

Vega, María Guadalupe

**La construcción de la alianza
terapéutica durante el proceso de
evaluación neurocognitiva infantil
en una unidad de neurociencias**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Psicóloga**

Directora: Castro Zamparella, Tatiana

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 una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*“La construcción de la alianza terapéutica durante el proceso de evaluación
neurocognitiva infantil en una unidad de neurociencias”*

Autora: Vega María Guadalupe

Directora: Lic. Castro Zamparella Tatiana

Año 2023

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi familia, mi mamá Mary, mi papá Walter y mis hermanos Rodrigo e Ignacio, quienes estuvieron para mí desde el primer día que decidí comenzar esta hermosa carrera. Acompañándome y ayudándome con todo lo que podían, dándome aliento en los momentos que más lo necesitaba y alegrándose, a veces, hasta más que yo con los logros obtenidos.

Agradecerles también a mis compañeras Vane, Emi y Coni, las amigas incondicionales que me dio la facu, con las que compartí y viví muchos momentos de nervios, tensión y estrés, pero también muchas alegrías y risