nada y no puede nada. Es el pariente pobre en la inmensa familia de los servidores de la ciencia” (Politzer, 1928) citado en (Dagfal, 2014, p.100). Para entonces -1928-, todo aquello que no se correspondía unívocamente a las ciencias de la naturaleza, no merecía ser llamado o pensado como tal.

Paralelamente en la historia, años antes, el italiano José Ingenieros fue uno de los pioneros en Argentina, en el desarrollo de escritos sobre la locura, la psiquiatría y los cambios universitarios de entonces. Sin embargo, su perspectiva aún estaba lo suficientemente ligada a un paradigma Positivista; el cual se correspondía también con la lógica de pensamiento que circulaba en Buenos Aires por aquél entonces (Stagnaro, 2006). Ingenieros fue uno de los primeros profesores en la Universidad de ésta ciudad (Dagfal, 2013), lo cual podría alertar respecto al tipo de formación que recibían los Psicólogos de aquellos tiempos. Pero los problemas y demandas sociales exigían una amplitud de conocimientos y herramientas por parte de los profesionales. No obstante, todavía se encontraban los Psicólogos, incluso en el transcurso de los años posteriores, fuera de la regularización de la Ley, sin una identidad propia, ni delimitación precisa sobre su posibilidad de accionar y lugar para hacerlo. Es así que Dagfal (2014) en uno de sus artículos expresa:

En efecto, los médicos en general y los psiquiatras en particular habían sido los únicos profesionales legalmente habilitados para tratar las enfermedades “del espíritu”. Pero la aparición de psicólogos que aspiraban a competencias clínicas amenazaba con alterar ese statu quo. (p.109).

De esta manera, la Psicología tuvo que lidiar con las vicisitudes durante muchos años y diversos oponentes, para conseguir su lugar y legitimación, no solo social sino también legal. En un principio –alrededor del año 1953-, los Psicólogos solo trabajaban desde su disciplina como auxiliares de otras ciencias. Realizando algunos test –psicométricos, gráficos- que se habían desarrollado, y con el fin de entregar los resultados al profesional Médico o Psiquiatra (Lic. Petit, nota de clase, 2014). Siendo que la Psicología aún no estaba enmarcada por los apuntalamientos de la Ley y en apoyo de la necesidad de ser una ciencia independiente, con formación propia, un año después -1954-, en la ciudad de Tucumán, se desarrolla el *Primer Congreso de Psicología en Argentina*:

El Congreso propició la creación de las carreras universitarias de Psicología como así también el perfil “profesional” del futuro egresado. En este sentido al año siguiente, en 1955, se inauguró la primera carrera universitaria de “Psicólogo” de la Argentina en la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación con sede en la ciudad de Rosario. (Gentile, 1997, sección de Justificación del tema, párr.1).

Este Congreso a su vez, permitió consagrar a la Psicología como una ciencia con fundamentos y desarrollos propios, emancipada de las demás ciencias a las cuales se la asociaba. Siguiendo a Gentile (1997), “atendiendo a la organización temática del congreso es posible inferir un modo de organización del saber de la psicología como independiente de la medicina y de la filosofía, ámbitos académicos dentro de los cuales tradicionalmente se la incluía” (sección de Presentación histórica, párr.3).

A partir del año 1960, predominaba la formación de carácter *psicoanalítico* en las universidades del país; y con prioridad en esta instrucción, se recibían los profesionales Psicólogos.

En 1969 se produjo el llamado *Cordobazo* en la ciudad de Córdoba-Argentina. Lo que cambiaría la historia del país, e introduciría la perspectiva de lo social en el pensamiento y abordaje de los Psicólogos y Psicoanalistas de entonces. Aquí, se comienza a politizar su territorio y el de la Salud Mental (Carpintero & Vainer, 2009; Stagnaro, 2006).

Se sucedieron muchos acontecimientos importantes en el país para entonces, como lo fueron los cambios de gobiernos, luchas de guerrilla, entre otros. El que se destacará aquí principalmente será la toma del poder social y político de la Dictadura Militar. En aquél

entonces, los peores acontecimientos se dieron en toda la extensión del territorio argentino; la desaparición y masacre de muchos ciudadanos, el control y opresión de los grupos y ciertos profesionales, el cierre de gremios, facultades y otras instituciones, entre muchos otros eventos terribles. En el campo de los trabajadores de la Salud Mental, muchos Psicólogos, Psiquiatras e incluso estudiantes en la materia, como así referentes gremiales o institucionales de estos ámbitos, fueron objetos de la violencia e impunidad del gobierno Militar, quienes tomaron sus vidas (Vainer, 2009). Muchos otros, aun hoy siguen desaparecidos. Así mismo, y siguiendo a este autor, los estudiantes y profesionales de la Psicología no podían asistir a la Facultad ni seguir *consumiendo* [cursiva añadida] los textos y escritos relativos a la Psicología, Filosofía, entre otros. Posteriormente, logran retomar sus estudios y recibirse con un programa universitario menos completo. Así también, como lo explica Vainer, quedó obsoleta toda actividad producida en favor de la sociedad y la salud, y proveniente de estas disciplinas, como lo fueron la asistencia barrial, las *Comunidades terapéuticas*, los *Tratamientos grupales*, la actividad en hospitales, el desuso de la expresión y ejercicio de la Salud Mental y las Residencias propias de esta última, que ya se habían comenzado a cerrar en el gobierno de Isabel Perón. En los años subsecuentes, como lo trae el mismo Alejandro: “La destrucción también llegaba a las teorizaciones que ponían en cuestión el estado de cosas. Sólo pudo continuar una psiquiatría biológica - manicomial y un psicoanálisis que negara la determinación social mediante un estructuralismo a-histórico” (p.4).

El 13 de octubre de 1974:

La Confederación de Psicólogos de la República Argentina (CoPRA), entidad antecesora de la actual FePRA, convocó al Primer Encuentro Nacional de Psicólogos y Estudiantes de Psicología en la ciudad de Córdoba. Este encuentro se erigió como un espacio para pensar y trabajar por los derechos de los psicólogos, por la construcción de una identidad profesional y donde miles de psicólogos y estudiantes de todo el país unieron sus fuerzas en defensa de la psicología. (Federación de Psicólogos de la República Argentina).

Para el año 1983, asume a la presidencia el Dr. Raúl Alfonsín, con quien comienza a vislumbrarse la democracia en Argentina. Los Psicólogos tuvieron un papel muy importante, ofreciendo su atención y asistencia para aquellos familiares de los ciudadanos desaparecidos en el Golpe Militar, actividad ésta que se llevo a cabo sin fines lucrativos (González Aguirre,

2012). A su vez, siguieron peleando por el “libre ejercicio profesional”, la “igualdad de derechos con las demás carreras” y la “autonomía científica” (p.172). Consiguiendo en 1984 la aprobación del “proyecto de la Ley Federal del Ejercicio Profesional de los Psicólogos” (p.174); donde se buscaba que esta actividad pudiera desarrollarse “a) en los niveles individuales, institucional y comunitario, b) en forma pública o privada y c) en las cinco áreas: clínica, educacional, jurídica, social y laboral” (p. 175). En el breve transcurso de pocos meses, se sanciona la Ley Provincial No. 7.106 relativa a las *disposiciones para el ejercicio de la psicología*, donde sus dos primeros Artículos rezan:

Artículo 1°.- A los efectos de esta Ley, se considera ejercicio de la Psicología la aplicación e indicación de técnicas específicamente psicológicas en la enseñanza, el asesoramiento, los peritajes y la investigación de la conducta humana, en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, tanto de las enfermedades mentales de origen eminentemente psíquico como de las alteraciones psicológicas en enfermedades somáticas de las personas, y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las mismas (Ley No. 7.106, 1984, Art. 1).

Artículo 2°.- El ejercicio de la Psicología se desarrollará en los niveles, individual, grupal, institucional y comunitario, ya sea en forma pública o privada, en las áreas de la Psicología Clínica, Educacional, Laboral, Jurídica y Social (Ley No. 7.106, 1984, Art. 2).

Poniendo de este modo en evidencia, el campo de acción de los profesionales Psicólogos, la enmarcación legal de su ejercicio y la delimitación de su accionar; como así, la importancia de la mirada interdisciplinar cuando de *Salud* se hablaba. Ahora los Psicólogos podían responder ante las dolencias subjetivas y las enfermedades de índole somática, aunque desde su área, a la par de los otros profesionales.

Siguiendo a Gonzáles Aguirre (2012), en el mes de Octubre de 1984, se aprueba la “Ley N° 7.156 DE CONSTITUCIÓN DEL CONSEJO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA” (p.180), el cual permitiría [Consejo], bajo ciertos estándares, la regulación de la matrícula de quien devenga profesional Psicólogo y la aceptación legal del ejercicio profesional en esta ciudad. Incluso, para 1986, se crean “los tribunales de Apelaciones y Ética” (p.183), el cual “dictó por resolución N° 5 el primer CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL de los psicólogos” (p.183). Mientras tanto, en el mismo año, se renuevan los

planes de estudio de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Nacional de Córdoba, luego de las modificaciones que había establecido el régimen militar. Esto trajo aparejado la incorporación de otras corrientes, más acordes a las necesidades de los ciudadanos.

La *Psicología Clínica* había sido una de las primeras corrientes en instaurarse en el país, ya desde la época de la introducción del Psicoanálisis. Tuvo que esperarse hasta 1986 para que se diera luz sobre la corriente Sanitaria y Comunitaria (González Aguirre, 2012).

El Psicólogo en la construcción de su rol, ha tenido que trabajar incansablemente durante todo este tiempo, para conseguir su lugar entre los demás profesionales y las demás ciencias, incluso dentro de las instituciones. Pero ello no es un trabajo que consiga agotarse, ni un producto ya acabado; el rol del Psicólogo se construye día a día en su campo y en la medida en que éste sigue estudiando y enriqueciendo su saber y conocimientos, junto con otros y otras disciplinas. No se puede obviar la necesidad de seguir investigando la personalidad humana y su cerebro cognoscente; y motivar la producción de nuevos conocimientos, con el fin de generar prevención en el campo de la Salud Mental y avances en su disciplina. Actualmente queda mucho trabajo por hacer y cosas por mejorar. Sirva de ejemplo que los Psicólogos aún hoy, no pueden expedir licencias laborales para sus pacientes con Síndrome de Burnout, los Derechos Humanos no son respetados en todas las Instituciones de Salud Mental, los Manicomios no se terminan de cerrar y las medidas adyacentes aun no se consiguen plenamente, los excesos de medicalización en ciertas instituciones reemplazan a cualquier tipo de terapia psicológica, generando un mayor incremento de costo para el Estado; por sólo mencionar algunos, la lista podría ser interminable. Es preciso que partiendo de la nueva Ley Nacional de Salud Mental No. 26.657, se posicionen todos los profesionales de la Salud, con el fin de responder con las mejores herramientas, teorías e instrumentos a quienes lo soliciten; y partiendo del respeto por los Derechos Humanos de cada ciudadano.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Práctica Profesional Supervisada se realizó en un Instituto privado de carácter polivalente, ubicado en la calle General Justo José de Urquiza N° 358, de la ciudad de Córdoba Capital. En cuanto a los servicios ofrecidos por el mismo, se puede encontrar la Unidad de Ecografía en el piso 2, la Unidad de Medicina para la Mujer distribuida en los pisos 5 y 6, la Unidad de Neurociencias emplazada entre piso 3 y 5, la Unidad de Cirugía ubicada en el piso 4, el Circuito vital y el centro de Imágenes en actividad en Planta Baja, la Unidad de Medicina Laboral ubicada en un inmueble externo frente al Instituto, la Unidad de Gastroenterología en piso 8, y Consultorio Externo dispuesto en calle Santa Rosa N° 499.

Conci Carpinella es un Instituto que se ocupa de su propia actualización constante, en términos de instrumental, equipamiento especializado con tecnología de avanzada, capacitación de su personal y los usuarios que los solicitan, con el fin de mantenerse en la vanguardia; respondiendo de este modo a la responsabilidad ética que compete a su accionar. Como así nos lo expresa su *misión*: “somos un equipo que cuida personas” (<http://www.concicarpinella.com.ar/>); y lo sostiene sus *valores*: “calidad, calidez y trabajo en equipo” (<http://www.concicarpinella.com.ar/>).

La Práctica Profesional Supervisada se desarrolla puntualmente en la Unidad de Neurociencias, con rotaciones constantes por los consultorios de Salud Mental –en piso 3- y de Electrofisiología –en piso 5-. Anteriormente, el piso 3 del Instituto –donde se desarrollaba la mayor parte de la actividad en Salud Mental-, desde su fundación en el año 2010 hasta el pasado año 2018, llevaba el nombre de “Centro Integral de Neurociencias Almenara” (Lavallo Cabello, 2017, p.9). Recientemente parte de la Unidad de Neurociencias ubicada en el piso antes mencionado, ha sido vendida al Instituto Conci Carpinella, dejando de ser un ente tercerizado. No obstante, siguen funcionando los mismos dispositivos y áreas, en la misma ubicación; con el beneficio de una mayor interdisciplina en relación al área y profesionales ubicados en el piso 5, entre ellos, Neurólogos y Técnicos (En diálogo con la Referente Institucional, mayo 2019). La unidad de Neurociencias se conforma por el área de Electrofisiología, la cual comprende: Potenciales evocados, Electroencefalograma (EEG.), Video EEG y Polisomnografía; el área de Medicina: Neurología y Neurocirugía; y el área de *Salud Mental*, en la cual se desenvuelve: Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía y la especialidad de Cefalea de Neurología. Todas las áreas se encuentran vinculadas entre sí, trabajando en conjunto en favor de los pacientes.

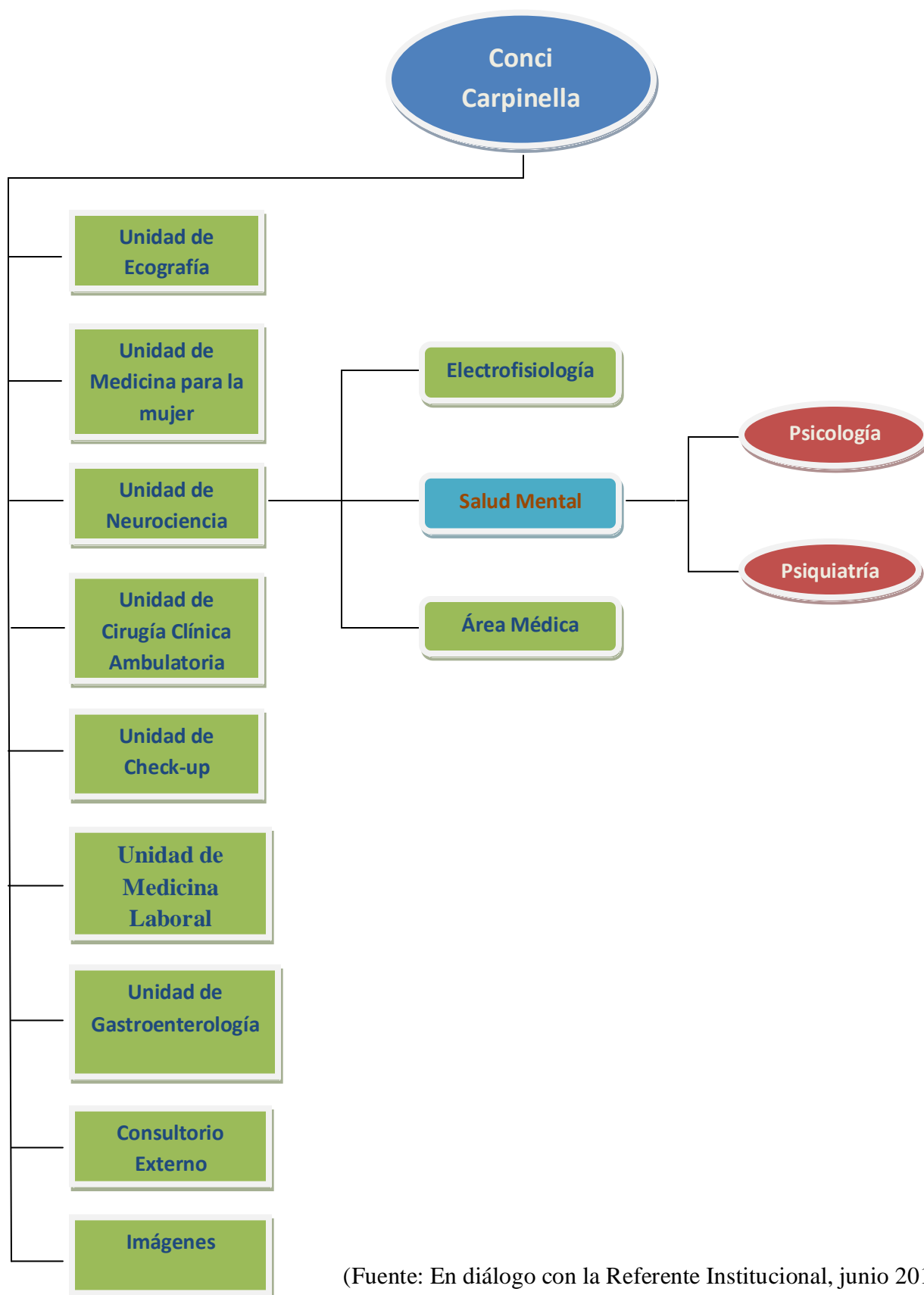
Desde el área de Salud Mental, se trabaja realizando Entrevistas de Admisión por parte de un Psicólogo y un Psiquiatra; Evaluaciones Neuropsicológicas y Estimulación Cognitiva llevadas a cabo por Neuropsicólogas; Psicoterapias desde las distintas corrientes psicológicas; atención en Psiquiatría; en Psicopedagogía y atención por parte de Neurólogos especialistas en Cefaleas, para personas que sufren por dolores de cabeza.

El Instituto, a su vez, desarrolla otro tipo de actividades que permiten fortalecer y ampliar el conocimiento de lo usuarios y los mismos profesionales de Conci Carpinella. Como lo son, los Ateneos llevados a cabo por los profesionales de Salud Mental y aquellos llevados a cabo por los Médicos y Neurólogos, donde se trabajan casos particulares en equipo, desde las distintas perspectivas concernientes a la Unidad de Neurociencias. A su vez, otro tipo de actividades son, el dictado de capacitaciones relativo a ciertas áreas o demandas provenientes de los usuarios o los profesionales. La promoción de charlas en otras instituciones con la finalidad de transmitir información relevante para la población, sobre la Salud. El desarrollo de talleres sobre temáticas importantes de nuestros tiempos: control de la ansiedad, charla para padres, entre otras. Transmisión en vivo por parte de un equipo profesional, sobre diversos temas como la Epilepsia, Hipertensión, Trastornos asociados al Glúten, y aquellos ligados a la prevención, que se ofrecen con la modalidad de respuestas formuladas a partir de las dudas y consultas hechas por los usuarios interesados, a través de la vía comunicativa Facebook; y guiada por la necesidad de quienes demandan este tipo de información (<https://www.facebook.com/pg/ConciCarpinella/>).

Lo que distingue a Conci Carpinella es su trabajo en equipo, permitiendo concebir al sujeto como una unidad integrada; sus profesionales en constante formación y capacitación, sus desarrollos en investigación y su interés inagotable de ofrecer lo mejor a quienes los solicitan. A continuación, se procederá a presentar el organigrama de esta institución:

Organigrama

Cabe destacar que el mismo sólo muestra la parte estructural de la conformación disciplinar del Instituto. Ampliándose el área de Salud Mental de la Unidad de Neurociencias, solamente.



(Fuente: En diálogo con la Referente Institucional, junio 2019).

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

A partir de las experiencias vivenciadas en el terreno de la Práctica Profesional Supervisada; y motivado por las observaciones realizadas en los distintos espacios que los profesionales de la Unidad de Neurociencias ponían a disposición para esta actividad, surgen los interrogantes que dan lugar al eje: “Creencias acerca de los aportes del Psicólogo Clínico, en los profesionales que trabajan en una Unidad de Neurociencias”.

5. OBJETIVOS

5.1. General

Analizar las creencias sobre los aportes del Psicólogo Clínico, en los profesionales que trabajan en una Unidad de Neurociencias.

5.2. Específicos

Caracterizar las creencias de los profesionales, en relación a los aportes del Psicólogo Clínico para la elaboración del diagnóstico.

Describir las creencias de los profesionales, sobre los aportes del Psicólogo Clínico para el tratamiento.

Explorar las creencias de los profesionales, en relación a los aportes del Psicólogo Clínico en prevención.

Identificar las creencias de los profesionales, sobre los aportes del Psicólogo Clínico en investigación.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

Como se expresó anteriormente en el apartado “Contexto clínico”, la labor del Psicólogo no ha sido la misma en el año 1953 que en la actualidad. Tampoco las creencias que se han ido construyendo sobre el Psicólogo y su rol siguen siendo las mismas desde entonces. Incluso éstas, van cambiando de un grupo social -e histórico- a otro. En esta oportunidad, se busca analizar estas creencias provenientes de profesionales que ejercen en una Unidad de Neurociencias, respecto a los aportes del Psicólogo Clínico. Para tener un mayor entendimiento sobre a qué se hace referencia, en el presente trabajo, cuando se habla de *creencias*; se vuelve necesario hacer una breve descripción sobre qué son los *esquemas*. Según Rodríguez Biglieri y Vetere (2011): “Los esquemas serían estructuras de procesamiento de la información que participan en la generación y adscripción de significado, permitiendo construir de esta manera una visión estable de sí mismo y el mundo” (p.29). Siguiendo a estos autores, “el principal componente de los esquemas son las creencias nucleares” (p.31).

En términos generales, Beck y Haigh (2014) plantearon que “the term belief is used as a generic label to represent a variety of schema-related constructs such as assumptions, expectancies, fears, rules, and evaluations influencing memories and associations” [el término creencia se usa como una etiqueta genérica para representar una variedad de construcciones relacionadas con esquemas tales como suposiciones, expectativas, miedos, reglas y evaluaciones que influyen en los recuerdos y las asociaciones] [traducción personal] (p.6). Lo que implica a su vez, una influencia en la manera en cómo se piensa, se interpreta el mundo y se actúa. Involucrando para ello tanto cogniciones de tipo verbales, como así también imágenes, ya sean en forma de premisa o no.

A partir de la escucha -por medio de la entrevista- de estas construcciones y pensamientos elaborados por los profesionales; y sumado a la observación de la conducta de éstos en su ámbito laboral, es de donde se ha llevado a cabo el análisis de sus creencias. Esto es, respecto a lo dicho por los mismos, en función de lo que consideran les aporta un Psicólogo Clínico desde su rol.

Asimismo, los “sistemas de creencias están constituidos socialmente” (Caro Gabalda, 2009, p.21). Siguiendo a esta autora y conforme a lo mencionado, resulta de importancia considerar el tiempo histórico en que se ha insertado o vivido cada sujeto o grupo social, ya que aquello ejerce un influjo en éstos.

Ruíz Fernández, Díaz García y Villalobos Crespo (2012) sintetizan el proceso cognitivo antes mencionado, de la siguiente manera:

Podría decirse que los seres humanos no pueden tener experiencias (A) sin hacer inferencias, valoraciones o interpretaciones sobre ella (B) que siempre tendrán algún tipo de consecuencias (C). Sin embargo, difícilmente se percibe, interpreta o valora (B) y se actúa, se siente o se piensa (C) si no hay ningún elemento activador (A). (p.323)

Partiendo de esta forma de conceptualizar las creencias, es decir, como el resultado del procesamiento cognitivo; es que se intenta analizar aquellas, respecto a los aportes del Psicólogo Clínico. Según un trabajo de investigación realizado en la ciudad de Madrid, una de las definiciones más aceptadas sobre el *Psicólogo Clínico*, es aquella que lo describe de la siguiente manera:

Profesional de la Psicología que estudia el psiquismo, las conductas y las formas de relacionarse de los individuos, procediendo a la prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento de las alteraciones de la personalidad existentes en la infancia, en el adulto o en la vejez, en sus aspectos individuales, en su adaptación al medio socio-familiar y laboral, así como a la profilaxis y desarrollo de la salud mental en la comunidad humana. (Ferrezuelo, 1985, Definición del psicólogo clínico, párr.5).

Se debe mencionar además, lo descrito por la Ley respecto a las incumbencias en el ejercicio del Psicólogo Clínico, lo cual reza entre ellas:

La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad; la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad, mediante psicoterapia o terapia psicológica. (Ley No. 7.106, 1984, Art. 3).

Partiendo de estas definiciones y de las posibilidades de observación y actividad que ofreció la institución -donde se llevaron a cabo las Prácticas Profesionales Supervisadas-, y de las limitaciones que en la misma tuvieron lugar; se toma como funciones del Psicólogo Clínico para la sistematización del presente trabajo: al *Diagnóstico; Tratamiento; Prevención*

e *Investigación*. Estas funciones, a su vez, serán descritas de un modo más detallado a continuación.

6.1 Funciones

6.1.1. Diagnóstico

Respecto al *diagnóstico psicológico*, Amoros (1980) afirma que: “se orienta a la apreciación de las propiedades psicológicas y a determinar la naturaleza de la dolencia mental y de la personalidad, mediante la entrevista, observación del comportamiento y la aplicación de los tests indicados” (p.365). El profesional intentará responder a la pregunta: “qué lo trae por acá” a este paciente, indagando en lo que éste le trae y en los aspectos menos evidentes; para luego, poder devolver y responderle sobre aquello para lo que él mismo no encuentra respuesta. Con tal fin, el Psicólogo Clínico se servirá de las técnicas y herramientas propias de la corriente psicológica en que se ha formado. Al mismo tiempo, podrá cotejar aquello con su experiencia en el campo y el juicio clínico propio y de sus colegas. Valiéndose, además, de la utilización de los manuales diagnósticos –CIE-10; DSM IV/V- los cuales le permitirán hablar en un lenguaje común con los demás profesionales.

Se debe mencionar también la importancia del diagnóstico, en su utilidad indiscutible para valorar el pronóstico y la planificación de un posible tratamiento.

6.1.2. Tratamiento

El tratamiento o intervención psicológica, depende en gran medida de la corriente en la que el profesional se haya formado. Dentro del campo de actividad del Psicólogo Clínico, no se llevan a cabo las mismas estrategias de intervención, incluso ante un mismo diagnóstico. Este último, a su vez, implica tipos de tratamientos o abordajes diferentes.

Respecto a la intervención psicológica, y con ello al diagnóstico y pronóstico, Pascual Llobell, Frías Navarro y Monterde i Bort (2004), agregan que: “La decisión ante el problema no es fácil y la solución debe tener en cuenta tanto el juicio clínico o experiencia del experto como la evidencia que aportan los datos y las preferencias del paciente concreto que además se encuentra inmerso en un contexto social determinado” (p.5). Para llevar a cabo esta decisión de la mejor intervención posible para un determinado paciente, es de suma relevancia que se haya definido de modo correcto y preciso su diagnóstico.

6.1.3. Prevención

Se abordará y diferenciará a la prevención, en:

Primaria:

Implica la presta intervención, la más pronta de éstas. Algunos autores afirman que: “Su propósito es meramente el de evitar anticipadamente no solo el desarrollo sino la aparición de enfermedades (...). Pretende reducir la incidencia de la enfermedad” (Martín, Gené y Subías, 2008) citado en (Redondo Alfaro, 2013, p.67). Según Caplan (1980):

Implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto periodo, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir enfermedad. No trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población. (p.43)

Aunque difiriendo con Caplan, esto último confiere *también* a las enfermedades en general.

Secundaria:

Implica la detección precoz de un trastorno o enfermedad, previo a su aparición o bien en su desarrollo más temprano. Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) manifestaron que “está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas)” (p.12).

Respecto a la intervención en la prevención secundaria, apunta a “la reducción de la evolución de enfermedades mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica, cuando los síntomas y signos no son aparentes, pero existen en estado embrionario o subclínico” (Martín, Gené y Subías, 2008) citado en (Redondo Alfaro, 2013, p.67).

Terciaria:

Implica las intervenciones dirigidas al tratamiento y/o rehabilitación de enfermedades o trastornos ya instaurados. Como lo refieren Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011), “mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas” (p.13). A su vez,

en esta etapa, los autores aluden a la importancia de llevar a cabo un seguimiento del paciente que sufre, con el fin de precisar el tratamiento y/o rehabilitación más conveniente para éste; y agregan: “Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad” (p.13).

6.1.4. Investigación

Los autores Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, manifiestan que “la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” (p.4).

Las investigaciones desarrolladas por los Psicólogos permiten justificar y perfeccionar las técnicas, los tratamientos, las medidas e intervenciones preventivas, entre otras implicancias en su campo. Del mismo modo, “introducen una mentalidad de autocrítica y evaluación permanente de las actuaciones terapéuticas que conlleva normalmente una mejora de las mismas” (Echeburúa, Salaberría, de Corral y Polo-López, 2010, p.252). Respecto a su funcionalidad, Buendía (1999) agrega también que es “con el fin de aumentar los conocimientos básicos acerca del comportamiento humano” (pp.17-18).

A su vez es importante, en lo que respecta a la investigación, que el Psicólogo pueda trabajar en conjunto con otros profesionales, sean estos Psicólogos o no; incluso profesionales del campo médico. Esto, no implica perderse en aquel ámbito o fusionarse, sino poder trabajar a la par, compartiendo sus conocimientos respectivos en sus áreas. Esto permite expandir los estudios que pueden realizarse (Redondo Alfaro, 2013).

La operacionalización de cada una de estas funciones descritas se desarrollará posteriormente, según los instrumentos y condiciones de lo expuesto en el apartado “Modalidad de trabajo”.

Lo novedoso de este proyecto de sistematización, no sólo implica la visión y aporte de profesionales que se desenvuelven en el área de la salud, sino que incorpora la visión de aquellos que comparten su trabajo a diario con el profesional Psicólogo. De lo cual, podrá extraerse datos que no necesariamente serán coincidentes con los obtenidos en otras investigaciones u otros grupos sociales o de trabajo.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

7.1. Tipo de estudio

En este trabajo se realiza una *Sistematización de experiencias*, la cual según Jara (2011):

Se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. (p.67)

Esto implica que quien sistematiza una práctica, no sea un mero observador y realice una sencilla trascendencia desimplicada en el campo. Es decir, que en el ejercicio de sistematizar, se debe poder observar los fenómenos y todo lo que en el terreno acontezca; poder aprehender lo que allí se manifiesta y tomar una actitud crítica al respecto, pudiendo pensar y preguntarse sobre los aspectos que intervienen en este fenómeno. No siempre se deberá intentar responder a todo lo que genere interrogantes, será necesario en ocasiones, dejarse incomodar por la duda. Este proceso, fue llevado a cabo a partir de la reconstrucción del proceso vivido, así mismo desde las observaciones y los registros de campo, realizados en el terreno de las Prácticas Profesionales Supervisadas. Llevando a cabo para esto y del mismo modo, la “interpretación crítica” en este trabajo; en miras de producir un constructo que permita el aprendizaje y crecimiento de quien sistematiza. Permitiendo de esta manera, transmitir lo aprendido en el trayecto; de acuerdo con Jara, “nos estaremos adentrando, a la vez, en un proceso de transformación de nosotros mismos: de nuestra manera de pensar, de nuestra manera de actuar, de nuestra manera de sentir” (p.69).

En cuanto al método de estudio, el presente trabajo se lleva a cabo desde el enfoque cualitativo, de tipo descriptivo.

7.2. Caracterización de los sujetos

Para llevar a cabo la Sistematización de experiencias, la *población* con la que se trabajó fueron los profesionales que se desempeñaban en una Unidad de Neurociencias. La cual pertenece al Instituto Privado, donde la alumna practicante realizó su Práctica Profesional Supervisada. La actividad de estos profesionales, se corresponde con la labor realizada en el campo de la Psicología, Psiquiatría, Neurología y Psicopedagogía. Así también de los

Técnicos que desarrollaban su actividad en el área de Eléctroencefalografía. A su vez, se procedió a tomar entrevistas a algunos de los profesionales involucrados en estos campos; siendo un total de 11 entrevistas realizadas, según la disponibilidad con la que contaban estos profesionales.

7.3. Técnicas de recolección de datos

Para el siguiente trabajo, se utilizó como técnica para recolectar datos: los *registros de campo*, que quien sistematiza llevó a cabo en terreno. Éstos, fueron efectuados en el momento en que se llevó a cabo la observación. Esta última, es otra de las técnicas de las que se solicitó para realizar la Sistematización; es decir, la *observación-no participante* de las experiencias vivenciadas en los distintos espacios, en los que se le permitió observar. Estos espacios comprendían: Ateneos, Entrevistas de Admisión, Estimulación y Rehabilitación Neurocognitiva, Evaluación Neuropsicológica, Psicodiagnóstico, consultas de Neurología y área de Electroencefalografía.

También se utilizaron *entrevistas semidirigidas*, administradas a los profesionales que desarrollaban su actividad en las disciplinas antes mencionadas. Este tipo de entrevista, permite que el entrevistado pueda desarrollar los aspectos más relevantes o que considere necesarios, en lo referente a las indicaciones del entrevistador; pero también, que este último pueda dirigir, encuadrar o estructurar la dirección que tome esta entrevista, con el fin de poder recabar los datos que se propone. Del mismo modo, no se utilizaron técnicas específicas de análisis, según se entiende desde la perspectiva de la metodología en investigación.

7.4. Consideraciones éticas

Se procedió a explicar a los profesionales entrevistados, por parte del sistematizador, el objetivo del presente trabajo y las implicancias de la entrevista a administrar. Para ello se tuvo en consideración, que aceptaban participar de la entrevista de modo voluntario; comprendiendo que se asumiría la responsabilidad, por parte del entrevistador, de la información que de ella se derivara, con el debido resguardo de la identidad de los profesionales. Para esto se tomó por recaudo, la utilización de una expresión numérica para identificar a cada entrevistado. También se transmitió a éstos, que los datos recolectados sólo

se utilizarían con fines académicos y serían protegidos con el resguardo de la confidencialidad.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1. Recuperación del proceso vivido

El día 17 de Abril del presente año -2019-, concurrí a la institución donde había elegido hacer mi Práctica Profesional Supervisada. Para entonces, comenzaba mi proceso en el descubrimiento del rol del Psicólogo sobre el terreno. Tenía mucha expectativa respecto a conocer todo lo referido al área de Neurociencias y cómo trabajarían los profesionales desde allí. Para mi sorpresa, entre los profesionales Psicólogos se encontraban aquellos con una inclinación y especialidad más neurocientífica y otros cognitiva, con lo que yo contaba, pero además estaban aquellos dedicados y especializados en la corriente psicoanalítica. Esto despertó mucho mi atención y fue indicador de la complejidad y amplitud en la forma de trabajar y responder a las necesidades de los usuarios. Como así, el trabajo en equipo -interdisciplinar- del que tendría conocimiento al día siguiente -al participar del Ateneo- y luego de mis constantes rotaciones con los distintos profesionales que ofrecían su espacio.

En el primer día en la institución, realicé un recorrido por la PB, el piso 3 y 5 - sector de Electroencefalografía-, con quien sería mi referente institucional. Luego, en uno de los consultorios, me expresó su disponibilidad ante cualquier duda o eventualidad con la que me pudiera llegar a encontrar. A continuación, me invitó a observar una de las Evaluaciones Neuropsicológicas –de adultos- que tenía que tomar. Aquella, fue una experiencia sumamente novedosa para mi, ya que al observar la toma de una anamnesis –previa a la toma de una Evaluación-, ahora no como usuario sino como observadora; como así todas las preguntas que podrían ser relevantes para la adquisición de información en favor del evaluado, me permitió formularme muchos interrogantes y pensar mucho respecto a, cómo se pregunta y qué se pregunta en una anamnesis, con qué fin se formula una pregunta u otra. En lo que sigue, un fragmento de la Evaluación Neuropsicológica del Señor “G”, de 74 años, quien consultaba por sus frecuentes olvidos:

Neuropsicóloga: “¿Por qué fueron a ver a un Neurólogo?”.

Paciente: “Porque me olvido muchas cosas”.

Neuropsicóloga: “¿Hace cuánto que nota esto, usted? (...)”. (Registro R1, del día 17/04/19).

Esta última pregunta, me hizo pensar sobre los posibles aspectos que se buscaría indagar ¿A caso podría tener un correlato sus olvidos con alguna enfermedad que sea tendiente a aparecen en un determinado rango de edad?; ¿pudieron aquellos olvidos haber tenido relación

con alguna circunstancia o situación en la vida propia del paciente? La profesional siguió indagando sobre el motivo de consulta del Señor “G”: “¿*Cuáles ejemplos me puede dar de estos olvidos en su vida cotidiana?*”. (Registro R1, del día 17/04/19). Recuerdo que anoté este diálogo de un modo muy mecánico, intentando no olvidarme de registrar nada. Hoy, releando y transcribiendo mis notas, puedo darle una interpretación diferente a esta pregunta; de la cual me surgen los distintos interrogantes: ¿Se trata de olvidos propios de la edad u olvidos que podrían inferirse de alguna patología? ¿Qué tipo de olvidos son? ¿De qué áreas del cerebro nos hablan estos olvidos?, ¿con qué hemisferio se ven más ligados? Espero que en el transcurso del año y desde el enriquecimiento de éste dentro de la institución, mis preguntas puedan ser otras; las mismas y otras que aún hoy todavía no se terminan de formular.

En un principio, quienes observamos, registramos todo en un cuaderno de campo, y muchas veces nos perdemos gestos, miradas, emociones. El trabajo de la observación es algo que uno debe ir perfeccionando con el tiempo y a medida que va adquiriendo experiencia. Pero incluso cuando intentamos registrarlo todo y a veces no conseguimos comprender ciertas preguntas o intervenciones por parte del profesional, luego revisamos nuestras notas, las pasamos en limpio, y ahí comienzan a aparecer las dudas de todo tipo. Considero que este proceso es muy importante y contribuye a ir modelando el Pensamiento Clínico de cada uno, como profesional y futuros profesionales.

En cuanto a las *Evaluaciones Neuropsicológicas*, éstas tienen una duración aproximada que puede variar entre una hora y media o dos, dependiendo de la necesidad y el grado de cansancio y tolerancia a las pruebas por parte del paciente, incluso, se pueden llegar a tomar en dos sesiones distintas si la situación lo requiere. Estas evaluaciones se conforman por dos partes, siendo la primera una evaluación de las funciones cognitivas del paciente; y la segunda, una valoración del estado anímico y cómo éste se desenvuelve en su cotidiano. A su vez, se toma un Protocolo para que la persona que acompaña al paciente a la sesión pueda responder. Éste, apunta a la vida cotidiana del evaluado y de cómo el problema por el que consulta, limita o no su vida diaria. Estos inventarios en muchas ocasiones, proporcionan información muy importante que podría alertar sobre la peligrosidad en la que se puede encontrar un paciente (posteriormente, se desarrollará un caso al respecto). Incluso, el protocolo al que debe responder el acompañante, puede mostrar información o dar a conocer aspectos sobre los que el paciente no puede responder o dar cuenta por sí mismo. Pero

además, en las Evaluaciones Neuropsicológicas pueden intervenir muchas otras variables, ya que no se trata sólo de saber tomar las pruebas y puntuarlas. Es preciso, además, saber qué hacer con la información y los puntajes recabados, cómo transmitirlos en un informe a quién solicitó una evaluación de este carácter; y saber qué es lo que se le puede devolver al paciente, y de qué forma se deberá transmitir aquello. En cuanto a la devolución al paciente, en ocasiones, varía de profesional en profesional. También se puede utilizar esta información -la recabada en la Evaluación-, en provecho de una futura Estimulación Cognitiva con el paciente, en base a sus necesidades específicas (esto se desarrollará más adelante). Pero además, el profesional asiste desde otro lugar; y a veces ocurre que los pacientes sufren por lo que creen acerca de su padecimiento o enfermedad, o por cómo ésta los limita, o a veces tienen miedo de lo que no pueden explicarse a sí mismos respecto de su motivo de consulta. Por ello, en distintas oportunidades la Neuropsicóloga psicoeduca al paciente, no sólo en lo referente a sus aspectos menos saludables sino también en lo referido a sus puntos más saludables o propios de una determinada edad. Es así que, cuando el Señor “G” le manifestaba sus temores a la Neuropsicóloga, debido a sus constantes olvidos y el antecedente de su padre con enfermedad de Alzheimer, ella le dice: *“A partir de los 65 años, la Memoria, las funciones, se enlentecen. No es que dejan de andar o estén dañadas”*. (Registro R1, del día 17/04/19). O también, se pueden hacer observaciones importantes –por parte del profesional Psicólogo- que ayuden al paciente con su demanda y necesidades. Es el caso de la Señora “N” de 73 años, que acudía a realizarse un chequeo neuropsicológico por andar muy olvidadiza, resultando favorable su evaluación. *La Psicóloga al final de la administración de las pruebas, le hace la siguiente devolución: “Lo que veo es que tu memoria está bien. Pero tus exigencias tienen que bajar, esto te pone muy ansiosa (...); pero tiene que ver que con su edad, ya no se puede acordar de todo”*. (Registro R9, del día 26/04/19).

Si bien algunos podrían pensar que la tarea de un Neuropsicólogo está asociada *exclusivamente* a la administración de pruebas estandarizadas, no es así en lo absoluto. Ya que no se toma de la misma manera o la misma prueba para diagnósticos similares. Hay variables que el Psicólogo debe saber manipular y adecuar para cada caso que se le presenta; y esto también se corresponde a la hora de leer e interpretar las respuestas que da el paciente evaluado. Por ejemplo, no sería irracional que para la imagen: “Iglú” del Boston Naming Test un evaluado responda “Horno de barro” al verla, si ello condice con la zona socio-cultural de

donde él proviene. Además, la actividad del Psicólogo en el desarrollo de la administración de las Evaluaciones Neuropsicológicas requiere posicionarse como investigador, para poder indagar y recabar la mayor cantidad de información posible. Un ejemplo de ello se puede observar en el caso de la Señora “I”, de 43 años, quien había sufrido un episodio de pérdida de la memoria, desorientación con verbalizaciones incoherentes y posteriores lagunas mentales, donde no recordaba nada de lo que había ocurrido el día en que se descompuso y se despertó internada. Luego de aquél episodio, empezó a tener problemas para recordar toda la información nueva –memoria anterógrada- y venía a hacerse una Evaluación para chequear cómo se encontraban sus funciones actualmente:

Neuropsicóloga: “¿Cómo empezó todo esto?, ¿por qué fueron a un Neurólogo?”

Hija de la paciente: “Ella se enfermó (...), en la escuela. Con dolor de cabeza”. Luego explica lo que los médicos les dijeron, luego de haber evaluado a la Señora “I”, sobre la causa de esta alteración en su memoria:

Hija de la paciente: “Por problemas familiares, muchos, como que colapsó, como que el cuerpo se preparó para el ACV, pero no sucedió”.

Neuropsicóloga: “¿Eso le había causado alguna sensación física, antes?” [Problemas familiares].

Paciente: “No”. (Registro R5, del día 24/04/19).

A veces, se tiene que buscar en uno mismo e incluso preguntarse a sí mismo como lo haría un investigador, y de ésta manera, poder abrir el pensamiento, organizar la información, y poder formular una pregunta adecuada y con un objetivo específico, para transmitirla inteligentemente al paciente. Es preciso saber de antemano qué información queremos recabar con aquella pregunta que haremos. En el caso de la Señora “I”, me atrevo a pensar en posibles interrogantes que pudieran anteceder a la pregunta que formuló la Neuropsicóloga: ¿qué ocurrió ahora que antes no había ocurrido?; ¿hubo alguna manifestación antecedente y/o desencadenante?, ¿cuándo? Éstas son solo algunas de las incógnitas que pueden anteceder a la pregunta indagatoria que se le realiza a la paciente. Para ello, no sólo se requiere del conocimiento de extensa bibliografía, sino también del juicio clínico, aquél que se modela y construye con la experiencia y los otros, una puerta que cuando se abre, sólo uno decide cuánto quiere entornar.

Las Evaluaciones Neuropsicológicas son distintas para su administración en niños. Su diferenciación en lo referente a la toma en adultos, se presenta desde un primer momento. Ya que la sesión comienza primero con una entrevista a los padres del niño, la cual dura en promedio 30 minutos; y luego, el niño pasa a hacer la evaluación sin sus padres, la cual tiene una duración aproximada de 1 hora, la primer sesión; y luego 1 hora más, en una segunda sesión. También aquí se repite la entrevista con sus padres primero. En cuanto a lo que la Evaluación refiere, se evalúan las mismas funciones que se evalúan en los adultos –aunque no necesariamente siempre sea así-, pero aquí difiere la forma en cómo se presentan y son administradas las pruebas. Por ejemplo, el efecto Stroop se presenta en forma de lista de palabras en los adultos, pero a los niños se les presenta con 4 círculos grandes coloreados en una lámina. A su vez, los datos antecedentes en la vida del paciente, en este caso el niño, también difieren en relación a la información que se busca recabar en una anamnesis de un adulto; pues, ya que para con el niño puede llegar a ser de mucha importancia saber si ha transcurrido su desarrollo inicial con una “*normal adquisición de las funciones básicas del desarrollo*” (Registro R6, del día 25/04/19).

Al día siguiente de mi ingreso en la Institución, fui invitada a participar del *Ateneo* (que desarrollaré más adelante). Al salir de la reunión, una de las psiquiatras de la institución me invitó a observar la que sería mi primer *Entrevista de Admisión*. Éstas son llevadas a cabo – por una profesional Psicóloga y una psiquiatra- con el fin de escuchar el motivo de la consulta que hace el paciente, y realizar una anamnesis y un diagnóstico presuntivo, con el objeto de hacer la mejor derivación posible para éste, adecuándose a su necesidad y sus horarios. También se le consulta si prefiere ser derivado con un profesional hombre o mujer, en el caso de ser una derivación para psicología; y se le consulta si tiene algún inconveniente o negativa para la toma de medicación, en caso que se requiera derivación psiquiátrica y sea considerado -por el profesional de esta disciplina- necesario para su mejoría. A las Entrevistas de Admisión llegan distintas demandas; pacientes que desean que se les controle y regularice la medicación que ya venían tomando, otros que vienen por frecuentes dolores de cabeza, problemas de pareja, paranoia, ataques de pánico más o menos limitantes, incluso personas con un alto riesgo de hacerse un daño irreparable. En el caso de los pacientes -adultos- que presentan riesgo de autolesión, suicidio o de lastimar a otros, se deja por escrito, por parte del profesional psiquiatra, la indicación de internación en un contrato donde se expresa a su vez el

diagnóstico del paciente -según el CIE-10-. Si el paciente no acepta ser internado, se expresa por escrito en aquél contrato, que el paciente decide no hacerlo, pero que se compromete a respetar la indicación de asistir a psicoterapia por determinada cantidad de sesiones semanales durante el tiempo que fuere necesario, como así, a la asistencia de consultas con psiquiatría. Este procedimiento *contractual*, es firmado por ambas partes, y se procede a pautar una sesión de psicoterapia lo más inmediatamente posible. Retomando lo dicho anteriormente respecto al Inventario de Depresión de Beck, puede optarse por realizar su administración luego de la Entrevista de Admisión, si se lo considerase necesario a partir de la información recabada. Es el caso de la Entrevista de Admisión de la Señora "B", de 50 años de edad, quien estaba pasando por una situación económica sumamente complicada, sin estar recibiendo su sueldo del último medio año transcurrido. Recientemente había tenido un intento de suicidio al consumir un blíster completo de un fármaco benzodiazepínico. Y durante la entrevista, verbalizaba lo siguiente:

“A veces, me dan ganas de tomarme 10 pastillas y no volver a pensar más”. (Registro R37, del día 29/05/19).

Psiquiatra: “Estas ideas suicidas, ¿las tiene a veces o todo el tiempo?”

Paciente: “Todo el tiempo. Se ponen peor cuando es fin de semana. Para compensarlo, voy a enseñar a los chicos gratis, hago lo que sea para no pensar”.

Psiquiatra: “¿Cómo te sentís respecto a no hacerte daño?”.

Paciente: “Hasta ahora tuve la fuerza, creo que voy a poder”. La paciente llora mucho cuando expresa esto.

Psiquiatra: “¿Nos puede garantizar que no se hará daño?”. La paciente no responde y se muestra dubitativa.

Se procedió a administrarle el Inventario de Depresión de Beck luego de la Entrevista. En cuanto al punto que indaga sobre la posibilidad de suicidio, la paciente respondió afirmativamente, a lo que agregó en lapicera: *“Pero no tengo el valor para hacerlo”.* (Registro R37, del día 29/05/19).

Es importante analizar conjuntamente la información obtenida de todas las evaluaciones que se hayan efectuado en el paciente. Tanto lo que este último haya expresado en la Entrevista, como lo que haya respondido en los Inventarios, y su aval de los puntos especificados e indicaciones en el contrato que se establece por parte del psiquiatra, cuando el

caso lo requiere (riesgo de la vida del paciente o de la de su entorno), nos puede dar indicio de la peligrosidad del caso (riesgo de vida); lo que marca una pauta para la toma de las mejores medidas para resguardar y responder a ese paciente.

En mi cuarta semana (08/05/19), conocí el *Check-Up* o también comúnmente llamado “Circuito Vital”. Éste se caracteriza por un chequeo general al paciente, con una serie de estudios que varía según género, edad y antecedentes importantes del mismo. Se busca que el paciente se desocupe lo antes posible, ya que debe visitar varias especialidades lo cual puede resultarle agotador; por ello se intenta que todo el circuito por los distintos profesionales no dure más de una mañana. Entre los estudios realizados se efectúan Screening, desde el área de Salud Mental, el cual se podría describir como una Evaluación Neuropsicológica pero más breve, con una estimación de 30 minutos totales para su administración. El objeto radica en poder indagar o ver si hay algún indicador en el paciente que sea necesario referirle previamente al Neurólogo, para cuando él tenga que recibir a este paciente; como así, la entrega de los resultados de la evaluación efectuada a cada uno de ellos. Luego de llevado a cabo el Screening por parte de la Neuropsicóloga, fui junto a ella camino a hacer la devolución al Neurólogo de los pacientes vistos. En las huellas heredadas y difíciles de erradicar de cuando el Psicólogo era un mero auxiliar de la Medicina, me sorprendí al escuchar al Neurólogo plantear que de la devolución que la Neuropsicóloga tenía para hacerle de los pacientes vistos, dependía mucho el trabajo que él tenía por hacer (Registro R61, del día 08/05/19). Y ello me hizo recapacitar en que no hay prioridad de una ciencia por mera imposición o estatus cuando se trata de trabajar con la integridad de un sujeto y partiendo de responder a sus necesidades y circunstancias.

En mi sexta semana en la institución, hice mi rotación por el área de *Electroencefalografía*, donde conocí a los Técnicos y la Neuróloga encargados de la Unidad (Electrofisiología). En mi primer día aprendí que a veces podemos ver a un paciente hacer manifestaciones similares a lo que se podría caracterizar como crisis convulsiva, con la diferencia que no se podría clasificar como tal, ya que en la actividad eléctrica del cerebro no se muestran alteraciones en las ondas que harían pensar en ello. Se denomina a esta manifestación: “Pseudocrisis”, y se lo asocia a una manifestación del paciente, de carácter psicológico, con esto se quiere decir que, no se trata de una crisis convulsiva propiamente dicha (Registro R19, del día 20/05/19). Esta es una de las tantas razones por lo que se vuelve

importante que un Psicólogo tenga conocimiento de este tipo de técnicas y los resultados que arrojan, es decir, qué evalúan. Como el caso de “Z”, la niña que se quedaba tildada y *ante la hipótesis de probables problemas de atención y sospechas de posibles ausencias, la traían para un EEG y así evacuar dudas respecto a este último diagnóstico* (Registro R32, del día 27/05/19). Tomo este ejemplo con el fin de representar, y aunque vagamente, la idea de que ante problemas atencionales en un niño, el Trastorno por Déficit de Atención no es el único diagnóstico posible. Si bien en este último intervienen una variedad caracterológica de síntomas que podrían ayudar a un diagnóstico diferencial, es importante tener en cuenta la comorbilidad o la posibilidad de que se esté desarrollando otro tipo de trastorno o enfermedad, y en ese caso, es importante conocer los tipos de estudios que hay a disposición en la actualidad para utilizarlos en nuestro favor y en el del paciente. No obstante, la demanda puede llegar de otra manera; es el caso de “L”, un niño *de 8 años con una Epilepsia diagnosticada desde muy temprano (a los 2 años y 3 meses) y que si bien ha tenido un desarrollo normal (en la adquisición del lenguaje y en el inicio de la marcha), su madre relata que: “en el jardín tenía problemas de psicomotricidad, problemas para dibujar y escribir”*. Razón por la que luego lo mandan a tratamiento con un Psicólogo para que pudieran trabajar sobre la autoestima del niño, ya que aprendía más lento que el resto de sus compañeros (Registro R31, del día 27/05/19). La manera en cómo un profesional Psicólogo puede contribuir al bienestar de los pacientes, como así ayudar a otros profesionales en beneficio de los mismos, puede ser muy amplia. Es muy importante para ello, practicar el trabajo y pensamiento interdisciplinar, el cual aún hoy seguimos construyendo.

He asistido a la observación de dos *Sesiones de Psicoterapia* –con el mismo paciente- en lo que va de mi estadía en el Instituto. Antes de asistir a ésta, me encontraba muy ansiosa por la incertidumbre que me generaba el hecho de observar una Sesión, y por lo que allí podría surgir. Se trata de un espacio muy personal donde surgen muchas cosas de la intimidad de la persona. Por este motivo, quisiera abstenerme de ejemplificar cualquier fragmento posible de estas sesiones.

Hice mi rotación, asimismo, por la consulta en *Cefalea* atendida por el Médico Neurólogo que facilitó el espacio para mi observación. El Doctor me habló sobre la gran variedad de tipos de dolores de cabeza que existen, y se detuvo más detalladamente en la explicación de las Migrañas. Las hay de 2 tipos: Con Aura (tipo 1) y Sin Aura (tipo 2). En el Tipo 1, el Aura

se caracteriza por una pequeña mancha borrosa en el campo visual del paciente, que tiende a hacerse más grande a medida que transcurren los minutos (síntoma negativo), a lo que le sigue en su bordura unos destellos como si fuesen pequeñas estrellitas (síntoma positivo); luego, puede aparecer hormigueo en las manos que incluso se puede extender hacia los hombros; a lo que le sigue un intenso dolor de cabeza (migraña) que puede estar o no acompañado por náuseas y vómitos (Registro R23, del día 21/05/19). Siguiendo la explicación del Doctor: *“La Migraña no es psicológica. Es propia de una onda que avanza en el cerebro desde el Occipital, pasa por el Parietal, ahí empiezan a aparecer los síntomas de hormigueos que pueden ser en una o las dos mitades, pueden sentirlo en una mano; y luego viene hasta el Frontal [aparece el dolor de cabeza]”*. (Registro R23, del día 21/05/19). Cuando los pacientes preguntan por las causas de esta enfermedad, suele ser reconfortante para ellos comprender lo que les pasa y por qué reaccionan como reaccionan cuando le vienen las crisis. Las personas que padecen Migraña suelen estar hipersensible a los estímulos externos, por ende, los ruidos y perfumes que nosotros podemos sentir naturalmente, a veces causan náuseas o dolores de cabezas en ellos. Ante esta hipersensibilidad a los estímulos el cerebro gasta mucha energía, y a razón de este motivo (déficit energético en el que el cerebro no sólo usa la energía disponible sino también la que tiene de reserva) se dispara la alarma – ante el exceso- y aparece la migraña. Por ello, el paciente tiende a desear acostarse o retirarse a una habitación oscura y sin ruidos (Registro R59, del día 18/06/20). Esto es muy limitante en la vida cotidiana de un paciente, ya que a veces no toleran las fiestas, las reuniones familiares, ir al centro, muchas horas laborales, entre otros. Tienden muchas veces a estar agotados o fatigados al no poder dejar de tener dolor de cabeza, incluso en formas específicas de Cefaleas hay una tasa considerable de suicidio. La forma de trabajo que se ofrece desde el Instituto para mejorar la calidad de vida del paciente y su Migraña consiste en la asistencia del Equipo de Migrañas, el cual se integra por: Neurólogos especialistas en Cefaleas, un Médico especialista en Deportología, una Nutricionista y los Psicólogos, Neuropsicólogos y Psiquiatras del área de Salud Mental. Ya que todas estas aristas intervienen en la mejoría de los síntomas de la Migraña. Para dar mayor luz sobre el trabajo del Psicólogo, se citará a la Señora “A” de 54 años, quien padece Migrañas: *“Soy muy ansiosa, me preocupo mucho. Soy muy exigente conmigo misma. Cuando hago algo que no quiero hacer, al otro día me duele más [la cabeza]”* (Registro R43, del día 04/06/19). El Neurólogo le explica cómo trabaja el

Psicólogo del Equipo de Migrañas, y por qué sería importante que lo viera. Le comenta sobre la toma de pruebas y cuestionarios respecto de *“cómo te afecta la Migraña en tu vida cotidiana. Cuántas horas de tu vida te quita”* (Registro R43, del día 04/06/19). También le explica que se le tomarán Test de Atención y de Memoria, *“ya que la Migraña te afecta a estas dos funciones”*, como lo haría cualquier otro dolor crónico (Registro R43, del día 04/06/19). Y la administración de Escalas de Depresión y Ansiedad, en tanto que *la primera “aparece después de la Migraña” y la segunda “aparece antes de la Migraña”* (Registro R43, del día 04/06/19). A lo que el profesional agrega: *“...se hacen cosas para trabajar esto y el Estrés. La Noradrenalina eleva y genera cambios en el cerebro que lo deja más susceptible y le duele más la cabeza. Mientras más estrés, más dolor”* (Registro R43, del día 04/06/19). Actualmente no puedo especificar mayor amplitud de información sobre la actividad del Psicólogo en el Equipo de Cefalea, ya que aún no realicé observaciones en este campo.

Uno de los temas que había quedado por desarrollar era la *Estimulación Cognitiva*, actividad de la que no cuento aún con demasiadas observaciones llevadas a cabo, por superposiciones horarias. Mi primer observación llevada a cabo en este ámbito fue en el inicio de mi cuarta semana en la Institución. Para entonces, la Neuropsicóloga ya le había administrado una Evaluación Neuropsicológica al paciente “C” de 50 años de edad. El señor había sufrido la operación de 2 tumores, uno ubicado entre el Cerebro y el Cerebelo; y el otro se encontraba alojado detrás de su ojo izquierdo. Como secuelas: perdió la audición total de su oído izquierdo, sufre en la actualidad de Diplopía, parálisis de la mitad izquierda de su rostro, pérdida del olfato y pérdida parcial del gusto. En base a los resultados que ha dado su evaluación (en actividad Frontal: Lesión Leve; Memoria: Lesión Leve; Lenguaje: Lesión Leve) y los objetivos tanto del paciente como de la profesional, se llevará a cabo la construcción del plan de trabajo para comenzar con la Estimulación Cognitiva del paciente. En cuanto a los objetivos:

Neuropsicóloga: “¿Te gustaría volver a tu anterior puesto?”.

Paciente: “Sí”.

Neuropsicóloga: “¿Qué es lo que vos querés? ¿Vos querés mejorar para seguir trabajando?”.

[...].

Paciente: “En realidad lo que yo quiero es estar bien”

[...].

Neuropsicóloga: “Sus síntomas, que tiene, difícilmente lo recuperará. Se puede rehabilitar el gusto, el oído, pero no sabemos si es que no habrá recepción. Se puede probar”.

Paciente: “El problema mayor por el cual yo vengo es porque vos me dijiste que me podían ayudar a retener. Yo estudio Computación y Diseño Gráfico, el problema es que cuando estudio, me explican y el problema es retener cuando yo escucho”. (Registro R15, del día 08/05/19). Los objetivos que acordaron trabajar entre paciente y profesional fueron: actividades de estimulación para la Memoria, el Lenguaje y la Función Ejecutiva, de las cuales ella se encargaría; y él tendría por objetivo el estudiar para contribuir con sus avances y conseguir tener un mejor desempeño en su vida cotidiana cuando estudia.

Los *Ateneos* que había mencionado previamente, constan de reuniones semanales por parte de todos los profesionales pertenecientes al piso 3 del área de Salud Mental, entre ellos: Psiquiatras, Psicólogos, Neuropsicólogos y Psicopedagogos. Los profesionales tienen una distribución de fechas cada uno, donde pueden presentar los casos que precisen, a su criterio, la observación y aporte de las demás disciplinas; aunque lo cierto es, que cuando la urgencia lo requiere, el profesional en aquella circunstancia presentará su caso a los demás. Siempre se intenta que todos sean escuchados y ningún profesional se vaya con dudas al respecto. El mayor enriquecimiento para mí de los *Ateneos*, fue el poder escuchar las posturas teóricas de cada disciplina en la vista de un mismo caso. Citaré sólo el de la joven “T” de 27 años, quien manifestaba un gran espectro sintomático, entre ellos, la imposibilidad de controlar su orina. Esta paciente había tenido Meningocele y una operación lumbar sacro que había derivado en lo que se denomina: “Vejiga Neurogénica”; por lo que una de las Psiquiatras hipotetiza esta dificultad en no retener la orina y por defecto orinarse. A lo que agrega “*los pacientes con esta enfermedad suelen tener problemas de personalidad [trastorno de la personalidad]*” (Registro R57, de día 13/06/19). La paciente además no puede salir a la calle hasta no encontrarse peinada a la perfección, por lo que si un pelo sale de su cola de caballo, tiende a arrancarlo. Del mismo modo, sufre de tricotilomanía. Una de las Psicólogas presentes pregunta: “*¿Hace algo para disminuir ese pensamiento...?*”. Uno de los profesionales Psiquiatras agrega: “*En todo este Trastorno del Neurodesarrollo hay que ver lo cerebral, porque a lo mejor hay algo y no sólo sea algo periférico [lumbares y columna]*”. Ante el

avance de la explicación de los demás síntomas, la Psicóloga que sigue el caso comenta que la paciente ya casi no sale de su casa, que cierra las ventanas para que no la vean. Otra Psicóloga habla de la posibilidad de pensar o indagar en una posible Psicosis, ya que la paciente se está aislando e incluso, de un modo omnipotente, intentando controlarlo todo. Otra Psicóloga habla del rasgo Psicopático de la paciente, en tanto que tiene actitudes manipuladoras hacia la profesional que la atiende. El Psiquiatra presente sugiere que si fuera necesario administrar medicación psiquiátrica, antes es necesario tener un diagnóstico. Para ello, sugiere hacerle una Evaluación Neuropsicológica para evacuar dudas respecto a la presencia de algún déficit. Luego indicarle estudios de Resonancia Magnética, para ver si hay algo que desde lo Clínico no se está pudiendo pesquisar. Y posteriormente, y una vez bien establecida la alianza terapéutica, trabajar los aspectos troncales de la paciente en la terapia psicológica (Registro R57, del día 13/06/19). Este caso tan complejo, muestra la importancia del trabajo en equipo entre las distintas disciplinas, para dar las mejores herramientas y respuestas a los pacientes en pos de aliviar su sufrimiento y mejorar su calidad de vida.

En el mes de Julio llegó la Señorita “U”. La primera vez que me encontraba observando un *Psicodiagnóstico*. Éste se comprendía de 4 sesiones. En las dos primeras se realizó la entrevista a la paciente, la cual contaba no sólo con la indagación del motivo de consulta, sino también con la recabación de datos sobre la familia y familia ampliada, un día cotidiano de la paciente, sus gustos y placeres, entre otros. También, en la segunda sesión, se tomó el Test HTP (Casa-Árbol-Persona), con la variante de tomar el gráfico de ambas figuras humanas; como así también la administración del Test de Bender y del MMPI, siendo dado este último, como tarea para el hogar. En la tercera sesión se administró el Test Rorschach y el Test Desiderativo respectivamente. La última sesión estará destinada a hacerles una devolución a los padres de la paciente –ya que tiene 16 años y es menor de edad- y una devolución más sucinta a la Señorita “U”. A la joven, se le habían realizado una gran cantidad de exámenes – de control de hierro, hormonal, cardíaco, neurológicos, de EEG, entre otros- a causa de frecuentes desmayos diarios. El proceso llevó al interrogante de si pudiera tratarse de desmayos psicógenos, es decir, de origen únicamente psíquico/psicológico. Los Ateneos donde se trató el caso, permitieron que todos los profesionales presentes pudieran estar al tanto y actualizados sobre la evolución de la Señorita “U”. Allí participaron los Psicólogos, Psiquiatras y uno de los Neurólogos del equipo. La mayoría de ellos trabajaron de modo

particular en el caso de la paciente. Pero luego se reunieron [en los Ateneos] para poder esclarecer la dificultad que planteaba el poder establecer un diagnóstico y entender la etiología de estos reiterados desmayos. Los distintos aportes que hizo cada profesional, en estas reuniones, dejaron entrever datos que coincidían con los ya recabados por los distintos miembros del equipo en su terreno particular, pero también, algunos profesionales trajeron datos que empezaban a resultar incongruentes respecto a lo que cada uno de ellos había recabado desde su disciplina. A razón de esto último, la Neuropsicóloga que llevó a cabo la administración de la Evaluación Neuropsicológica, comenta que la Señorita “U” le había transmitido su descontento con su grupo de compañeros con los que asistía al colegio, a los cuales no toleraba (Registro R81-C1, del día 25/07/19). No obstante, la Psicóloga encargada de la administración del Psicodiagnóstico, comenta que ella había recibido una información diferente, por parte de la paciente, respecto a la relación con sus compañeros: *“Tengo un grupo de amigos lindo, me siento cómoda con el curso. Me cuidan mucho”* (Registro R80, del día 25/07/19). En este sentido, fueron apareciendo otras incongruencias, esta vez, relativas a sus desmayos. La Neuropsicóloga comenta a los profesionales que se encontraban en el Ateneo, que la paciente tuvo 4 episodios [desmayos] en su presencia. Teniendo una recuperación rápida y sin pérdida de la conciencia. Por el contrario, la Psicóloga que realizó el Psicodiagnóstico, agregó lo que la paciente le había explicado respecto a estos desmayos: *“Cuando me levanto, duro unos segundos de perder la conciencia. Dura unos segundos hasta que vuelvo a recuperar los sentidos de a poco. Generalmente quedo media perdida”* (Registro R83, del día 01/08/19). A su vez, se pudo observar que la paciente en las distintas sesiones respectivas al proceso Psicodiagnóstico, no se presentó con desorientación o pérdida de la conciencia luego de haber sufrido un desmayo.

En este caso, como en tantos otros, podemos decir que el trabajo en equipo, y con esto, la Interconsulta y la Interdisciplina, no sólo ayuda a reunir los aportes de cada disciplina, sino también encontrarnos con los discursos desencontrados provenientes de cada profesional. Incluso, las congruencias e incongruencias en el discurso, síntomas y actitudes de los pacientes. Como así también, permitiendo que aparezcan nuevas dudas y por otro lado, algunas de sus respuestas o nuevos interrogantes. Creo, y hasta el momento, que esta es una de las mejores enseñanzas que me llevo de mis Prácticas Profesionales Supervisadas. El pensamiento clínico-interdisciplinar, es algo con lo que ya no podré dejar de contar. No tiene

que ver únicamente con una forma de trabajo, sino también con una forma de pensar.

En el mes de Septiembre, pude observar una sesión de Psicoterapia, donde el Psicólogo a cargo, aplicó la técnica de Mindfulness a uno de sus pacientes, quien padece Fobia Social. La técnica consiste en un audio guiado por una voz masculina, donde da indicaciones a los oyentes, durante un lapso de tiempo. Cada uno de estos audios tiene un objetivo específico. A lo que apuntaba el audio de ese día, era el poder dejar ir los pensamientos automáticos, intrusivos, que solían bloquear al paciente continuamente en sus actividades cotidianas; concentrándose de este modo, en la actividad que estaba desarrollando entonces o estaría por desarrollar. Tanto paciente, como alumna practicante y Psicólogo, cerramos los ojos y nos dispusimos cómodamente para escuchar el audio. Era una metáfora sobre *“hojas de un árbol que caen, y se van por un río”* (Registro R103, del día 02/09/19); y cada pensamiento que apareciera, cualquiera fuese este, incluso si es una imagen, se lo pone sobre esa hoja y se lo deja ir por ese río. Luego de terminado el audio, el Psicólogo pregunta cómo nos había ido. El paciente relata que algo como esto había estado intentando hacer, durante su semana previa a la sesión: *Estaba chateando con sus compañeros de la escuela [cosa que antes no hubiese sido capaz de hacer], y estaban planeando juntarse; pero al paciente le empezaban a aparecer pensamientos intrusivos y negativos sobre sí mismo, que no le permitían continuar con su deseo de responder y organizar la reunión con estos compañeros; entonces dejaba su teléfono, se recostaba en la cama y comenzaba a hacer los ejercicios de respiración, que había estado aprendiendo en las sesiones anteriores, dejando de este modo sus pensamientos circular, sin darles importancia ni tomándose de ninguno de ellos* (Registro R103, del día 02/09/19).

Como se dijo anteriormente, en este apartado y en “Contexto clínico”, el campo y rango de acción del Psicólogo se ha ido ampliado sobre manera y adecuándose a las necesidades sociales, culturales, económicas y particulares/situacionales de cada paciente y ciudadano. En este recorrido se deja un bosquejo no sólo de cómo el profesional Psicólogo ha conseguido ganar su espacio, sino de cómo aporta y le aportan las demás disciplinas en beneficio del tratamiento de los pacientes que llegan a su campo.

8.2. Sistematización de la experiencia

Bajo la lectura de los autores citados y desde la perspectiva teórica del presente trabajo, desde los cuales se abordan las observaciones realizadas en la Práctica Profesional Supervisada y las entrevistas tomadas a algunos de los profesionales de esta Unidad; y en base a los objetivos específicos y generales planteados para este proyecto, los cuales responden al eje que encausa todo lo antes mencionado. Se tratará de analizar aquí, las creencias sostenidas por los profesionales que trabajan en una Unidad de Neurociencias, en cuanto al aporte que ellos consideran que realiza el Psicólogo Clínico, en lo referente a *algunas* de sus funciones específicas, como lo son: diagnóstico, tratamiento, prevención e investigación. En el presente apartado, se intentará reflexionar y cuestionar el proceso llevado a cabo en la práctica, en vistas de los objetivos establecidos y las teorizaciones que lo fundamentan.

8.2.1. *Función Diagnostica del Psicólogo Clínico: análisis de creencias*

En respuesta al primer objetivo específico planteado, se observa en general que dentro del porcentaje de los profesionales entrevistados, el 91% [7 Psicólogos, 1 Psiquiatra, 1 Neurólogo, 1 Psicopedagogo] considera que el Psicólogo Clínico es quien lleva a cabo los diagnósticos psicológicos de los pacientes, siendo considerando como factor común de las creencias de estos profesionales, que los Psicólogos al diagnosticar, caracterizan y realizan valoraciones sobre los modos de funcionamiento de los pacientes [afectivo, cognitivo, conductual y contextualmente], generando perfiles psicológicos o neuropsicológicos de los mismos. A su vez, el 91% [6 Psicólogos, 1 Psiquiatra, 2 Neurólogos, 1 Psicopedagogo] cree que el Psicólogo Clínico participa o colabora en el desarrollo del diagnóstico que hacen sus colegas, u otros profesionales de disciplinas ajenas a la Psicología; y el 18% de los entrevistados [1 Neuropsicóloga, 1 Neurólogo], considera que el Psicólogo es quien se ocupa de desarrollar el diagnóstico comórbido, que acompaña a otras patologías médicas. Lo cierto es que el Psicólogo Clínico diagnostica, aunque presuntivamente en un inicio, y ayuda o contribuye a sus colegas y otros profesionales a determinar sus propios diagnósticos. En cuanto al aporte que realiza para llevarlo a cabo, los datos recabados en las entrevistas y observaciones han arrojado variaciones. En este entramado, aparecen muchas preguntas: ¿por qué algunos Psicólogos, además de una entrevista, utilizan técnicas y test para diagnosticar y

otros sólo entrevistan?, ¿por qué algunos usan juegos y otros utilizan programas de computación? A caso alguna de estas modalidades es más efectiva que otra o se trata de una complementación, que ayuda a complejizar la mirada sobre un caso. En consonancia con esto, queda la pregunta por si estas distintas modalidades de hacer un diagnóstico, son presa de una posible comparación entre ellas o si se trata de modos de hacerlo diferentes.

Determinar [presuntivamente] un diagnóstico y la forma en que este se lleve a cabo depende, en gran medida, del ámbito donde el Psicólogo Clínico se desempeñe y los profesionales vinculados a este, la institución donde desarrolle su actividad, la formación y especialización en el campo de la Psicología, su trayectoria y experiencia en la materia y por qué no, su apertura y disposición personal hacia nuevos conocimientos y formas de trabajo. Asimismo, los diagnósticos incorporan la complejidad de agrupar signos y síntomas similares a otros diagnósticos, lo que vuelve más compleja la tarea de desempeñarse en el desarrollo de un diagnóstico diferencial.

Cuando se piensa en términos de un diagnóstico [psicológico] clínico y las estrategias de recolección de datos, que utilizan los Psicólogos para llevarlo a cabo, se observa cómo *“la mirada de cada uno y el acento de cada uno va en lo suyo”* (Entrevistado 9 -Psicopedagogía-, 19/02/2020). Esto depende de muchas variables, entre ellas, las diversas corrientes psicológicas en las que están formados los profesionales. Esto indica que, la formación teórica moldea la forma de ver o la lente del Psicólogo, motivándolo de esta manera a buscar y observar factores trascendentes para el diagnóstico, quizás no coincidiendo o no siendo los mismos para otro colega, que se encuentre formado en una corriente teórica diferente. Una referencia de ello, son algunos de los fragmentos de las entrevistas realizadas a los profesionales de la Unidad de Neurociencias, entre ellos, se relató lo siguiente: *“yo me sostengo en una teoría que tiene que ver con pensar el psiquismo en módulos [sistemas motivacionales] que están permanentemente en interjuego (...), entonces tendré que identificar también de qué manera se entrecruzan y se articulan esos sistemas motivacionales, para poder elaborar una estrategia de tratamiento”* (Entrevistada 3 -Psicología-, 28/02/2020). Para ofrecerle al lector una viñeta más comprensible, la profesional relata el siguiente ejemplo:

Si yo tengo un paciente con determinado síntoma, voy a explorar qué hay detrás de ese síntoma, ¿sí? y de repente me encuentro que lo que está en juego tiene que ver con el

sistema de apego [sistema motivacional del apego] y el sistema motivacional del narcisismo, entonces tendré que identificar también de qué manera se entrecruzan y se articulan esos sistemas motivacionales, para poder elaborar una estrategia de tratamiento; hay otros sistemas motivacionales en juego que a veces no intervienen, a veces los tendré que considerar. (Entrevistada 3 -Psicología-, 28/02/2020).

Incluso, entre los profesionales inclinados por la misma corriente psicológica [Psicoanálisis], se encuentran algunas variaciones, pero esto se abordará en otro momento. Mientras algunos Psicólogos trabajan en descifrar las dinámicas ocultas detrás de los síntomas que presenta un paciente, otros parten de su relato, léase conductas, pensamientos y emociones, para ubicarlos dentro de un grupo de sintomatologías que obedecen a un trastorno particular (Entrevistado 4, 2020). Este último profesional sostiene:

Desde la Cognitiva Conductual lo que básicamente aportamos tiene que ver, ...yo por lo menos, es como la funcionalidad de los comportamientos dentro de un trastorno, o sea, cómo se afectan esos comportamientos y cómo eso está vinculado a la forma de pensar y sentir de una persona (...); cuánto afecta una emoción y una forma de pensar, a la forma de funcionar de ese ser humano en su vida. (Entrevistado 4 -Psicología-, 05/02/2020).

Un hecho muy representativo sobre esta manera de leer los datos, fue uno de los casos tomados en una de las Entrevistas de Admisión, donde un joven de 21 años venía a solicitar ayuda farmacológica y psiquiátrica, por sus escasas habilidades sociales y la imposibilidad de manejar sus inhibiciones, alegando arrastrar esta sintomatología y su ansiedad desde sus 13 años de edad. La indagación del profesional parte de buscar las áreas afectadas de este paciente, haciendo una lectura sobre sus comportamientos y los pensamientos y emociones que los rodean y preceden:

P (Paciente): “No puedo trabajar, tengo mucha ansiedad. Me cuesta hablar con extraños. Me causa ansiedad si tengo que interactuar con gente que no conozco”.

Ps (Psicólogo): ¿Y en qué más, por ejemplo?

Dice que es capaz de caminar horas para ir a un sitio con el fin de tomar siempre la misma parada de colectivo.

Ps: ¿Por qué, sentís que te miran...?

Siente que lo miran y lo juzgan.

Ps: ¿Tenés ideas o pensas de forma negativa?

P: Sí, no todo el tiempo. Pero la mayoría de las veces, estando en mi casa, me da de pensar en situación negativa.

El Psicólogo le pregunta respecto a lo que piensa cuando ve que la gente lo mira.

P: Algo que está sucio, roto en mí, pelo, cara o algo que hace que la gente me mire.

Ps: ¿Y en las reuniones? Con amigos, familiares...

P: No voy a reuniones. Nunca. Porque es incómodo.

Ps: Porqué ¿no tenés interés o porque la ansiedad no te deja?

P: Por lo segundo.

Dice que no sale ni se reúne los fines de semana. Cree que es mejor para todos que se quede en la casa. Ante la pregunta de por qué, el paciente dice que tiene que ver con que cree que a nadie le va a interesar lo que él tiene para decir, ya que no es interesante lo que pueda decir. Por lo que en las reuniones siempre permanece callado. (Registro R65, del día 26/06/19).

Este fragmento, permite dar cuenta de lo que el profesional busca en una entrevista diagnóstica, poniendo el foco en cómo el paciente procesa la información y discriminando la emoción, los pensamientos asociados y sus conductas, con las que hace frente a las anteriores. A su vez, cuando el profesional habla de la “funcionalidad de los comportamientos” de un paciente, señala que también remite a “*qué le está pasando, por qué le pasa y qué genera lo que le pasa, dónde pone a esta persona su síntoma, cuál es el costo de llevar este síntoma*” (Entrevistado 4 -Psicología-, 05/02/2020). Este costo abarcó no sólo el área laboral del paciente, sino que también interfirió en otras áreas, como lo fue la educativa: *perdió 3 años en la escuela. Por lo que a sus 18 años, dejó la misma. Explica que arrancaba cada año escolar con mucha pila, y si algo ya no le salía, ya se desmotivaba y no hacía mucho* (Registro R65, del día 26/06/19). Si bien al final de la ficha de admisión, en el diagnóstico presuntivo, se colocó el código diagnóstico F40.1 [Trastorno de Ansiedad Social], correspondiente al Manual Diagnóstico CIE-10, e incluso cuando se piensa en estos manuales como soporte para fundamentar un trastorno; en la entrevista aparece una diferencia notoria por parte del profesional, respecto a cómo es pensada por él, la utilidad de los mismos, expresando lo siguiente: “*no me interesa si cae en F.41.2, .3, .10, .20, eso sirve para el informe, la obra*

social; lo que yo quiero es que esa persona tenga una mejor calidad de vida, es funcional en realidad mi intervención” (Entrevistado 4 –Psicología-, 05/02/2020). Esta funcionalidad toma mayor relevancia, cuando es pensada a la par de la decisión que toma el profesional para el caso en cuestión; aún cuando el paciente venía en busca de ayuda farmacológica. Basándose en su conocimiento teórico y su experiencia clínica, la valoración del profesional le permitió diferenciar entre la demanda y la necesidad de este paciente, ofreciendo para ello un tratamiento psicológico específico para ansiedad social.

Otros profesionales Psicólogos, que también comparten esta rama cognitiva de la Psicología al abordar los diagnósticos, sostienen pensamientos muy similares en cuanto a este punto. Una de las Psicólogas expresa:

Podemos aportar conocimiento sobre cómo el paciente afronta situaciones, cómo es la situación emocional, conductual, de pensamiento de ese paciente, qué es lo que está dispuesto a tolerar el paciente en este momento y qué no, cuál es el acompañamiento que necesita, en qué tenemos que ser más cautelosos. Principalmente, en poder dar una visión de cuál es la psiquis del paciente hoy en día y en base a eso, qué es lo que podemos abordar. No sólo la psiquis, sino también la situación contextual de ese paciente. (Entrevistada 13 -Psicología-, 13/03/2020).

Esta creencia o pensamiento que trae esta profesional en la entrevista, respecto al aporte que ella considera que hacen los Psicólogos, se hace evidente también en la práctica. Uno de los casos más representativos sobre esta declaración fue, el ya anteriormente mencionado caso de la Señorita “U”. Esta paciente fue atendida, simultánea y consecutivamente, por los distintos profesionales de la Unidad de Neurociencias de la institución, entre ellos, Psiquiatras, Psicólogos y Neurólogos, todos ellos de distintas especialidades. A partir de no poder ubicar una etiología biológica en los desmayos de esta paciente, estudiada por EEG, Resonancias Magnética, entre otros estudios, como una Evaluación Neuropsicológica efectuada por una Neuropsicóloga, se tomó la medida de hacer la derivación y así efectuarle un Psicodiagnóstico. Como bien lo expresó Amoros (1980), bajo una atenta observación de las conductas y de las manifestaciones de la paciente, se llevó a cabo las entrevistas pertinentes y los test indicados, en busca de la dolencia tanto mental como de la personalidad

de la joven. Los datos diagnósticos, que la Psicóloga recabó de la aplicación del Test gráfico HTP [Casa-Árbol-Persona], fueron:

Mucha negación; rasgos histéricos [dibujo FH: femenina]; incongruencias en el discurso y las historias; algo traumático del pasado, de la infancia [dibujo árbol: agujero en tronco]; irrupción del pensamiento primario, que no está hablando de psicosis, sino de que se está dejando ver algo que no se debería ver, se filtra el proceso primario [dibujo árbol: raíces a la vista]. (Registro R83, del día 01/08/19).

En los datos diagnósticos recabados en el Test Rorschach, la profesional vio manifestaciones de “riesgo de suicidio, bajos recursos, depresión, riesgo de impulsividad, fallas a nivel del pensamiento, autoestima muy baja con pensamientos pesimistas, enojo e ira, y mal manejo de la ira” (Registro R91, del día 08/08/19). En su espacio privado de co-visión [supervisión], se llegó a la hipótesis de la alta probabilidad de que la paciente manifieste, en el futuro, una desorganización psíquica de tipo psicótica (En diálogo con Profesional 3, Septiembre 2019). A su vez, la profesional pudo recoger otras recurrencias en la entrevista, que iban en la línea de los datos diagnósticos ya recogidos en los test, entre ellas, frases como: “soy un riesgo tanto para los otros como para mí misma” (Registro R80, del día 25/07/19), que si bien la paciente lo refirió a sus desmayos, la Psicóloga lo tomó como algo que remitía a aspectos más intrincados en su persona, dejándolo como hipótesis para ser pensada con el resto de los datos a recabar, al final de la toma del Psicodiagnóstico. También fue el caso, cuando la “Señorita U” hablaba de que ya no se sentía actualmente que sea tan “hiperactiva” como antes, agregando frases como: “no tengo interés en cosas que antes sí” (Registro R83, del día 01/08/19); pues, aquí puede verse este estado de ánimo afectado y su trastorno en el pensamiento. El Psiquiatra tratante en su consulta personal, había pesquisado en la paciente una sexualidad reprimida y estaba interesado en que esta pudiera resolver algo rápido al respecto, para así, al mermar algunos síntomas, ella pudiera volver a asistir al colegio (Registro R84-C1, del día 01/08/19). No obstante, estos acercamientos diagnósticos que le iba haciendo la Psicóloga, ya que la valoración psicodiagnóstica aún no estaba terminada, le permitieron estar más alerta sobre este pronóstico de riesgo en la paciente; y a las dos semanas posteriores, recayó su preocupación en el equipo, temeroso ante la presencia de 3 chistes realizados por la joven, que él vinculaba con las características de riesgo suicida, entre

ellos citó: “*Me tiro por la venta*” (Registro RL, del día 15/08/19), si es que perdía su año escolar por los desmayos; y en vistas de un hecho ocurrido en la infancia de la paciente, en que se había realizado heridas de corte en sus manos. Esto permitió generar temporalmente un dispositivo de orden más preventivo, abriendo la posibilidad de que la paciente se encuentre con compañía constante de sus padres, con el fin de evitar un acto impulsivo de daño para sí misma u otros. En consideración de este contexto, el profesional Psiquiatra dio la indicación para que la adolescente pueda comenzar un tratamiento Psicoterapéutico. El objetivo de esta última acción, fue darle un espacio donde se pueda sentir más contenida. Esta consecuencia podría pensarse, como producto de la forma de concebir la utilidad del trabajo de los Psicólogos, por el Psiquiatra que encabezaba al equipo tratante; y es que parte de su indicación, fue impulsada desde sus valoraciones e inferencias previas sobre la labor del Psicólogo (Ruíz Fernández et al., 2012). Aquí se ve materializado, también, uno de los pensamientos que trae “Profesional 3”, en relación a este aporte que ella considera:

Acompañar y ayudar en los diagnósticos, sobre todo en los casos (...) donde aparece una dificultad muy importante en términos de diagnóstico, por ser sintomatología común a distintos ámbitos; creo que ahí uno puede hacer una lectura y un aporte que incluya (...) la subjetividad de la persona. (Entrevistada 3 –Psicología-, 28/02/2020).

Es por ello que, en cuanto a las posibilidades actuales de la paciente, las recomendaciones de la Psicóloga fueron por el camino de la cautela, con el fin de proteger a la adolescente. Partiendo de que su desborde y manifestación sintomática, inició a partir de la visita a la futura universidad a la que podría asistir, la cual estaba ubicada en otra Provincia; y considerando la movilización que le produjo esta posible separación inminente con sus padres, recomendó una mayor contención para ella en este momento, siguiendo también los indicadores de riesgo de vida (Registro RL, del día 15/08/19). Pues, aquí se observa esta valoración más profunda que hace el profesional Psicólogo, respecto a “*qué está dispuesto a tolerar el paciente en este momento y qué no, cuál es el acompañamiento que necesita*” (Entrevistada 13 -Psicología-, 13/03/2020) y en qué se debe ser más cauteloso (Profesional 13, 2020). De esta manera, algunos profesionales consideran que el Psicodiagnóstico “*ayuda a un diagnóstico más integrador*” (Entrevistada 3 –Psicología-, 28/02/2020).

Sobre esta temática, de los aportes que realizan los Psicólogos Clínicos en la construcción

de un diagnóstico, es basto el caudal de las consideraciones que los profesionales de la Unidad de Neurociencias tienen. Entre estas, “Profesional 3” agrega:

Ayudar al resto de los profesionales (...), ya sea Médico o algún técnico o lo que fuere, a comprender la dinámica de ese paciente en particular, que probablemente sea distinto al del otro; entonces, ese abordaje y esa mirada, la enriquece la mirada del Psicólogo. (Entrevistada 3 –Psicología-, 28/02/2020).

En el Programa de Cefalea, por ejemplo, esta tarea está bien diferenciada, es el caso como lo trae uno de los Neurólogos de este equipo, quien afirma:

Hay pacientes que tienen migraña y que tienen una gran discapacidad y ese diagnóstico de discapacidad lo hace por ejemplo “Profesional 1” [Neuropsicóloga], pero el de migraña lo diagnostico yo (...). Cuando ella les dice el grado de discapacidad que les produce la enfermedad, abre un diálogo que después de eso es mucho más fácil para mí el abordaje desde mi perspectiva. (Entrevistado 14 -Neurología-, 05/02/20).

Incluso, en lo que confiere a la Unidad de Neurociencias particularmente, una de las Psiquiatras sostiene:

Poder ayudar a complementar el diagnóstico o ayudar a que se le hagan otras pruebas por parte del Neurólogo o aclarar si eso se debía meramente a algo psíquico y ver de investigar un poco más profundo por parte del Médico. (Entrevistada 10 –Psiquiatría-, 30/01/2020).

Puede inferirse, desde aquí, que algunos profesionales consideran de suma importancia la participación y contribución de los Psicólogos, en la tarea diagnóstica; y el hecho de que un diagnóstico no se presenta como un rótulo acabado, una vez establecido por un profesional, sino que se trata de una construcción paulatina, mediada por ciertos procesos y metodología previa e incluso, en algunos casos, por el aporte de profesionales con distintas profesiones y especialidades. Pero su tarea no se acaba aquí, también, “los Psicólogos Clínicos participan en el diagnóstico por ejemplo de comorbilidades, como la ansiedad o la depresión (...), hacen Beck, Hamilton” (Entrevistado 14 -Neurología-, 05/02/20). Como ocurre en el tratamiento de cefaleas, esto se debe a que la ansiedad suele aparecer como antecedente a la

migraña; y la depresión de forma posterior (Registro R43, 04/06/19), trayendo mayores complicaciones para el estado de salud de la persona, como así en lo que implica su tratamiento médico y recuperación. En uno de los casos atendidos conjuntamente por el Neurólogo [Profesional 14] y la Neuropsicóloga [Profesional 1; Circuito Vital], esta última recabó datos que revelaban un estado de mucha ansiedad en uno de los pacientes y un gran número de errores en las pruebas de Screening realizadas, pero con un estándar normal en su punto de corte. Lo que la profesional comparte con el Neurólogo sobre su pesquisa, es lo siguiente: “*si regula la conducta y esta ansiedad, va a mejorar lo cognitivo*” (Registro R61, 08/05/19). Esta observación le permite dar cuenta al Neurólogo, con evidencia empírica que lo afirma, que este paciente no reúne sintomatología que tenga una causal a nivel de una lesión estructural, en su cerebro. Además, de que le permite aseverar la presencia de un estado ansioso en su paciente, lo cual complejiza cualquier forma de llevar a cabo un tratamiento.

Cabe hacer aquí una significativa distinción, dentro del grupo de profesionales Psicólogos Clínicos, se ubican aquellos especializados en Neuropsicología; una referente en esta rama dentro de la institución, dio la siguiente explicación, en una de las charlas llevadas a cabo por ella, fuera de la misma: “Nuestro objetivo principal es elaborar un perfil, es un diagnóstico neuropsicológico” (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2020), lo que se diferencia de un *diagnóstico neurológico*. Para concluir, amplía:

Nosotros no diagnosticamos alzheimer, no diagnosticamos esclerosis múltiple, ni TEA [Trastorno del Espectro Autista] (...); nosotros hacemos un perfil y ese perfil correlaciona directamente con cierta patología y es el Médico Neurólogo, en este caso, quien junta un montón de pruebas, entre ellas la valoración neurocognitiva y llega al diagnóstico médico final. (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2021).

En cuanto a esta valoración o Evaluación Neuropsicológica o Neurocognitiva, explica que es un estudio que permite comprender y valorar, de modo cuantitativo y cualitativo, las funciones cognitivas de los pacientes. Entre estas funciones, figuran la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas, las praxias motoras, entre otras, a lo que la profesional agrega: “todo lo que son esas grandes áreas, grandes funciones de nuestro cerebro, que hacen que yo pueda

recordar, prestar atención, hablar, escribir [vida cotidiana]” (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2021). Respecto a este aporte que hacen los Neuropsicólogos en el análisis de estas funciones cognitivas del cerebro, una de las Psicólogas de la Unidad afirma: *“me parece que se logra una mirada del paciente mucho más compleja, mucho más articulada y que les permite a los que se van a hacer cargo de ese tratamiento, tener muchas más herramientas”* (Entrevistada 3 -Psicología-, 28/02/2020).

Si bien en este recorrido se ha hecho cierto énfasis en la etapa adulta y de la juventud/adolescencia, en lo que respecta a las creencias de los profesionales sobre los aportes que ellos consideran que hacen los Psicólogos en cuanto al diagnóstico; en lo que a la niñez se refiere, uno de los Psicopedagogos entrevistados, expresa:

Los Psicólogos tienen la posibilidad de acceder a un mundo donde tiene que ver con el juego, la fantasía, sus figuras familiares, que generalmente nosotros no; y eso te hace entender un montón de cosas que le pasa al paciente. (Entrevistado 9 –Psicopedagogía-, 19/02/2020).

De la misma manera, el aporte lo observa desde la Neuropsicología Infantil también, afirmando:

Muchas veces yo tengo pacientes que les va mal [colegio] y yo creo que hay una dificultad, pero quiero que una Psicóloga le haga una Evaluación Neurocognitiva, para estar seguro si no hay un área del funcionamiento del cerebro que no esté funcionando bien y que yo esté divagando sobre lo que creo que le pasa, y por ahí no tiene memoria a corto plazo. (Entrevistado 9 -Psicopedagogía-, 19/02/2020).

Lo que la Evaluación Neuropsicológica le proporciona a este Psicopedagogo u otro profesional que la solicite, es una valoración sobre el paciente, que como lo explica “Profesional 18” en persona, el aporte otorgado está en:

La información acerca de cómo funciona ese niño en su día a día (...), hablo de cuáles son sus capacidades para generar aprendizaje y dentro de ellas, está la posibilidad de regular el comportamiento, más los dispositivos básicos de aprendizaje, que son: atención, memoria, función ejecutiva, lenguaje; es decir, cuáles son todos los

mecanismos que ese niño tiene para acceder al mundo, interactuar con éste y adaptarse. (Entrevistada 18 –Neuropsicología-, 12/03/2020).

Los Psicólogos, incluso, muchas veces ayudan al resto de los profesionales a repensar conjuntamente los casos, los criterios de análisis y las variables involucradas en este proceso. En una de las reuniones de Ateneo, una de las Psiquiatras solicitaba ayuda al equipo, ya que se le presentaba un caso de un niño que había sufrido un abuso sexual por parte de su tío y había comenzado a experimentar una gran diversidad de síntomas; entre estos se cita que el paciente:

Suele ver a alguien (figura imaginaria) con cara blanca, que se le aparece y que lo amenaza de que le va a hacer daño. Dice que se trata de un compañero de la escuela, pero que no le ve la cara y sufre sus agresiones cayéndose al piso y golpeándose él mismo. El niño presenta golpes reales; en el colegio, nadie dice haber visto algo al respecto. El niño dice que este agresor tiene anteojos, mochila y es un poco más alto que él. En su casa ve sangre adentro del ascensor y su madre le dice que no, pero él sigue viéndola. (Registro R18, del día 16/05/19).

Son estas dos versiones las que se relatan una y otra vez por las distintas partes, el niño, la madre y el colegio. Las hipótesis que la Psiquiatra sostiene es que “*el niño se golpea solo o se pega solo, o se trata de un abuso que sufre en la escuela donde alguien lo golpea*” (Registro R18, del día 16/05/19). Lo cierto es que en su historia hay muchas contradicciones e incluso pareciera que mucho de lo ocurrido, sólo sucede en su mente. Ante esta dificultad, la profesional pregunta al grupo: “*¿cómo sabemos que esto [abuso sexual] es verdad?*” (Registro R18, del día 16/05/19); a lo que una de las Psicólogas le responde: “*Porque el discurso es con afecto. No es que relata el acto como si fuese una peli [película]. Si bien este paciente es como que habla sin registro, pero hay afecto: miedo, ansiedad*” (Registro R18, del día 16/05/19). Esto, en parte, refleja la afirmación de “Profesional 10” sobre la tarea del Psicólogo Clínico, la cual expresa: “*por ahí me hace repensar el diagnóstico que yo me hice o por ahí me hace afirmar el que yo hice; o me hace considerar que el paciente puede tener otro aspecto a parte del que yo pensé*” (Entrevistada 10 -Psiquiatría-, 30/01/2020). Pues, este pensamiento deja cavilar, entre tantas cosas, sobre la participación del Psicólogo en la labor del diagnóstico diferencial. Si bien es algo que no ha aparecido mucho en las entrevistas

efectuadas, es algo que permite observarse en la toma del registro de campo, en el siguiente caso:

La paciente relata que sufre episodios de pánico. A lo que la Psiquiatra le pregunta qué siente o cómo se manifiesta:

P [Paciente]: Falta de aire; manos duras; frío; dolor en el pecho.

Psq [Psiquiatra]: ¿Cuánto duran?

P: Duran como 15 minutos.

Psq: ¿Pasan en cualquier momento?

P: De la nada.

Psq: ¿Pasan en algún lugar en particular?

P: Casi todos fueron en el colegio.

Ps [Psicólogo]: ¿En tu casa te pasó alguna vez?

P: Una sola vez.

Psq: ¿Haces actividad física?

P: Handball.

Psq: ¿Disfrutas estar ahí?

P: Sí.

Ps: ¿Te ha pasado ahí?

P: Me faltaba el aire. Y no sabíamos que era esto.

(...)

Ps: ¿Te suele dar en lugares donde hay mucha gente?

P: En el curso y en la Iglesia.

Psq: ¿Colectivo o supermercado?

P: Ahí no.

Ps: ¿Pensabas algo antes de que se te dé el episodio?

P: Me daba el miedo de no poder respirar.

Psq: ¿Cuándo fue el último evento?

P: Hace como 2 semanas.

Ps: ¿Si hay alguien, algo o una cosa en concreto...?

P: No, a veces me pasa cuando estoy sola. (Registro R94, del día 14/08/19).

En este caso, se intentó indagar por ambos profesionales, la posibilidad de que su sintomatología pueda estar asociada a un diagnóstico agorafóbico o bien de un estilo más específico; o si se trataba pura y exclusivamente de ataques de pánico.

En este recorrido, se ha podido ver de distintas maneras los pensamientos asociados a la labor del Psicólogo en la tarea diagnóstica. Como se evidenció en la expresión de todas estas creencias y pensamientos, que trajo cada profesional en su entrevista y su accionar, el abordaje y el aporte de los Psicólogos son mucho más complejos que la sola tarea de establecer o pensar un diagnóstico.

En lo que atañe a lo que se puede hacer con un diagnóstico, las posibilidades son varias y dependen de algunas variables: la urgencia del diagnóstico, el tratamiento, la presencia de comorbilidades, la investigación, la producción de informes y devoluciones a otros profesionales, la internación; entre otras.

8.2.2. *Función de Tratamiento del Psicólogos Clínicos: análisis de creencias.*

En base al segundo objetivo específico planteado, se describe y se trata las creencias de los profesionales entrevistados, sobre los aportes del Psicólogo Clínico al Tratamiento. Cabe mencionar que las mismas, han primado en el hincapié sobre los *tipos de tratamiento*. Se ha evidenciado, a su vez, que la creencia de mayor aparición en gran parte de los entrevistados, respecto a los tipos de tratamiento que puede ofrecer un Psicólogo Clínico en esta Unidad, ha sido la de la *Psicoterapia Psicológica*. En esta línea, fue recurrente la idea del *acompañamiento* al paciente, como una de las tareas implicadas en el tratamiento. No obstante y en menor medida, otras de las creencias han referido a la *Rehabilitación Neuropsicológica* del paciente, la cual fue traída por los profesionales que se desempeñaban en estas formas de tratamiento. Se ha hecho hincapié, además, por algunos de los entrevistados y como respuestas acerca del Tratamiento, en la habilidad de escucha y en el otorgamiento de herramientas al paciente, por parte del profesional.

Se pudo observar en la Práctica Profesional Supervisada, que para cada tipo de tratamiento, se corresponde un profesional Psicólogo formado en la materia específica para el caso, es decir, Psicólogos Clínicos con formación en Psicoterapia; y Psicólogos Clínicos con formación en Neurociencias, para el caso de tratamientos de Neurorehabilitación o

Neuroestimulación Cognitiva; no siendo excluyentes, sin embargo. A su vez, entre los Psicólogos existe una gran diversidad de orientaciones. En cuanto a la Unidad de Neurociencias, algunos de los profesionales están formados en Psicoanálisis lacaniano, freudiano u otros en el Enfoque Modular Transformacional [Hugo Bleichmar]; por otra parte, otros profesionales se encuentran formados en Terapia Cognitivo Conductual, de segunda y tercera ola y otros en Neurociencias. Como se sostuvo en el apartado “Perspectiva teórica” y se lo podrá vislumbrar a continuación, mucho de la formación en una teoría/corriente específica, por parte de un profesional, es lo que determinará la forma de efectuar un tratamiento; no siendo ésta la única variante en cuestión.

Considerando el interrogante, ¿qué aportes hace un Psicólogo Clínico, en esta Unidad, a la hora de proporcionar un tratamiento a un paciente?, las respuestas de los profesionales [entrevistados] han mostrado diferencias, incluso cuando remitían a un mismo tipo de tratamiento. En lo que confiere a la Psicoterapia, una de las Psicólogas psicoanalista expresa:

Sobre todo, el manejo de las ansiedades, el manejo en el acompañamiento en el sufrimiento de los pacientes; va a depender mucho de cuál es el motivo de consulta, hay motivos de consulta bien ligados al sufrimiento y a la consulta espontánea del paciente y motivos de consulta que vienen por derivación, a raíz de otros padecimientos, creo que en ambos casos uno lo que hace es acompañar, básicamente en las angustias, en las ansiedades, en los sufrimientos, ayudar a los procesos elaborativos; habrá pacientes con más o menos recursos para ello y uno irá viendo qué puede hacer con eso. (Entrevistada 3 -Psicología-, 28/02/2020).

Uno de los casos que fue representativo de ello, fue el caso de la Señorita “U”, a la cual se le otorgaron sesiones de psicoterapia con un fin continente y preventivo, por riesgo de daño; pero a su vez, la Psicóloga tratante [psicoanálisis lacaniano] fue trabajando los aspectos sexualizados en ella [accesorios: vinchas y moños en su cabello; prendas de vestir], por indicación del Psiquiatra a cargo, ya que observaba una sexualidad muy reprimida que le generaba algunas sintomatologías y complicaciones adicionales (Registro R110-C1, del día 26/09/19). Por otro lado, mientras algunos profesionales apuntan al acompañamiento del paciente en sus procesos elaborativos y en su sintomatología aquejante, como en el caso de esta paciente, otra de las profesionales [no refiere formación teórica específica] afirma, en

cuanto al espacio de psicoterapia, “*que se pueda pensar y flexibilizar algo de la posición que tiene a un paciente en ese lugar, ya sea sintomático, angustiado o inhibido, o lo que sea que le esté pasando*” (Entrevistada 7 -Psicología-, 20/02/2020). Esta respuesta proveniente de una de las Psicólogas formada en una Residencia Clínica, sin una orientación en una corriente específica, se puede ver aplicada también por profesionales formados en una corriente particular, como lo es el caso de uno de los Psicólogos cognitivos de esta Unidad. El ejemplo a continuación, representativo de esto, es el de una paciente de 22 años [Señorita “H”], la cual se encuentra dominada por una vergüenza que la limita en un amplio abanico de actividades diarias:

Explica que quería comenzar el gimnasio pero que no se anima a ir sola, que tiene o necesita ir con una amiga, ya que le da vergüenza; y ella dice “yo siento que me miran, que hago todo mal”.

Ps (Psicólogo): Tenés que ir con la vergüenza al gimnasio. No evito, porque refuerzo (...). La vergüenza tiene que ver con un contenido de autoimagen. Lo que hay que ver es dónde y por qué (...). Si a mí la vergüenza me aísla, me molesta, entonces hay que ver dónde nos ponen las emociones. Esta respuesta se va a ir generalizando, y así estas respuestas evitativas van de una cosa a la otra (...).

Agrega: “¿Qué hago cuando estoy bajo ciertas emociones?”. El profesional le propone a la paciente ir y hacer las cosas con vergüenza.

Ps: Lo verbal, condiciona lo que hago. Si yo digo que no puedo, no voy a poder. Me lo termino creyendo. (Registro R27, del día 24/05/19).

Si bien en las siguientes sesiones se trabajó más sobre sus resultados con la exposición y lo que esto le generaba, no es algo que se seguirá desarrollando en este apartado. Su importancia radica en la evidencia, de que el profesional interviene en miras de flexibilizar y trabajar ciertas emociones, pensamientos y conductas en la paciente, que son disfuncionales; a través de la Psicoeducación y aplicando con ella, los recursos de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Volviendo a la expresión de la Entrevistada 7, una de las cuestiones a resaltar, es el hecho de que ciertas creencias, pueden verse materializadas en la conducta de Psicólogos con distinta formación, pero con el distintivo típico de su corriente específica, es decir, la manera en cómo lo hacen, cómo llevan a cabo esa conducta. En otras palabras, el tipo de

intervenciones que el Psicólogo realiza, las herramientas que utiliza para generar un cambio en su paciente, todo aquello correspondiente a la metodología en su práctica, lo cual reúne el distintivo típico de su corriente teórica específica. En esta línea, “Profesional 18” que se encuentra bajo la formación en terapias cognitivo-conductuales, aporta un aspecto que no había aparecido antes, en las creencias mencionadas por los profesionales hasta este momento. Se trata del aporte del Psicólogo, en tanto constructor y propiciador de herramientas para su paciente; en este caso, la profesional afirma:

El Psicólogo Clínico es el que (...) va a brindarle un montón de herramientas al paciente, para que esa capacidad de regular emociones incremente y justamente mejore la habilidad para regular en general su comportamiento y se adapte mejor a todas las situaciones. (Entrevistada 18 -Psicología-, 12/03/2020).

Pensando en esta última creencia y ligado al caso de la Señorita “H”, previamente en una sesión anterior, ella había manifestado tener problemas de organización, comentando que le hubiese gustado comenzar el gimnasio pero que no lo hacía por falta de tiempo; no obstante, el tiempo físico sí le alcanzaba, por lo que el profesional le sugiere que vuelque sus actividades diarias en una agenda, ya que el formato visual ayuda mucho para poder organizarse (Registro R27, del día 24/05/19). Tanto aquí como en el fragmento presentado antes, sobre este caso, se puede observar en las intervenciones del Psicólogo, esta forma activa de otorgar herramientas a su paciente. Incluso, al final de esta sesión, el profesional le da por tarea el salir a hacer sus actividades con *vergüenza*, haciendo hincapié en evitar excusas que entorpezcan este objetivo o autoengaños con este fin, espetándole “*si vas a lugares que te dan poco nivel de vergüenza, es lo mismo que nada*” (Registro R27, del día 24/05/19). Promoviendo así, la posibilidad de *exposición* y aceptación de la emoción en la paciente; siendo ésta, otras de las técnicas de mayor utilidad y con sostén empírico, en los terapeutas cognitivo-conductuales. Esto permite además, plantear el pensamiento o al menos ponerlo en cuestión, sobre el hecho de que en ciertas ocasiones y desde quienes comienzan a insertarse en la práctica de esta profesión, se suele pensar que el Psicólogo debe hacer intervenciones monumentales; sin embargo y como se ha visto en el caso expresado antes, pequeñas herramientas, acatación del timing y estrategias que se le pueden ofrecer al paciente, desde el tratamiento psicológico, pueden ser más efectivas y eficientes que otras

intervenciones desmesuradas y poco funcionales. Es importante, entonces, no perder el eje, los objetivos para el trabajo con el paciente en particular; y no desestimar la importancia de que "el tratamiento psicológico le da [paciente] distintas pautas para probar o cambiar cosas o conductas o actividades de su vida" (Entrevistado 19 -Neurología-, 05/02/2020), con el fin de conducirlo a una mejor calidad de vida.

En la Práctica Profesional Supervisada se ha podido observar, además, que el Psicólogo Clínico en ocasiones ayuda a sus colegas u otros profesionales, en los tratamientos psicoterapéuticos que estos realizan. En una de las reuniones de equipo, una de las Psiquiatras estaba llevando a cabo la psicoterapia de un caso de psicosis adolescente. La profesional le consultó al grupo, sobre cómo se puede trabajar o qué intervenciones se pueden aplicar en adolescentes con psicosis, una vez compensados con la medicación.

Una de las Neuropsicólogas [con formación en TCC] sugiere el propiciar la discriminación en este paciente; y agrega a esto: "Lo importante es que pueda comprender esta discriminación, que esas cosas que ve o que escucha son de él, no del mundo real del afuera. Que pueda ir discriminando eso" (...). Rescata además, la importancia de estructurarle rutinas al paciente, en su cotidiano. Otra de las Psicólogas [Psicoanálisis] comenta que sería importante a su vez, organizar a la familia del paciente, en esa rutina. Y ambas destacan el armado de una lista de alarma sintomática, para que el paciente pueda empezar a darse cuenta qué es de él y qué del mundo real. La segunda Profesional sugiere que es importante observar "cuánto del lenguaje está comprendido en esto de poder metaforizar"; y la primera sugiere que sería importante, además, entrenarlo en "habilidades sociales". La Psicóloga [Psicoanálisis] anterior plantea que en cuanto al criterio de realidad de estos pacientes, nunca se debe dar algo por obvio, y dice "hay que dar por desestimado el criterio de realidad"; y que a su vez hay que "insertarle el criterio de realidad". Con esto último hace referencia a plantearle situaciones que él tiene en su vida cotidiana, y ver si hay algo de lo real o irreal en la interpretación de esas situaciones. En el caso de ver que ronda por lo irreal, entonces no se sigue intentando por ese lado; la profesional dice: "entras donde él te lo permita". Otras profesionales [Psicología] hablan de trabajar sobre la falta de higiene, lo social. Con el fin que se pueda integrar en el colegio. (Registro R96-C2, del día 22/08/19).

Se observa que, si bien coinciden algunas intervenciones entre las profesionales, es notorio lo distintivo entre ellas. Esto se debe a la corriente teórica en la que se encuentra formada cada profesional, y como ya lo había expresado en su entrevista “Profesional 9”, *“el acento de cada uno va en los suyo”* (Entrevistado 9 -Psicopedagogía-, 19/02/2020), aún cuando se trate de un mismo diagnóstico. Además, estas intervenciones tienen la particularidad que les imprime el juicio y la experiencia clínica, con que cada profesional cuenta (Pascual Llobell et al., 2004). Por otro lado y volviendo al fragmento del registro de campo citado antes, se podría inferir sobre esta demanda de la profesional Psiquiatra a los Psicólogos, su apertura y consideración en cuanto al saber que puede proporcionarle este grupo, para su trabajo particular. En este caso, igualmente, se puede observar que el Psicólogo Clínico se puede desempeñar no sólo en patologías correspondientes al cuadro de las neurosis, sino también al de las psicosis. En este sentido, una de las Psiquiatras rescató el hecho de que *“una buena Psicoterapia en un psicótico también ayuda, una buena psicoterapia en un duelo, en una depresión, en un problema de adaptabilidad, mudanzas, desarraigo, ayuda muchísimo”* (Entrevistada 10 -Psiquiatría-, 30/01/2020). Esto deja pensando, aunque sea vagamente, sobre la flexibilidad y adaptabilidad de la Psicoterapia como tratamiento, para diversos tipos de diagnósticos diferentes; y el aporte que cada Psicólogo pueda hacer en cada uno de ellos. No obstante, con esto no se quiere decir que cualquier tipo de Psicoterapia psicológica, indistintamente, sea la más adecuada para un caso u otro.

Hasta el momento, el recorrido sobre las creencias ha mostrado un gran caudal de actividades diversas por parte del Psicólogo Clínico, respecto a sus aportes. Si bien algunos profesionales consideran que *“se entiende como Clínico y las aplicaciones y las funciones, a todo lo que se pueda aplicar la Psicoterapia, la ayuda, la contención, el seguimiento, el acompañamiento”* (Entrevistada 10 -Psiquiatría-, 30/01/2020), también muchos de ellos han tenido por Clínico a aquellos Psicólogos que intervienen en otro tipo de patologías, como lo son las de orden biológico, que requieren de otro tipo de recursos, herramientas y formas de tratamiento. Esto tiene total correspondencia con el diagnóstico de los pacientes y sobre lo que se mencionó antes, su importancia a la hora de pensar un tratamiento. Respecto al diagnóstico, por ejemplo, “Profesional 13” afirma en primera persona: *“a partir de ahí yo sé qué tratamientos son más eficaces y eficientes para los trastornos de ansiedad, para trastornos obsesivo-compulsivos, para depresión, para esquizofrenia, etc., etc.”* (Entrevistada

13 -Psicología-, 13/03/2020). Con esto, remite a un tipo de formulación de caso específico y a un tipo de metodología de intervención y herramientas a implementar, que responden a la TCC [Terapia Cognitivo Conductual]; no obstante, siempre contemplando las características individuales de cada paciente. Sin embargo, los profesionales formados en otras teorías, utilizan estrategias distintas a la de los protocolos de intervención que suelen utilizar los terapeutas cognitivos. Es el caso, por ejemplo, de los Psicólogos como “Profesional 3” [Psicoanálisis], que implementa recursos como el *modo irreverente*, el *chiste*, los *actos fallidos*, entre otros.

Cuando de patologías de orden bilógico se trata, el Psicólogo Clínico tiene un amplio abanico de intervención; entre éstas, se pueden mencionar: la Psicoterapia, los Apts psicológicos e incluso también la Rehabilitación o Estimulación Cognitivas. Cualquiera sea el tipo de tratamiento a implementar, se verán variaciones en su accionar. Ahora bien, cuál es la creencia que sostienen los profesionales de esta Unidad de Neurociencias, sobre el aporte del Psicólogo Clínico para diagnósticos que requieran tratamientos como los dos últimos antes mencionados. Según “Profesional 18” [TCC y Neuropsicología], *“todo lo que tenga que ver con la rehabilitación en sí, con tratar de favorecer procesos de neurogénesis, que requieren estimulación o entrenamiento cognitivo”* (Entrevistada 18, 12/03/2020). Esta afirmación y su ejecución en la práctica, se ve fundamentada en la teoría de la plasticidad cerebral. Según Garcés-Vieira y Suárez-Escudero (2014), *“la neuroplasticidad es la potencialidad del sistema nervioso de modificarse para formar conexiones nerviosas en respuesta a la información nueva, la estimulación sensorial, el desarrollo, la disfunción o el daño”* (p.119). Cuando una función del cerebro se encuentra alterada y sus respectivas conexiones neuronales se ven afectadas, lo cual se puede deber a muchas razones, existen formas de tratamiento, como la rehabilitación de las funciones asociadas a estas áreas del cerebro dañadas, que permiten generar nuevas conexiones entre las neuronas, con el objetivo de recuperar o mejorar la función comprometida (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2021). Para esto, se parte del perfil obtenido en la Evaluación Neuropsicológica tomada previamente y los estudios de neuroimagen del paciente; como así de la observación de su conducta y los aportes que puedan ofrecer sus familiares y el Neurólogo derivante. Según lo expresado en una charla, dictada por la profesional que se desempeña como Referente de la practicante, en la institución:

La rehabilitación en general se trabaja cuando hay una función que dejó su trabajo normal y hay que intervenir para que vuelva a funcionar; obviamente que se incluye al paciente y su familia, su contexto general y cotidiano y conlleva objetivos, una evaluación (...), una planificación, objetivos de menor a mayor complejidad y una cierta implementación. (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2020).

Del mismo modo, rescata un aspecto sumamente importante en cuanto a la forma en que este trabajo se lleva a cabo, y es que “no todos los pacientes trabajan iguales, se puede hacer Rehabilitación Cognitivas con lápiz y papel, se pueden hacer juegos, se pueden hacer con el mismo cuerpo” (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2020); incluso, actualmente, expresa su labor mediante el medio virtual, lo que se podría denominar informalmente como tele-rehabilitación. Estas diferentes formas de poder llevar a cabo la rehabilitación, no sólo depende del profesional en particular y de su bagaje teórico y experiencia clínica, sino también y como la misma referente lo expresa:

A lo que tengamos a mano, a los gustos del paciente y a la función que tengamos que rehabilitar. No siempre se trabaja igual (...). Siempre tenés que tener un objetivo y tenemos que conocer la patología de ese paciente, para ver nosotros qué queremos cambiar. Entonces no es trabajar en general, es en realidad trabajar en específico. (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2020).

Entre los casos observados en la Práctica Profesional Supervisada, que se pueden citar y que resultan representativos de esto, es el de Señor “E”, a quien le fueron retirados dos tumores de su cerebro. Habiendo dejado, la intervención quirúrgica, consecuencias como la pérdida de su puesto laboral y como desencadenante su reubicación en uno de orden administrativo; una diplopía que hacía que sus planos visuales se cruzaran y viera doble; la pérdida del olfato y la audición de su oído izquierdo; como así la pérdida parcial del gusto en su lengua, con sensación de adormecimiento (Registro R15, del día 08/05/19). Frente a sus actuales circunstancias, la profesional tratante [Neuropsicóloga] buscó puntos de acuerdo con el paciente, para así fijar los objetivos de la rehabilitación:

Ps (Psicóloga): ¿Te gustaría volver a tu anterior puesto?

P (Paciente): Sí.

Ps: ¿Qué es lo que vos querés? ¿Vos querés mejorar para seguir trabajando?

La psicóloga indaga y le pregunta al paciente sobre sus deseos o expectativas a futuro, con el fin de marcar los objetivos que tenga el paciente y los suyos propios, para poder desarrollar un plan de acción asociado a los déficit cognitivos del paciente, sus expectativas a futuro, y las posibilidades que se barajan.

P: En realidad lo que yo quiero es estar bien. (Registro R15, del día 08/05/19).

Posteriormente, la Neuropsicóloga le mostró el informe de su Evaluación Neuropsicológica, donde se veía representada sus alteraciones leves en las funciones Ejecutivas, de Memoria y de Lenguaje. A su vez, le explicó sobre su estado actual y las probabilidades al respecto:

Ps: Sus síntomas que tiene, difícilmente lo recuperará. Se puede rehabilitar el gusto, el oído. Pero no sabemos si es que no habrá recepción [en las vías del cerebro]. Se puede probar.

P: El problema mayor por el cual yo vengo es porque vos me dijiste que me podían ayudar a retener. Yo estudio computación y diseño gráfico. El problema es que cuando estudio, me explican y el problema es retener cuando yo escucho.

La psicóloga le explica que después de una lesión a nivel cerebral, el cerebro tiende a reordenarse solo, en el transcurso de un año o año y medio. Pero que los progresos son mucho mayores cuando las personas se estimulan, estudian y hacen actividades. Por lo que el haber estudiado, le serviría ahora y siempre como una caja de ahorros. Donde contará con más recursos para recuperarse.

El objetivo que plantea el paciente es poder pensar para poder estudiar.

La Psicóloga le explica que van a ejercitar la actividad del área Frontal, ya que ésta se encarga del poder prestar atención a varias cosas al mismo tiempo, cambiar el foco atencional y cambiar de opción. La prueba que se encargó de medir esto, fue el Ineco Frontal Screening. (Registro R15, del día 08/05/19).

En este caso, para armar los objetivos, la profesional no sólo reparó en lo que era importante para ella en relación a las afecciones del paciente, sino también en las necesidades y en lo que era importante para éste; teniendo en cuenta para ello, todo lo relativo a la vida cotidiana de ese paciente. En este sentido, ella se comprometió con cumplir el objetivo de

ayudarlo a rehabilitar su memoria, lenguaje y funciones ejecutivas; y él, debería comprometerse en hacer las tareas y el seguir estudiando y estimulándose. Es importante rescatar aquí también, el trabajo en psicoeducación y explicación al paciente sobre el funcionamiento cerebral en general, lo que puede, en ocasiones, generar una mayor adherencia al tratamiento y una mayor comprensión y tranquilidad por parte del paciente. Es importante recordar, además, que los pacientes suelen ir a casa con tareas, después de estas sesiones. El contenido suele ser igual o incluso un tanto más complejo que las actividades realizadas ese día con el profesional; y siempre con las indicaciones que éste proponga, en base al desempeño del paciente. La intención está puesta en ayudar a este último, a que siga un proceso constante de estimulación para su cerebro y sus áreas afectadas. Pero también en busca de la autonomía, de que consiga llevar a cabo en su vida cotidiana las actividades que desea y que se plantearon como objetivo con el profesional; esto es, el ir pudiendo aplicar afuera, con sus amigos, familiares y su entorno, lo que practica en el consultorio con el Neuropsicólogo. En esta línea, las intervenciones de los Psicólogos con esta formación, implican ciertas estrategias específicas y adaptadas para ese paciente en particular y el entorno donde vive. Para esto muchas veces se debe recurrir y coordinar con la familia del paciente, dependiendo de su déficit, de los recursos con los que cuentan, las disponibilidades de cada uno, la conciencia de enfermedad en el paciente y su estado anímico, entre otros puntos, como su edad, diagnóstico y demás. En el caso de “V”, por ejemplo, quien sufría de un Alzheimer precoz y estaba llevando a cabo un proceso de Rehabilitación Neuropsicológica, fue la Neuropsicóloga quien pactó, con la familia del paciente, ciertas modificaciones en su hogar y cotidianeidad, en beneficio del tratamiento con este. El paciente había notado que en su casa le daban menos cosas para hacer, lo cual le generaba cierto enojo y frustración. Ante esto, la profesional pasó a explicarle sobre el hecho de que había sido ella, quién había dado esta indicación a su familia y que se debía a la intención de que el paciente pudiera hacer menos actividades, pero que pudiera llevarlas a cabo lo más eficazmente posible; y no porque se tratara de que él no pudiera conseguir realizar varias tareas (Registro R155-C1, del día 05/11/19). Por tanto, se trata de que “el terapeuta, junto con los miembros de la familia, deberán buscar la mejor forma de controlar el entorno con el fin de reducir la fatiga y la frustración durante las tareas de tratamiento” (Matter, 2003, p.16). Entre las actividades que se pautan con la familia, también se les suele pedir que den asistencia y acompañamiento a su

familiar, para cuando éstos deben llevar a cabo las tareas que les fueron dadas en la sesión. Si bien se intenta que los pacientes las realicen solos, en ocasiones muchos de ellos necesitan un soporte externo; lo cual es de gran importancia para su progreso y recuperación. En cuanto a algunas estrategias de intervención, si bien mucho de esto no surgió en las entrevistas, ya que se hizo mayor hincapié en la Psicoterapia como forma de tratamiento psicológico, se puede considerar a partir de las observaciones realizadas en campo, a las *modificaciones ambientales* o *modificación del entorno*, como estrategias propicias para este tipo de casos, dirigidas a “minimizar el impacto del déficit cognitivo y reducir el déficit funcional y conductual” (Paúl-Lapediza, Bilbao-Bilbao & Ríos-Lago, 2011, pp.481-482). Esta estrategia fue utilizada por “Profesional 1”, cuando el Señor “V” manifestó una gran vergüenza y angustia ante sus olvidos, al hablar por teléfono con un amigo. Si bien él había decidido no volver a llamarle, producto de este hecho, y a empezar a aislarse del resto de sus amigos, por lo que podrían llegar a pensar sobre su enfermedad, “Profesional 1” le sugirió que con esta conducta poco podría resolver; además de explicarle el hecho de que no merecía la pena el pensar por los demás, ya que nunca se conseguirá saber qué piensan las demás personas realmente. Como herramienta, le propuso generar una lista de los temas que le gustaría conversar con su amigo, y realizar el llamado telefónico con esta lista a la vista. De esta manera, evitaría olvidar los temas de conversación y perderse en el discurso. Con lo cual, además, evitaría las emociones de frustración, vergüenza y enojo.

La *Estimulación Cognitiva* como intervención terapéutica, “vendría a ser lo que es el trabajo preventivo del deterioro cognitivo o para fallos asociados a la edad (...); o bien, puede ser entrenamiento en habilidades específicas” (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2021). Lo que la diferencia de la Rehabilitación Neuropsicológica, según esta Neuropsicóloga, es que:

Acá no hay nada perdido, no hay nada roto, no hay nada que haya cambiado en algún punto, sino que son fallas asociadas a la edad, al envejecimiento, a que es normal que nos olvidemos ciertas cosas; o pueden ser entrenamiento en habilidades: en toma de decisiones, en atención (...). Simplemente es un ejercicio, como un gimnasio para potenciar o para mejorar ciertas habilidades, que esa persona tiene un poco bajas o como que no cumple las expectativas que quiere. Entonces, son técnicas y estrategias para

mejorar el rendimiento y mantener la eficacia (...). Se actúa, se trabaja, sobre habilidades preservadas. (T. Castro Zamparella, comunicación personal, 19 de junio, 2021).

Entre las técnicas y estrategias implementadas, en una de las estimulaciones observadas en la práctica, se utilizó el test Stroop, pero con el fin de ejercitar la función de control inhibitorio, en una paciente [Señora “M”] que padecía la enfermedad de Parkinson. Si bien la Neuropsicóloga también *rehabilitaba* algunas de sus funciones, por otro lado aplicaba la Estimulación Cognitiva, con el fin de ralentizar el deterioro del cerebro de la paciente y mantenerlo lo más activo posible. En la Estimulación no se registra puntuación al realizar las pruebas, el objetivo está en estimular las funciones o áreas deseadas, según las particularidades y necesidades de cada paciente. Para este caso, además, se utilizó el juego de cartas UNO, con el fin de estimular la velocidad de procesamiento de la información, así como la capacidad de control inhibitorio en la paciente (Registro R17, del día 10/05/19). La dificultad, está puesta en evitar la respuesta automatizada que suele tenerse ante ciertos estímulos, para como contrapartida, conseguir dar la respuesta deseada o adecuada al objetivo. Entre las intervenciones utilizadas por la Neuropsicóloga con esta paciente, se implementó, además, la *estrategia compensatoria* de ordenar en una lista, que contenía los días de la semana, la actividad que ella se propondría realizar en cada día, para evitar olvidar dónde dejaba sus objetos cotidianos. Por ejemplo, para el día lunes había anotado y se había propuesto, dejar el cepillo de pelo en el estante del baño y dejarlo siempre ahí, para que ese ya sea su lugar. La segunda parte del apartado que se había llevado como tarea, “*integraba sus conductas, actitudes, verbalizaciones y su control de impulso, respecto a con sus allegados*” (Registro R41, del día 31/05/19). Con lo cual había manifestado haber tenido un mayor control durante esta semana, sobre sus reacciones o verbalizaciones agresivas, para con sus más próximos. En esta paciente, a su vez, se estimulaban otras funciones de su cerebro, como la memoria de trabajo, la atención sostenida, funciones ejecutivas y cálculo matemático, entre otras (Registro R41, del día 31/05/19). La Estimulación, siempre estará fundada sobre objetivos y se adecuará a las necesidades de cada paciente. En este caso en particular, la señora mostraba dificultades en controlar su forma de dirigirse a ciertas personas, en la ingesta de alimentos o incluso en el control de sus movimientos corporales, lo que le hacía tener accidentes domésticos al querer girarse o moverse con rapidez, siendo que padecía de cierta rigidez motriz propia de su diagnóstico. Según la profesional tratante, el aporte de los

Psicólogos en cuanto refiere al tratamiento de un paciente, implica también el *“acompañamiento, afrontamiento de enfermedad, inclusión de herramientas, pasos a seguir, organización, anticipación, aceptación de la enfermedad”* (Entrevistada 13 -Psicología-, 13/03/2020). Por otra parte, los Neuropsicólogos en ocasiones, también participan informando o asesorando a sus colegas clínicos, respecto a los temas que les competen. En relación a esto, “Profesional 6” [Psicoanálisis] ha aseverado en lo que refiere a la patología de Epilepsia, que el aporte que estos profesionales le otorgaron, remitían según sus palabras, al *“cómo actuaba en el cerebro una descarga eléctrica, por ejemplo, o cómo darme cuenta si estaba en frente un paciente crónico o si había sido un episodio, cómo podía diferenciar eso”* (Entrevistada 6 -Psicología-, 27/02/2020).

Entre los aportes considerados por los profesionales, uno de los Neurólogos involucrado en el tratamiento de Cefalea, afirma que el aporte de “Profesional 4” [TCC] desde la terapia psicológica con foco en Mindfulness, ayuda mucho sobre todo *“cuando hay tratamiento de comorbilidades de ansiedad, de depresión y que son altamente comórbidas con el dolor”* (Entrevistado 14 -Neurología-, 05/02/20). Si bien en este caso se utiliza en relación a poder tener un mayor manejo en la percepción del dolor de cabeza, en los casos donde se implementa por fuera del Programa de Cefalea, la técnica de Mindfulness resultó ser muy útil para aliviar la ansiedad y los pensamientos automáticos/negativos asociados a ésta, en pacientes con ansiedad social o con una ansiedad más generalizada. Uno de los casos en donde se implementó esta técnica vía audio guía, fue el de un joven [Señor “S”] que sufría de ansiedad social:

La técnica [de Mindfulness] que tocaba ese día era “hojas de un árbol que caen, y se van por un río”; el paciente debía tomar los pensamientos que se le aparecían en ese momento en la sesión, ya sean imágenes, y colocarlos sobre esas hojas imaginarias que caen de un árbol, y se van por un río. Debiendo dejarlos ir y no detenerse en ninguno de ellos. Una vez realizada esta actividad, el Psicólogo se encarga de preguntar sobre la experiencia del paciente. (Registro R103, del día 02/09/19).

A esto se suma, además, una devolución terapéutica por parte del profesional, con el agregado de una tarea para la casa, donde deberá practicar el audio trabajado en sesión.

En el caso de “Profesional 10” [Psiquiatría], además, ha considerado que los Psicólogos Clínicos también pueden hacer aportes como:

El hacer contención por ejemplo de los Médicos, del personal administrativo, del personal al que corresponde la institución en sí; siempre dependiendo dónde se desempeñe (...). Ahora se está implementando en algunos hospitales el tema de contención y monitorización de residentes, para ver sus niveles de estrés, para ver sus niveles de ansiedad, de angustia, a ver cómo está (...); otros, que tienen por ejemplo como una cuestión más dinámica respecto a darle el espacio a los enfermeros, a que puedan hablar, darles la posibilidad de que se acerquen a tal profesional que trabaja con estos tipos de eventos. (Entrevistada 10 -Psiquiatría-, 30/01/2020).

En tanto que “Profesional 9” [Psicopedagogía], considera que el aporte que le hacen los Psicólogos Clínicos en el tratamiento con niños, está fundamentado en el hecho de que los mismos, se encuentran atravesados por emociones, independientemente de si aprenden o no; y agrega:

A veces podemos trabajar desde el área [Psicopedagogía] esas dificultades, generalmente no, y necesitamos trabajar con alguien [Psicólogo] que nos aporte, digamos: establecer buenos vínculos familiares, mejorar la autoestima del paciente, trabajar la posibilidad de sociabilizar con pares o con otros compañeros. (Entrevistado 9 -Psicopedagogía-, 19/02/2020).

Como se ha podido observar a lo largo de todo este apartado, los aportes de los Psicólogos Clínicos en cuanto al tratamiento, según las afirmaciones de los profesionales correspondientes a la Unidad de Neurociencias, han mostrado una muy diversa serie de actividades realizadas y prósperas a realizar, que evidencia el amplio campo de acceso donde el Psicólogo puede ingresar y desempeñarse en su rol. No obstante, los canales de derivación suelen sesgar estos accesos. Esto puede deberse a distintas razones, entre las mismas, aparece el diagnóstico como una de las más determinantes. Se ha observado que en las Entrevistas de Admisión llevadas a cabo en la Unidad, ambos profesionales Psicólogos y Psiquiatras, llegan a un diagnóstico presuntivo común y acuerdan la derivación más pertinente posible para el caso; esto es, Psicología en caso de ser necesario terapia psicológica y/o Psiquiatría en caso

que fuera necesario incorporar medicación. A su vez y según el criterio de estos profesionales, se tiende a elegir al futuro profesional tratante, en base a las características del paciente, preferencias del mismo y la presunción diagnóstica. En este caso, se ha podido observar en el trabajo de campo, que los profesionales respetaban las preferencias de los pacientes, en función del género [hombre o mujer] del futuro psicoterapeuta que lo recibiría en tratamiento. Otro fue el caso, de uno de los Psicólogos Cognitivos [“Profesional 4”], que en la Entrevista de Admisión se auto-derivó un caso de Ansiedad Social, para trabajarlo desde la Terapia Cognitivo Conductual con implementación de técnica de Mindfulness. Sin embargo y como en este caso, se ha podido observar también, que muchas de las derivaciones de los profesionales se encuentran parcial o totalmente afectadas por sus creencias previas. Es decir, en función de la creencia que un profesional pueda tener sobre la eficacia o eficiencia de una teoría específica, se verá condicionada su derivación, posterior al diagnóstico. Si bien es cierto que, el Programa de Cefalea está integrado por profesionales adecuados para tratar las sintomatologías asociadas al dolor crónico, entre ellos Psicólogos, es cierto también que sólo un grupo selecto de los mismos puede participar en este equipo. Las derivaciones aquí, suelen estar dirigidas a Neuropsicólogos, para la valoración de un perfil psicológico del paciente, en relación al dolor y las implicancias en su vida diaria; pero también a terapeutas con formación cognitiva, para el tratamiento en la percepción del dolor. Quedando, de esta manera, por fuera de acción todo aquél Psicólogo con una formación distinta. Entre las creencias registradas sobre los aportes del Psicólogo Clínico, representativo de lo antes mencionado, se puede citar:

Esto lo valoro en los Psicólogos que tienen esta visión científica del cerebro, o sea, que buscan la cuestión biológica detrás de los trastornos, la cuestión genética, la cuestión ambiental de los trastornos. La Psicología más filosófica me cuesta un poco más; o la que es estrictamente comportamental (...); es decir, estudiemos todos el cerebro pero (...) tenemos que tener una visión similar digamos, como un órgano, con su fisiología, su anatomía, en ese sentido. (Entrevistado 14 –Neurología-, 05/02/20).

Aún así, lo mismo ocurre en relación a las terapias basadas en otras teorías, por ejemplo, Médicos Cirujanos que derivan a Psicólogos con formación Psicoanalítica, para llevar a cabo los Aptos Psicológicos de sus pacientes, previo a una intervención quirúrgica. Asimismo para el caso de la señorita “U”, fue el Psiquiatra a cargo del tratamiento, quien hizo la derivación a

“Profesional 3” [Psicoanálisis] con el objetivo de realizarle un Psicodiagnóstico, ante la falta de evidencia médica en los estudios previos realizados. Bajo estas observaciones y datos recabados, se vuelve a reforzar la idea de cuánto intervienen en las derivaciones y los tratamientos llevados a cabo en los pacientes, las creencias, suposiciones o pensamientos previos, que se sostienen en una institución o que sostiene un profesional.

8.2.3. *Función de Prevención del Psicólogo Clínico: análisis de creencias*

En base al tercer objetivo específico del presente trabajo, los datos recabados en las entrevistas, han reflejado la particularidad de los aportes del Psicólogo Clínico, correspondientes a cada nivel de prevención y según lo planteado en el capítulo “Perspectiva Teórica”. No obstante y por las características que presenta la Unidad de Neurociencias, las intervenciones se ven mayormente dirigidas a un segundo o tercer nivel de prevención; lo que se debe, además, al hecho de que los pacientes que llegan a esta Unidad, por lo general, ya llegan con sintomatología o incluso con diagnósticos preestablecidos. En este sentido, reafirma “Profesional 10”: *“que acá nos llegue un nivel 1 de prevención, es raro y tampoco la institución, sobre todo la Unidad no está como apuntada a ese nivel. Actualmente el perfil es un perfil más 2 y 3”* (Entrevistada 10 -Psiquiatría-, 30/01/2020).

En función de las respuestas obtenidas en las entrevistas a los profesionales, algunos de ellos priorizaron la idea de los *talleres y charlas*, como aportes de los Psicólogos Clínicos en un *primer nivel* de prevención. Otros, en cambio, han considerado otras modalidades como aporte; y un porcentaje distinto, no ha referido a prácticas realizadas por los Psicólogos en este nivel. Entre las creencias asociadas al Psicólogo como promotor de información, “Profesional 9” expresa en primera persona: *“la posibilidad de ir a las instituciones como transformadores sociales, entonces la sociedad se transforma desde pequeños centros de base, en la medida en que vos puedas difundir cosas que haces; dar charlas”* (Entrevistado 9 -Psicopedagogía-, 19/02/2020). Esta fue una actividad, que tanto Psicólogos como Psicopedagogos, efectuaron en instituciones escolares, en años anteriores (En diálogo con la Referente Institucional, mayo 2019). Por su parte, “Profesional 14” afirma:

Tenemos un programa de psicoeducación para pacientes y sus familiares (...), en el cual en terapia de grupos se pueda hacer un poco lo primero, como anticiparnos a cualquier

signo, se empieza a manifestar o mucho menos (...); y que un Psicólogo hable de los posibles síntomas que se puedan dar, cómo prevenirlo. (Entrevistado 14 - Neurología-, 05/02/20).

Con esto refiere a una de las charlas brindadas en la institución, por los profesionales que conforman el Programa de Cefalea. Entre Neurólogos, Psiquiatras, Psicólogos, una Nutricionista y un Deportólogo, se informó a los presentes sobre los síntomas y características de las cefaleas, como así sobre su prevención o disminución de la frecuencia e intensidad de estos dolores. En cuanto a la Neuropsicóloga [Profesional 1], su tarea fue informar sobre cómo el dolor de cabeza suele producir modificaciones, tales como: la forma en que se procesa la información y la velocidad con que se lo hace, la capacidad de memorizar información por un breve periodo de tiempo, la capacidad de atender a más de un estímulo a la vez; funciones éstas, que en mayor o menor medida, se encuentran alteradas en los pacientes que lo padecen. Así también, les informó sobre los cambios en el estado de ánimo, ya sean síntomas asociados a la ansiedad o la depresión y la influencia de éstas y el estrés, en perjuicio de la migraña (En diálogo con la Referente Institucional, septiembre 2019). En cuanto al aporte de “Profesional 4”, su tarea se vería ligada a exponer la utilidad de la técnica de Mindfulness, como medio para controlar y reducir el estrés y así evitar la aparición de dolor de cabeza (En diálogo con la Referente Institucional, septiembre 2019).

En lo relativo al ámbito de las neurociencias y en específico al tema de las demencias, “Profesional 13” asevera que se está armando un programa [donde los Neuropsicólogos tendrían participación], con el fin de *“dar charlas a la comunidad, que permitan educar a las personas sobre qué es lo que se considera mejor hacer para prevenir enfermedades neurodegenerativas, principalmente”* (Entrevistada 13 -Psicología-, 13/03/2020). Incluso, estas estrategias y modos de prevención, pudieron verse implementadas en el consultorio particular; fue el caso, por ejemplo, de un paciente de 84 años que presentaba algunos problemas de memoria, para lo que la Neuropsicóloga le explicó que luego de los 65 años, el cerebro de las personas empieza a cambiar, agregando que *“es un órgano que envejece como los otros. Es importante comer bien, dormir bien y hacer actividad física para prevenir”* (Registro R50, del día 05/06/19).

En este nivel de prevención, encaminado a evitar la posible aparición sintomática o el desarrollo de una enfermedad en sí misma, “Profesional 9” sostiene que el aporte en este

sentido, está en *“que un Psicólogo Clínico pueda dar charlas, talleres, pueda trabajar con actividades que fomenten mejores estilos de vida”* (Entrevistado 9 -Psicopedagogía-, 19/02/2020); *“contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir enfermedad”* (Caplan, 1980, p.43). En lo referente a su práctica y su trabajo conjunto con los Psicólogos, rescata al *Taller de Límites*, como uno de los fuertes implicados en este tipo de prevención. En sus palabras, rescata como beneficio de este taller: *“te ayuda a ser mejor papá, pero tiene como sentido criar niños cognitivamente más saludables”* (Entrevistado 9 -Psicopedagogía-, 19/02/2020). Por otro lado, en este nivel, “Profesional 1” considera los *“aportes a la investigación científica”* (Entrevistada 1 -Neuropsicología-, 24/03/2020). Asimismo, los Psicólogos pueden hacer Prevención en este nivel, en ámbitos muy diversos a los antes mencionados. Ejemplos de esto, son las propuestas a futuro para el Circuito Vital, que propone “Profesional 10” [Psiquiatría]:

Sería una buena idea, donde se pueda hacer una entrevista con un Psicólogo, en lo que acá se hace el Circuito Vital (...), donde se hace un chequeo a la persona de manera general, para tratar de hacer lo que es la prevención o la detección de alguna enfermedad (...). Podría medir el nivel que la persona maneja de angustia, de ansiedad, de estrés y evitar que se llegue a un 2 [nivel]. (Entrevistada 10 -Psiquiatría-, 30/01/2020).

En cuanto al *segundo nivel* de prevención, uno de los Psicopedagogos de la Unidad refiere, respecto a “Profesional 13”, sus aportes en cuanto al desarrollo de un *“taller de memoria para pacientes de la tercera edad, para estimular cognitivamente (...): la memoria, la concentración, la atención, con diferentes grados, de acuerdo a las dificultades que había”* (Profesional 9 -Psicopedagogía-, 19/02/2020). Así también, estos aportes se vieron aplicados en las estimulaciones cognitivas individuales, llevadas a cabo en las sesiones particulares con cada paciente y en específico. En el caso ya antes mencionados de la Señora “M”, por ejemplo, se puede ver materializada esta creencia y este aporte. En una de las sesiones con la paciente, en donde lo que se buscaba era estimular su función atencional, la Neuropsicóloga le ofreció un recuadro en el que estaban impresas una seguidilla de letras “O”, expresadas también en columnas; la tarea consistía en encontrar entre las “O” a la letra “C”. El punto era que esta letra no se encontraba impresa, ya que el objetivo de la actividad era que la paciente pueda mantener su atención en forma sostenida, al menos durante 5 minutos sobre cada una

de estas letras “O” (Registro R17, del día 10/05/19). Por otro lado, muchos de los entrevistados consideraron al *tratamiento psicoterapéutico*, como otro de los aportes preventivos de los Psicólogos Clínicos, en este nivel. En este caso, se puede incluir entre ellos a “Profesional 7” [Psicología], “Profesional 10” [Psiquiatría], “Profesional 18” [TCC y Neuropsicología] y “Profesional 19” [Neurología]. Por su parte “Profesional 18” considera, que si ante el tratamiento o valoración neuropsicológica de un paciente, aparece algo relevante del orden de lo emocional, el aporte preventivo del Psicólogo, para con este paciente, estaría en poder hacer una devolución como la siguiente: *“sería bueno, te podrías beneficiar de un tratamiento en el área de salud mental, para que esto no impacte o no se desarrolle un cuadro más complejo”* (Entrevistada 18 -Neuropsicología-, 12/03/2020). En esta misma línea, una de las Psicólogas entrevistadas expresa:

Tal vez un paciente viene a consultar, por ejemplo, porque hay algo que lo está molestando o algún pensamiento que lo está molestando y algún problema del sueño, pero todavía ni siquiera llegó a configurarse un trastorno de ansiedad; y termina haciendo una serie de sesiones, que destraban algún conflicto “x” que pueda estar pasando y eso previene. Tal vez si eso hubiese seguido su curso, hubiese terminado siendo un trastorno de ansiedad generalizado, por ejemplo. (Entrevistada 7 -Psicología-, 20/02/2020).

En cuanto a este punto, “Profesional 10” además considera al diagnóstico [presuntivo], como aporte del Psicólogo Clínico en este nivel, expresando: *“actúa en esto: en la contención del paciente, en ayudar, en hacer un diagnóstico presuntivo y aplicar un tratamiento”* (Entrevistada 10 -Psiquiatría-, 30/01/2020). En lo relativo a la intervención del Psicólogo en una instancia más diagnóstica, como forma de prevención, “Profesional 13” asegura en primera persona:

Yo veo un paciente que levemente tiene dificultades olfatorias, a lo mejor celotipia, algunas alteraciones cognitivas y yo tengo la posibilidad..., quizás ya no es un Parkinson tan visible, pero de ir y consultar al Neurólogo, que lo pueda ver y que ahí le pida la resonancia (...); y esto posibilita, entonces, que uno brinde tratamientos más precoces. (Entrevistada 13 -Neuropsicología-, 13/03/2020).

Incluso en las preguntas estructuradas, correspondientes a la entrevista con que inician las Evaluaciones Neuropsicológicas, hay una intención de hacer prevención secundaria. Es el caso, por ejemplo, de preguntas como las efectuadas por esta Neuropsicóloga [Profesional 13] a su paciente:

T: ¿Cómo duerme de noche?

P: Bien.

T: ¿Habla de noche?

P: No.

T: ¿Caídas de cama?

P: No.

T: ¿Patalear?

P: No” (Registro R12, del día 03/05/19).

Por su parte “Profesional 1”, también considera como prevención en segundo nivel, al aporte de los Psicólogos en la detección y elaboración del diagnóstico, a partir del cual se desarrollará posteriormente un tratamiento (Entrevistado 1 -Neuropsicología-, 24/03/2020).

Si bien se ha mencionado poco, por parte de los profesionales, al aporte preventivo del Psicólogo Clínico desde el diagnóstico, uno de los casos tan citados en este trabajo, vuelve a representar este hecho. Desde la aplicación del Psicodiagnóstico efectuado a la Señorita “U”, es que se pudo valorar el posible riesgo suicida en la adolescente, a partir de los indicadores arrojados en el Test Rorschach (Registro R91, del día 08/08/19). A su vez en este test, aparecieron indicadores importantes en lo relativo a “*procesos de desestructuración yoica*” (En diálogo con Profesional 3, septiembre 2019); que todavía no se manifestaban en el momento actual de esta paciente. Esto permitió al Psiquiatra tratante, generar prontamente un dispositivo de contención y atención para la joven. Asimismo y en esta línea, el Programa de Cefalea y el desempeño de los Psicólogos en el mismo, resulta en gran medida preventivo. Partiendo del hecho que, las personas que sufren migraña o dolor crónico, pueden desarrollar en un futuro y debido a esto, un trastorno depresivo. Es por ello que, todo el equipo de profesionales involucrados en este programa, entre ellos Psicólogos con o sin formación en Neuropsicología, intervienen actuando con tratamientos, que permitan no llegar a una instancia de intervenciones más invasivas para el organismo y la persona. En este sentido, “Profesional 14” agrega:

Cuando hay tratamiento de comorbilidades de ansiedad, de depresión y que son altamente comórbidas con el dolor, ayudan mucho; y sobre todo en el modelo que tenemos nosotros que busca lo mínimo farmacológico necesario. Entonces, para ofrecerle a un paciente lo mínimo farmacológico, tenés que ofrecerle otras cosas (...), sino no lo estás tratando; y las otras herramientas que nos quedan (...), uno de los pilares es la cuestión psicológica. (Entrevistado 14 -Neurología-, 05/02/20).

En tanto al *tercer nivel* de prevención, “Profesional 13” vuelve a la idea de ofrecer charlas a la comunidad, en lo relativo a las demencias, pero en este caso informando sobre *cuáles son los principales hitos que hay que tener [en consideración], antes que se desarrolle más progresivamente la enfermedad* (Entrevistada 13 -Psicología-, 13/03/2020). Pues, lo que aquí se busca es “contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad” (Vignolo et al., 2011, p.13). En el caso de “Profesional 4”, por ejemplo, considera que si bien la charla otorgada desde el Programa de Cefaleas, tuvo un fin informativo y preventivo ya desde un primer nivel, considera que *“también es una forma de dar información para quien quizá no sabía, pueda acceder a un tratamiento más eficaz, paliativo, para su problema”* (Entrevistado 4 -Psicología-, 05/02/2020); es decir, ya enmarcado en un nivel de prevención terciario. Entre los entrevistados, casi en su totalidad, han considerado al *tratamiento psicoterapéutico*, como uno de los aportes preventivos del Psicólogo, en Prevención Terciaria. Entre ellos, uno de los profesionales formado en Terapia Cognitivo Conductual, sostiene la creencia de que *“a veces, desde esta terapia también al ser muy psicoeducativa y dar mucha información, eso en un futuro puede producir un efecto más bien de evitación para volver a sentir el síntoma”* (Entrevistado 4 -Psicología-, 05/02/2020). Como sucede, por ejemplo, con la psicoeducación a los pacientes que sufren de ataques de pánico. En el caso de “Profesional 19”, en lo que confiere al aporte del Psicólogo en lo relativo al tratamiento en este nivel, manifiesta: *“el Psicólogo que trabaja con nosotros hace Mindfulness, pero ya cuando nosotros tenemos el paciente quemado digamos”* (Entrevistado 19 -Neurología-, 05/02/2020). Un ejemplo de ello, fue el tratamiento realizado con una paciente, con la cual se trabajó con esta técnica [Mindfulness] para su dolor crónico por Migraña. La paciente, manifestó haberse sentido más tranquila y menos estresada para llevar a cabo sus actividades diarias, luego de aplicar las distintas técnicas de audio guía, que “Profesional 4” le había enseñado a usar durante el tratamiento (Registro R137, del día 16/01/2020). Por otro lado, respecto a esta

patología [Migraña], y según la creencia de “Profesional 14” en cuanto a su accionar, deja entrever aquí la forma en cómo él considera que intervienen o le aportan a su trabajo, algunos de los Psicólogos Clínicos que trabajan en la Unidad, siendo esto expresado de la siguiente manera:

Tengo pacientes [diagnóstico de migraña] severamente afectados y medianamente afectados, yo los mando a los dos a la evaluación [Neuropsicológica] y eventualmente a tratamiento [Mindfulness]; a los que están medianamente afectados, para que no se afecten más y a los que están severamente afectados, por varias razones; y si hay depresión o ansiedad, o esas cosas, para que no empeoren y bueno, para los que están muy afectados, para mejorar también. (Entrevistado 14 -Neurología-, 05/02/20).

Según “Profesional 13”, mucho de lo que se intenta con la aplicación de un tratamiento psicoterapéutico, y que ella puede asociar vinculado con la prevención terciaria, tiene que ver con que *“uno le trata de brindar herramientas al paciente para que en futuras situaciones similares o no, pueda resolver los problemas de la mejor manera que se pueda o de la manera más saludable que se pueda”* (Entrevistada 13 -Psicología-, 13/03/2020). Esta creencia pudo verse representada en la práctica, en el tratamiento llevado a cabo por “Profesional 4” con el Señor “S”. Entre las herramientas obtenidas en la terapia, se pudo observar el aprendizaje del paciente, respecto a la capacidad de poder relajarse de forma autónoma, por medio de técnicas de relajación y respiración, también el paciente pudo incorporar herramientas para evitar quedarse fijado o prendido en sus pensamientos negativos [audio guía de las hojas que caían de un árbol y se iban por un río]; como así también, de poder hacer un auto chequeo, sobre la tensión con la que se podrían encontrar sus músculos, lo que le serviría como indicador para poder pensar en sus posibles estados ansiosos (Registro R103, del día 02/09/19; Registro R116, del día 07/10/19). Cabe aclarar aquí, que la enseñanza y aplicación de estas técnicas, siempre van acompañadas del trabajo psicoterapéutico del Psicólogo, es decir, que las técnicas no son dadas como único recurso de una sesión. El hecho de que se hayan citado muchos casos en los que se vio implicada la técnica de Mindfulness, se debió al gran número de horas en que se pudo hacer observaciones en campo, al momento de realizarse la Práctica Profesional Supervisada. No siendo ésta, la única forma de desarrollar un tratamiento psicoterapéutico que resulte preventivo, en este nivel. Se podría pensar,

además, en que la misma creencia expresada por “Profesional 13” más arriba, aplica también para la Rehabilitación Neuropsicológica. En este sentido, “Profesional 18”, afirma: *“Hay veces en las que solo hay que compensar el problema, cuando ya no puedo generar el aprendizaje de nuevas pautas o de nuevas estrategias y tengo que usar estrategias compensatorias”* (Entrevistada 18 -Neuropsicología-, 12/03/2020). En el caso del Señor “J”, por ejemplo, se encontraban secuelas en la nominación de palabras. Este paciente entendía cada palabra y a qué objeto o cosa estaba asociada, pero no podía pronunciarla por sus propios medios, ni siquiera teniéndola escrita. Aún si veía el dibujo o la imagen de un objeto, incluso reconocido por él, las más de las veces no podía decir el nombre del mismo; o bien si lo hacía, la palabra no se encontraba bien compuesta, como por ejemplo, decir *tenesol* en lugar de tenedor. La solución que le propuso “Profesional 1” [Neuropsicología], fueron estrategias compensatorias, que le ayudarían a su cerebro a encontrar la palabra que buscaba, pero por otros caminos, distintos al que su cerebro lo hubiese hecho de forma habitual en otros tiempos. Ella, además, expresó al paciente lo siguiente:

Vamos a tener que aprender las palabras de memoria. Generar un nuevo vínculo dentro de su cerebro, para poder decir estas palabras; ya que en lo que usted tiene problemas es en el lenguaje, vamos a probar usando la atención y la memoria. (Registro R131, del día 26/11/19).

Entre las actividades desarrolladas con “J”, con este fin, se le mostraron dibujos de objetos de su uso o vista cotidiana, entre ellos: árbol, perro, cuchara, tenedor, plato, silla, entre otros. Ante cada una de estas figuras, la profesional le preguntaba: qué es, cómo se llama y la letra con que empieza. El paciente, por su parte, no pudo expresar palabra alguna, a excepción de *perro*. La Neuropsicóloga, con intenciones de que el paciente pueda ir incorporando y memorizando estas palabras, tomó una de éstas, para ir mostrándole letra por letra y pidiendo que repitiera el sonido fonético para cada una de ellas. Por ejemplo, para la palabra *árbol*, inició mostrándole la letra *a*, a lo que siguió la pronunciación por parte de la profesional y luego, pidiéndole que repitiera este sonido; luego, lo mismo hizo en las subsiguientes instancias, con la expresión *arb*; *arbo*; y *árbol*. Explicando a su vez, que la idea está en ir aprendiendo así, en partes, para que su cerebro pueda ir como aprendiendo en partes también, progresivamente (Registro R131, del día 26/11/19). Por otro lado, cuando se piensa en el

aporte del Psicólogo Clínico en un tercer nivel de prevención, las creencias de los profesionales pueden variar, cuando de niños se trata. “Profesional 18”, así lo relata:

El Psicólogo Clínico, por ejemplo, cuando viene un niño o un adulto, quien sea y trabaja con la familia de esta gente (...), porque ya está instalada una patología y hay que hacer algunas orientaciones, psicoeducación y brindar estrategias a la familia, por ejemplo porque el paciente sólo no puede, aunque esté haciendo su tratamiento. (Entrevistada 18 -Neuropsicología-, 12/03/2020).

Sin embargo “Profesional 6”, si bien considera al tratamiento psicoterapéutico con niños, como una forma de hacer prevención en este nivel, su creencia sobre patologías instaladas en niños es diferente; y expresa: *“ya me llegan casos con algún motivo de consulta o alguna patología muchas veces, no instalada o instaurada, porque cuando son niños hay mucha posibilidad de, no sé si de revertir totalmente, pero sí trabajar muchas cosa”* (Entrevistada 6 -Psicología-, 27/02/2020).

“Profesional 13” resume al abordaje preventivo del Psicólogo Clínico, rescatando el hecho de que dicho profesional *“implementa todos sus conocimientos y su saber, en base al área más psi, a la hora del tratamiento del paciente: acompañamiento, afrontamiento de enfermedad, inclusión de herramientas, pasos a seguir, organización, anticipación, aceptación de la enfermedad”* (Entrevistada 13 -Psicología-, 13/03/2020).

En resumen, se puede observar que las creencias de los profesionales entrevistados, respecto a los aportes del Psicólogo Clínico en Prevención Primaria, refieren a su accionar en charlas, talleres y presunción diagnóstica. En lo referente a la Prevención Secundaria, las creencias de los profesionales apuntan al tratamiento psicoterapéutico, el diagnóstico y la estimulación cognitiva. En el caso de la Prevención Terciaria, los profesionales apuntan al aporte del Psicólogo desde el tratamiento psicoterapéutico, principalmente, y con ello remarcan la psicoeducación, la rehabilitación y la aplicación de técnicas de Mindfulness; así como también, se mencionó a las charlas y el diagnóstico en lo relativo a un tercer nivel.

8.2.4. *Función de Investigación del Psicólogo Clínico: análisis de creencias*

Entre los profesionales entrevistados [Psicólogos; Psiquiatras; Neurólogos y Psicopedagogos], en su totalidad, consideran que los Psicólogos Clínicos llevan a cabo investigaciones en su campo; el 63% [4 Psicólogos, 1 Psicopedagogo, 1 Psiquiatra, 1 Neurólogo], puede reconocer que hay Psicólogos involucrados, en algún proyecto de investigación en la Unidad de Neurociencias. Del porcentaje total de entrevistados, sólo 2 Psicólogas [18%], reconocen participar actualmente en proyectos de investigación en esta Unidad; y una tercera, que considera su participación en investigación, desde su acompañamiento en la formación de alumnos practicantes, que transitan por la institución. De este último porcentaje de los Psicólogos involucrados, sólo dos de ellos [Neuropsicología] realiza este trabajo en conjunto con profesionales de otras disciplinas.

Ante la pregunta a los profesionales, sobre si creían que los Psicólogos Clínicos realizaban algún tipo de aporte, en lo relativo al desarrollo en investigación en esta Unidad, *algunas* de las creencias que aparecieron fueron: *“Sí, creo que sí hacen. Creo que están haciendo un estudio, pero no me acuerdo”* (Entrevistado 19 -Neurología-, 05/02/2020). Otra de las profesionales trae: *“Sí, creo que sí; yo la verdad que por tiempos personales no he podido como sumarme”* (Entrevistada 3 -Psicología-, 28/02/2020); otras observaciones fueron: *“Sí, podría hacer; pero creo que es como potencial. Se podría investigar. No sé si hay algún Psicólogo dedicado a investigar algo ahora, acá”* (Entrevistado 4 -Psicología-, 05/02/2020); también se registró respuestas como: *“Yo no estoy metida en nada de investigación, entonces desconozco. Sé que “Profesional 1” [Neuropsicóloga] está mucho en investigación, pero no sé si han desarrollado algo acá, la verdad desconozco”* (Entrevistada 6 -Psicología-, 27/02/2020).

Si bien y como pueden reflejar los datos antes mencionados, pareciera que la Investigación es una actividad poco concurrida o relevante. No obstante, la realidad demuestra lo contrario, de hecho, la investigación en parte precede a todas las demás funciones desarrolladas por un Psicólogo. Su importancia radica, según una de las profesionales involucradas en esta actividad, en que *“es la única manera de comunicar nuevos métodos, tratamientos y saberes, cuestionar y dialogar sobre otros diferentes (...); aporta conocimiento y herramientas actualizadas y confiables”* (Entrevistada 1 -Neuropsicología-, 24/03/2020). De alguna manera, es lo que permite reconsiderar lo andado,

evaluar el método actual y considerar mejoras o ajustes futuros, bajo la perspectiva de la permanente evaluación de estas actividades y con la intención de mejorar el desempeño terapéutico (Echeburúa et al., 2010). Sea esto pensado en relación a la rehabilitación y la terapia, los diagnósticos y sus clasificaciones, las técnicas utilizadas y sus fundamentaciones o incluso, la prevención en sus tres niveles.

En cuanto al aporte específico de los Psicólogos Clínicos en la Unidad de Neurociencias, una de las Psiquiatras rescata:

La parte de “Profesional 1”, la parte de “Profesional 4”, la parte de “Profesional 13, que son nuestros Psicólogos, es esta cuestión de “qué impacto tiene el estrés para el desencadenamiento de una cefalea”; la intensidad, la duración [de la crisis de cefalea]; si se manejan esos factores, en qué nivel disminuye; los días que dejó de ir a trabajar [paciente]; los días que le dejó de doler la cabeza; los días que pudo salir con su familia, eso se va haciendo e inclusive en la parte de investigación se hace una valoración neurocognitiva al inicio del tratamiento, se hace todo el tratamiento y a los seis meses o al final del mismo, se vuelve a hacer otra valoración; y justamente esos datos hablan de la investigación: cómo fue al principio, cómo fue después del tratamiento, qué parámetros mejoraron, esto está funcionando, esto no está funcionando, todo eso se traspola a una investigación. (Entrevistada 10 –Psiquiatría-, 30/01/2020).

El registro de estos datos, es lo que permitirá a posteriori comprender cómo se vio afectada la persona por su patología, si el tratamiento psicoterapéutico tuvo los resultados esperables que se habían considerado en un principio, si la persona mejoró sus niveles de ansiedad o depresión previos al tratamiento o incluso sus niveles atencionales y de memoria. Para esto, se realizan una serie de test [STAI; Beck: BDI-II; HIT; MIDAS], llevados a cabo por “Profesional 1” [Neuropsicología]; como así, el registro de las devoluciones de los pacientes luego de haber realizado las 8 sesiones de Mindfulness, correspondientes al tratamiento psicoterapéutico llevado a cabo por “Profesional 4”. En palabras del Neurólogo que nuclea a este equipo [Programa de Cefalea], el cual sugiere: *“Estamos en un proyecto de biofeedback, en el cual hay que parametrizar constantes biológicas y ver cómo se modifican con, por ejemplo, Mindfulness”* (Entrevistado 14 -Neurología-, 05/02/20). En cuanto al aporte adicional que considera realizado por “Profesional 1” en este proyecto, comenta:

Ayuda en la formación de los otros miembros del equipo, en investigación. Ella enseña o es capaz de enseñar metodología de la investigación (...). Ahora hace eso [estandarizar los resultados del test de calidad de vida] y tiene el protocolo de estrés y dolor de cabeza [discapacidad que genera la cefalea], que está describiéndolo para el año que viene". (Entrevistado 14 -Neurología-, 05/02/20).

Con esto, se rescatan los aportes de Redondo Alfaro (2013), cuando apunta a la importancia del trabajo conjunto de las distintas disciplinas, en la expansión y amplitud del proyecto investigativo y sus alcances. Pudiendo el Neurólogo, en este caso, tomar conocimiento de los aportes clínicos y teóricos de los profesionales Psicólogos, que le permitirán comprender en qué situación se encuentra su paciente, para qué está preparado, qué haría falta que se trabaje más antes de una intervención médica, entre otras cosas. Un ejemplo de ello, fue el caso de una señora que sufría de migraña desde 20 años atrás y su estado se veía empeorado por sus niveles de estrés:

La paciente comenta: "Soy muy ansiosa, me preocupo mucho. Soy muy exigente conmigo misma. Cuando hago algo que no quiero hacer, al otro día me duele más [la cabeza]". El Neurólogo pasa a explicarle cómo trabaja el Psicólogo de Migrañas, y la importancia de su aporte (...); a su vez le explica que: "...se hacen cosas para trabajar esto y el Estrés. La Noradrenalina se eleva y genera cambios en el cerebro que lo deja más susceptible y le duele más la cabeza. Mientras más estrés, más dolor". (Registro R43, del día 04/06/19).

La propuesta de trabajar con Mindfulness, viene a partir de los registros recabados en esta labor investigativa, donde se ha visto mejoras en los pacientes que han realizado esta terapia, en cuanto a su estado de salud psicológico y médico, por ejemplo, bajando sus niveles de estrés, ansiedad y pudiendo gestionar mejor sus recursos para disminuir sus crisis migrañosas. Entre los objetivos de este trabajo en conjunto, figura no solamente el disminuir las *frecuencias* con que aparecen las crisis, sino también la *intensidad* con la que se presentan.

Entre las actividades que se desarrollan en la Unidad, "Profesional 13" también afirma: *"yo estoy haciendo investigaciones en trastorno del sueño"* (Entrevistada 13 -Psicología-, 13/03/2020). Lo que se busca en esta investigación, es recabar datos sobre cómo se ven afectadas las funciones cognitivas de una persona, cuando padece Apnea del sueño. Por otra

parte, también se registraron aportes de los Psicólogos en investigación, en el pasado, como lo cuenta uno de los Psicopedagogos:

Acá hay muchas Psicólogas que han trabajado mucho con estudios de campo, que han trabajado mucho con investigaciones en estudios de sueño, en estudios de epilepsia (...); “Profesional 13” vino a ocupar un lugar que lo hacía otra persona antes de ella, que empezó con la estimulación neurocognitiva para adultos mayores. (Entrevistado 9 – Psicopedagogía-, 19/02/2020).

Como así también, consideraciones a futuro, como lo que expresa “Profesional 4”: “Yo como Psicólogo dentro del programa de Cefalea, tengo posibilidades de desarrollar mi investigación sobre el impacto de Mindfulness en la percepción del dolor. La posibilidad está, no lo estoy haciendo, lo podría hacer” (Entrevistado 4 -Psicología-, 05/02/2020); o bien, lo que trae “Profesional 10”:

Que el Psicólogo pueda aportar desde su día a día, desde su entrevista con este paciente, el ver de reforzar terapia para los familiares, el hacer la investigación de cuánto afecta esto a los familiares, de cuánto afecta en su vida laboral. (Entrevistada 10 -Psiquiatría-, 30/01/2020).

Como lo revelan las subsecuentes verbalizaciones de los distintos profesionales y como lo demuestra la práctica, el Psicólogo Clínico puede hacer investigación en un extenso abanico de posibilidades y temáticas. Si bien algunas variables pueden complejizar este proceso, ya que “investigar, requiere su tiempo, su preparación, su diseño, sus recursos, gente que tenga el espacio y la posibilidad; y los recursos y la estructura para poder trabajar correctamente en un marco de investigación” (Entrevistado 4 -Psicología-, 05/02/2020); lo cierto es que la observación en campo ha demostrado la factibilidad en este proyecto, como así la evidencia irrefutable de que la corriente psicológica en la que se haya formado un profesional Psicólogo, no es un limitante para ello. Sin embargo, no se puede dejar de mencionar, el hecho de que es una de las funciones menos ejercida en esta Unidad, según lo demuestran las creencias recabadas de sus profesionales.

Como se pudo observar a lo largo de todo este apartado, hay tantas creencias como profesionales entrevistados. Muchas de estas creencias, se vieron fundamentadas desde la propia experiencia clínica de cada profesional, influenciadas por el encuentro con otros profesionales y otras especialidades. En este entramado, cuánto de estas experiencias pudo haber modificado cada camino y forma de pensar, de cada uno de estos profesionales. En efecto, se ha visto en la mayoría de las creencias analizadas, la presencia del Psicólogo Clínico en los distintos ámbitos y su quehacer particular, en cada uno de ellos. Se lo pudo reconocer ya no como un mero instrumentador de técnicas, como el auxiliar que fue en 1953 (Lic. Petit, nota de clase, 2014), sino, como quien asume la responsabilidad de pensar un diagnóstico, de llevar a cabo un tratamiento y en este camino, acompañar al paciente y su familia en su sufrimiento y complejidad emocional; así como quien interpela las teorías y las técnicas investigando, destinando de ese modo, su tiempo y voluntad a la salud de las personas y al progreso en la ciencia. Pero además de todo esto, como un incansable luchador por la salud mental y por hacerse su lugar entre los demás profesionales, en este ámbito.

9. CONCLUSIÓN

Es pertinente marcar una aclaración aquí, sobre los resultados concluidos que en el presente trabajo se han arribado. Los resultados concluyentes, arrojados del análisis de las creencias de los profesionales de esta Unidad, no permiten ser generalizados a otros ámbitos fuera de éste. La muestra considerada para este proyecto, representa una pequeña porción de una población mucho más grande. A su vez, las dinámicas pueden ser diferentes en instituciones Polivalentes en relación a las Monovalentes, de lo cual se pueden recoger datos diferentes en cada caso.

Entre las conclusiones arribadas, luego del análisis de las creencias respectivas a cada una de las funciones, y en lo que confiere a la *función diagnóstica* del Psicólogo Clínico, se *infiere* que las creencias de los entrevistados, apuntan a la idea de que el diagnóstico llevado a cabo por ellos [Psicólogos], se basa en la recolección de los datos necesarios para describir el funcionamiento psíquico de los pacientes. Siendo esto condicionado, a su vez, por la teoría de formación de cada profesional clínico. Asociadas a estas creencias, han aparecido otras en las que muchos de los profesionales entrevistados han coincidido. Se trata del análisis que cada Psicólogo hace, en función de cómo considera que el paciente está funcionando en los distintos ámbitos de su vida, es decir, en lo anímico, lo social, lo conductual y a nivel del pensamiento. Casi la totalidad de los entrevistados [91%], ha coincidido en el hecho que los Psicólogos Clínicos llevan a cabo los diagnósticos psicológicos de los pacientes. En igual cantidad, han convenido en que también ayudan a los demás Profesionales de la Unidad, a llevar a cabo sus diagnósticos; o al menos, a repensar los que ellos habían considerado en un principio. Esto se ha visto representado también, en la Práctica Profesional Supervisada. No obstante y en lo que respecta al diagnóstico comórbido, fue una de las creencias con menor aparición, lo que a su vez se corresponde, con el también bajo nivel de ejecución del Psicólogo Clínico en este punto, en lo observado en la experiencia de Práctica. A su vez, entre las creencias menos consideradas, pero no menos importantes, algunos de los profesionales apuntaron a la *Evaluación Neuropsicológica*, siendo en este caso la experiencia de campo más representativa, que la creencia en sí misma.

Como se mencionó antes, en la Práctica se pudo ver tangibilizada la creencia que sostienen los profesionales, sobre el hecho de que el Psicólogo Clínico hace aportes en lo relativo a los diagnósticos psicológicos que ellos realizan. Estas experiencias se han registrado, en gran medida, en las reuniones de Ateneo y las Evaluaciones Neuropsicológicas;

pero también se registraron, aunque en menor medida, en las Entrevistas de Admisión. La presencia de estas experiencias facilitadoras, tal vez por el carácter Polivalente de la institución, pero también por la flexibilidad de los profesionales para poder abordar y pensar a los diagnósticos de forma conjunta, con los demás profesionales, ha insertado la duda sobre si son *necesarios* estos espacios facilitadores, para el desarrollo del diagnóstico bajo esta modalidad [visión conjunta e integral sobre el paciente]. En vistas del gran beneficio que consideran los profesionales sobre estos aportes, y lo particular o distintivo de pensar al diagnóstico de esta manera, es decir, valorados desde más de un profesional; lo que se propone ser pensado aquí, como consecuencia de ello, es no dejarse condicionar enteramente por las características de los ámbitos donde el profesional se desempeñe. Aún un Psicólogo, en la individualidad de su consulta o bien en la monovalencia de una institución, puede aproximarse a las miradas de los otros, pedir sugerencias y estimar los interrogantes de las demás ciencias. Siempre recordando, que se trabaja en pos de la salud integral de las personas. Así también, es una invitación al trabajo conjunto con estas otras ciencias y la contribución que desde allí se puede hacer, en favor de la salud de los pacientes, al desarrollar diagnósticos comórbidos de patologías correspondientes a otras disciplinas.

Se infiere, de las creencias analizadas y vinculadas con la *función de tratamiento* del Psicólogo Clínico, que la creencia de mayor aparición en las respuestas dadas, por los profesionales entrevistados fue: *Psicoterapia*. Desde las intervenciones asociadas a ésta, se puede inferir y se ha podido observar, que la forma de llevar a cabo una psicoterapia, depende en gran medida de la formación teórica que cada profesional tenga. Respecto a este último punto, algunos profesionales han manifestado su falta de acuerdo. Incluso en la Práctica, se han visto sesgadas ciertas derivaciones, debido a la formación teórica de algunos Psicólogos. Las razones pueden ser muy distintas, a veces se trata que ya se conocen entre los profesionales, por lo que la derivación a tratamiento ya va canalizada, también ocurre, en ciertos casos, a que se cree que la disciplina a derivar es la más indicada para ciertos tratamientos; en otros casos, se debe a que se suelen desestimar como fiables, ciertas teorizaciones psicológicas o incluso por desconocimiento de la ciencia ajena. En cuanto a esto se refiere, su desarrollo y análisis se podrá encontrar precisado al final de la conclusión.

Antes de finalizar las consideraciones, sobre las creencias vinculadas a la función de tratamiento del Psicólogo. Se ha mencionado, por un buen número de los entrevistados, otras

creencias relevantes y asociadas a la de Psicoterapia. Entre ellas, aparece el *acompañamiento* del paciente en su sufrimiento psíquico. También se ha registrado esta creencia, en los tratamientos de Rehabilitación Neuropsicológica. Del mismo modo, muchos de los profesionales han considerado para ambos tipos de tratamientos, el hecho de brindar *herramientas* a los pacientes, por parte del profesional Psicólogo, y con los objetivos de poder flexibilizar pensamientos, conductas, tener un mayor manejo de las emociones y las situaciones. Aún cuando la Estimulación Cognitiva y la Rehabilitación Neuropsicológica no hayan sido creencias muy mencionadas por los profesionales, en lo relativo a esta función, en la Práctica se ha podido observar una gran actividad en estas formas de tratamiento, por parte de los Psicólogos. Entre las enseñanzas dejadas por el proceso de la Práctica, en infinidad de ocasiones ha quedado demostrado, que el aporte que puede hacer cada profesional Psicólogo desde su corriente, ha confirmado su utilidad pertinente y específica para los casos que se han abordado. En este sentido, también se ha podido registrar la necesidad de especialización teórica específica, para cada forma de abordaje. En cuanto a esto, ¿se podría considerar a la formación de grado como suficiente, para el ejercicio de cualquier tipo de tratamiento psicológico?; ¿y en lo que a las distintas corrientes refiere? Probablemente se encuentren muchas dificultades en responder esto, ya que existe un gran número de corrientes psicológicas desarrolladas. En este sentido, se entiende también, que existe un camino de formación posterior a la carrera de grado. No obstante, se invita a pensar a los lectores, en qué beneficios podría traer el ampliar la currícula, de la carrera de grado en Psicología; y por qué no, el fomentar el diálogo más asiduo entre las corrientes. Incluso y aunque parezca contradictorio, y en vistas de lo observado en la Práctica, qué beneficios podría conllevar el egresar con un título de grado, que habilite abordajes desde el rol del Psicólogo, más limitados pero también más específicos. Estos, son solo interrogantes que surgen a partir de todo el proceso de práctica y sistematización, de una institución que invita no sólo a las distintas ciencias, sino también a los Psicólogos formados en distintas corrientes teóricas, para aunar los saberes e intercambiar los datos; de lo que aparece la duda, de si lo mismo ocurre en las instituciones formadoras. Si bien se entiende que las universidades no podrían abordar todas las perspectivas posibles, en tan sólo cinco o seis años. No obstante, sería interesante pensar la idea, de fomentar el diálogo entre profesionales formados en distintas corrientes, desde los primeros años de formación de los estudiantes. Esto, en miras de ofrecer tratamientos y

abordajes más integrales para las personas.

Aún cuando se ha remarcado, sobre esta Unidad, el hecho de la presencia de los Psicólogos con distinta formación y que se desenvuelven en diferentes modalidades de trabajo, no obstante se podría sugerir para esta institución, el incorporar otros profesionales Psicólogos, que desarrollen otro tipo de abordajes distintos. Algunos de los profesionales que actualmente se encuentran allí, han referido a la posibilidad de integrar profesionales orientados en terapia de grupo, de pareja; a su vez, han considerado Psicólogos Clínicos que puedan llevar a cabo la logística de los equipos de tratamiento. Lo cierto es, que los Psicólogos son cada vez más necesarios y cuentan con una gran diversidad de ámbitos en los que adaptarse.

Según las creencias analizadas en los entrevistados de la Unidad de Neurociencias, se puede inferir de las mismas, que el aporte de los Psicólogos Clínicos que ellos consideran en lo relativo a un *primer nivel de prevención*, ha circundado sobre el desarrollo de charas y talleres prioritariamente. Si bien se las ha referido a distintos ámbitos y con distintos objetivos, se ha visto una recurrencia en la intención de favorecer, con las mismas, a una mejor calidad de vida en los usuarios y con ello, prevenir el posible desarrollo de ciertas patologías: mentales, afectivas y de orden biológico-cerebral. No obstante, actualmente en la Unidad de Neurociencias, son pocos los profesionales de la Psicología involucrados en este quehacer.

En lo que confiere a un *segundo nivel de prevención* y los datos sobre las creencias recabados allí, se puede concluir que la *Psicoterapia* aparece, como uno de los aportes preventivos [llevados a cabo por un Psicólogo Clínico] de mayor reiteración en los profesionales entrevistados. Entre las creencias asociadas a la psicoterapia como aporte, la mayoría de los profesionales que pudieron rescatarla en este nivel, apuntaron a su utilidad, en tanto forma de prevenir que se desencadene a futuro un cuadro patológico propiamente dicho. Por otro lado, pocos profesionales han podido rescatar al diagnóstico como forma de prevención.

Según se infiere de las creencias expresadas por los entrevistados, en cuanto a los aportes de los Psicólogos en un *tercer nivel de prevención*, la creencia que más se ha repetido por éstos, fue la de la *psicoterapia*. Muchos de ellos han coincidido en la importancia de ésta, como forma de ofrecer herramientas al paciente, ya sea desde la corriente particular de cada

uno, pero con el objetivo de mermar la dolencia subjetiva del paciente o de evitar prolongaciones o recurrencias de sus sintomatologías. En menor medida, se ha acogido a la Rehabilitación Neuropsicológica, siendo por el contrario una de las formas de prevención que se ha visto gran cantidad de veces plasmada en la Práctica.

A la vista de estos datos recabados, tanto desde las entrevistas como desde la Práctica, se puede aseverar que en la actualidad y en esta Unidad de Neurociencias, donde el Psicólogo Clínico menos intervención práctica tiene, es en un nivel de Prevención Primaria. Si bien se desconoce que esto pueda también verse reflejado en otras instituciones, podría ser éste un buen tema para futuras investigaciones. La pregunta surgida desde aquí es, ¿por qué actualmente es un ámbito tan poco explotado por los Psicólogos de esta Unidad?, ¿a caso no sería ésta una forma de frenar y de forma económica, la posible aparición de sintomatologías que con su prolongación y cronicidad, llevaran al desarrollo de un trastorno psicológico?; o al menos la posibilidad de aprender a gestionar mejor los recursos personales, con el fin de conseguir una mejor calidad de vida para la persona. Cada lector podrá hacer sus inferencias personales ante esta situación, no obstante, desde el presente trabajo, se invita a los profesionales de la salud y a quienes devengan como tal, a unirse entre las ciencias con el fin de aportar información, tranquilidad y conocimiento a las personas, sobre las características y síntomas de los trastornos; y sobre las posibles formas de tratarlos o prevenir su aparición, en un primer nivel de prevención. Es un hecho, además, que desde la carrera de grado no se suele formar a los futuros profesionales, en esta materia de un modo específico; es decir, que se aprende generalmente sobre Prevención, cuando los recién recibidos se integran al conocimiento de otras instituciones, otros campos y en sus posteriores formaciones. Es una invitación, entonces, a pensar sobre este punto y sobre los beneficios irrefutables que de esto se deriva, no solo y principalmente en lo relativo a la salud y el bienestar de las personas en su salud psíquica, sino también en el ámbito de lo económico y si en términos de instituciones de salud pública se refiere. En cuanto a esto, se puede adjuntar además, la posibilidad de pensar a los Psicólogos como trabajadores en Atención Primaria de la Salud. Promoviendo de esta manera, tanto una Prevención Primaria como Secundaria en los usuarios, siendo en este último caso, la derivación pronta y adecuada o la psicoeducación, motores preventivos en sí mismos. En lo relativo a un tercer nivel de prevención, como sugerencia, se invita a los profesionales formados en Neurociencia, a crear nuevos talleres y charlas, que permitan la

obtención de información, la sociabilización, el acompañamiento y la ralentización del deterioro cognitivo en los pacientes afectados. Con el plus que del vínculo con él y los otros, se deriva.

Se concluye del análisis de las creencias de los profesionales entrevistados, en función de la participación del Psicólogo Clínico en lo relativo a su *función de investigación*, que la creencia y supuestos en cuanto a que el Psicólogo Clínico, en esta Unidad, hace aportes a la investigación [63%], es numéricamente y estadísticamente más significativa que lo que realmente se pudo evidenciar en la Práctica, sobre su participación. El 36% del total de los entrevistados, afirma desconocer el tipo de prácticas que se pudiera estar desarrollando por los Psicólogos en este punto; y un 27% reconoce aportes específicos, que el Psicólogo lleva a cabo en este ámbito. Incluso, entre los datos recabados, ciertos profesionales han considerado la participación de algunos Psicólogos en investigación, pero no siendo considerado así, por esta contraparte.

Surge el interrogante, acerca de que esta sea la función menos ejercida y más en desuso por los profesionales Psicólogos, aún cuando se reconoce los datos concluidos en este trabajo, como un pequeño recorte de lo que pueda suceder en la realidad. Por otra parte, a qué se debe que las profesionales que reconocen actualmente estar llevando a cabo investigaciones, en esta Unidad, sean Psicólogas Clínicas con formación en Neuropsicología. ¿A caso se podría pensar que hay ciertas creencias subyacentes o preconcepciones compartidos, al menos por ciertos grupos, en lo que respecta al desarrollo en Investigación, asociada más a ciertas corrientes teóricas?; y si se piensa sobre lo ya planteado por Caro Gabalda (2009), en “Perspectiva Teórica”, en cuanto que los “sistemas de creencias están constituidos socialmente” (p.21); e influenciados, a su vez, por un contexto temporo-espacial, podríamos entonces cuestionar la posibilidad, o no, de cuánto de lo que se transmite y qué se transmite, en el proceso de formación del Psicólogo Clínico, pueda estar interviniendo en su proyecto profesional. En este sentido y si se piensa en los inicios de la formación, como lo es la carrera de grado, ¿hay funciones del Psicólogo a las que se le esté dando mayor prioridad o fomentando más que a otras?, por qué en ocasiones aparece casi como escindida, la Investigación, dentro de las posibles funciones del Psicólogo Clínico. No obstante, no se busca aquí dar la respuesta a esto, ya que podría verse muy sesgada por el hecho de que existen otros factores de influencia. Es decir, se entiende y se reconoce que además de las

creencias individuales y grupales que puedan coexistir, también hay una realidad que subyuga o atraviesa a los Psicólogos Clínicos, y es el hecho de las grandes limitaciones que aún se encuentran en el ámbito de la investigación. Entre ellas, se pueden citar la baja rentabilidad económica, la cantidad de recursos requeridos para llevarla a cabo: profesionales con la formación específica, gran número de horas, instrumentos para la recabación de datos, entre muchas otras. Aún así, la importancia del Psicólogo Clínico en el desarrollo y la promoción de esta función, es de absoluta importancia; es lo que permitirá implementar en la práctica aportes actualizados y ofrecer, de esta manera, diagnósticos, tratamientos y prevenciones más precisas y adecuadas para los pacientes. De alguna manera, en el presente trabajo, esto es lo que se propone como algunas de las propuestas posibles. El hecho de que el Psicólogo Clínico, siempre se verá interpelado por un deber ético y moral en su profesión, lo que lo insta a pensar en cuánto de su voluntad está destinando, a esta función. También es una invitación, para los profesionales de la Unidad de Neurociencias y para los profesores que transitan las aulas de la Universidad Católica de Córdoba; una invitación a seguir fomentando y actuando en los desarrollos en investigación, que fue lo que en los inicios, le permitió al Psicólogo y a la sociedad, tener esta profesión.

Con la intención de dar cierre a este proyecto, se volverá a considerar el punto sobre el cual algunos profesionales, a través de sus creencias y conductas, han mostrado sus acuerdos y desacuerdos con algunas corrientes psicológicas. En algunas oportunidades, se ha podido observar cómo estas creencias influían a la hora de efectuar una derivación a estos profesionales [Psicólogos]. Viéndose, así también condicionado, el futuro tratamiento. En esta línea, a lo largo de todas las entrevistas y de las observaciones en la Práctica Profesional Supervisada, se pudieron detectar creencias y conductas, que permitieron inferir la idea de que para algunos profesionales, algunas teorías psicológicas resultaban más eficaces por sobre otras. Aún cuando existen algunos estudios de investigación que avalan este hecho, en la Práctica se ha evidenciado que cada profesional Psicólogo, hacía aportes específicos y necesarios para ciertos abordajes, y que resultaban exclusivos de su teorización específica. ¿Son entonces reemplazable una corriente por otra o se trata de saberes específicos y distintos? La lucha por qué corriente resulta más eficaz o mejor, se la ha podido observar incluso en ámbitos distintos a los de esta Práctica. En vistas de lo demostrado en esta experiencia de campo, a lo que se suma las necesidades o elecciones diversas de cada paciente

en particular, que muchas veces pueden no coincidir con las creencias previas de los profesionales, sobre el abordaje que ellos consideran mejor para los mismos; entonces, es sobre qué teoría es mejor que otra, que los profesionales se tienen que interrogar, ¿es responsabilidad, entonces, de la teoría psicológica? Posiblemente este hecho, al menos en el corto o mediano plazo, no se resuelva. Pero lo que sí puede prevalecer, es el hecho de cómo se puede ver determinada una derivación, condicionado un tratamiento a partir de una derivación y las conductas que los profesionales lleven a cabo, en función de creencias previas, más o menos rígidas. Entonces bien, ¿es una alternativa el cuestionar estas creencias, a veces rígidas, que cada uno como profesional pueda tener, acerca de creer que un paciente necesita un diagnóstico o tratamiento desde una corriente determinada, porque encuentre dificultades en adaptarse a lo que el paciente pueda necesitar? El punto es, si merece la pena seguir insistiendo en este fin o bien, si lo relevante está en poder ver qué necesita el otro verdaderamente y poder ayudarlo en ese sentido. Es una opción, no obstante, poder dejar la posibilidad de atender a este tema en futuras investigaciones.

Aunque la propuesta y los interrogantes fueron otros, no se ignora el hecho de que ciertas derivaciones se vean dirigidas a ciertas corrientes o Psicólogos con formaciones específicas, con el fin de un tratamiento específico para pacientes con patologías de los cuales se podrían ver muy beneficiados. En este sentido, se alienta a profesionales que cuestionen sus propias creencias rígidas o prejuicios en base a ciertas teorizaciones psicológicas, pero también a profesionales criteriosos, donde sus derivaciones se vean promovidas por un juicio clínico de sensatez y experiencia previa, en miras del mejor tratamiento, diagnóstico o ayuda posible para el paciente en cuestión.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas

- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80512213>
- Beck, A. & Haigh, E. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Reviews*. Recuperado de <https://beckinstitute.org/wp-content/uploads/2015/10/Generic-Cog-Model-article.pdf>
- Buendía, J. (1999). *Psicología clínica. Perspectivas actuales*. Madrid, España: Pirámide.
- Caplan, G. (1980). Un modelo conceptual de la prevención primaria. En Paidós (Ed.), *Principios de psiquiatría preventiva* (pp. 43-71). Recuperado de <https://filadd.com/doc/2-caplan-1980-principios-de-psiquiatria-preventiva>
- Caro Gabalda, I. (2009). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Carpintero, E. & Vainer, A. (2009). El Cordobazo: Los psicoanalistas y la política. *Topía*. Recuperado de https://www.topia.com.ar/articulos/los-cambios-culturales-y-sociales-en-la-d%C3%A9cada-del-sesenta-y-el-auge-del-psicoan%C3%A1lisis-en-#_ftn2
- Dagfal, A. (2013). Breve historia de la Psicología en Argentina (1896 - 1976). *Módulo 4*, 1-15. Recuperado de http://www.elseminario.com.ar/modulos/modulo_04_1_2013.pdf
- Dagfal, A. (2014). La identidad profesional como problema: el caso del “Psicólogo-Psicoanalista” en la Argentina (1959-1966). *Psicología em Pesquisa*, 8(1), 97-114. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201400010010>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798006>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (s/f). Día Nacional del Psicólogo. Recuperado de <http://www.fepra.org.ar/feprav3/node/305>

- Ferrezuelo, P. (1985). Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña. *Papeles del Psicólogo*, 20. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=222>
- Garcés-Vieira, M. V., & Suárez-Escudero, J. C. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Ces Medicina*, 28(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v28n1/v28n1a10.pdf>
- Gentile, A (1997). El primer congreso argentino de psicología. 1954. *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, 3(1/2), 159-173. Recuperado de <https://filadd.com/doc/121-gentile-a-1998-el-primer-congreso-argentino-de-1>
- González Aguirre, A. (2012). Regreso a la democracia (1983-1989). En González Aguirre, A. *Tejiendo tramas de la memoria: Aportes a la construcción de la identidad del colectivo de psicólogos de Córdoba* (pp. 169-196). Córdoba Capital: Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C & Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación*. Distrito Federal, México: McGraw-Hill.
- Jara, O. (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. [Entrevista]. *Decisio*, 67-74. Recuperado de http://www.cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf
- Lavalle Cabello, R. A. (2017). *La neuropsicología y su relación con la perspectiva del psicólogo clínico* (Tesis de grado). Universidad Católica de Córdoba, Córdoba Argentina.
- Ley No. 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- Ley No. 7.106. Boletín Oficial de la República Argentina, Córdoba, Argentina, 27 de Septiembre de 1984.
- Mateer, C. A. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 21, 11-20.

- Pascual Llobell, J., Frías Navarro, M. D., Monterde i Bort, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808701.pdf>
- Paúl-Lapediza, N., Bilbao-Bilbao A. & Ríos-Lago M. (2011). Rehabilitación neuropsicológica. En J. Tirapu-Ustárriz; M. Ríos & F. Maestú (Eds.), *Manual de Neuropsicología* (pp. 477-501). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/270822798_Rehabilitacion_Neuropsicologica
- Redondo Alfaro, D. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Wímbli*, 8(1). Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-RolDelProfesionalDePsicologiaEnAtencionPrimariaDeL-4942674%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-RolDelProfesionalDePsicologiaEnAtencionPrimariaDeL-4942674%20(3).pdf)
- Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva de los trastornos de ansiedad. En Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad* (pp. 25-63). Buenos Aires: Polemos.
- Ruiz Fernández, M. A., Díaz García, M. I. & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Stagnaro, J.C. (2006). Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Frenia, Tendencias* (6), 7–37.
- Vainer, A. (septiembre de 2009). Los desaparecidos de la Salud Mental [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/los-desaparecidos-de-la-salud-mental>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana, Actualización XXXIII*(1). Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>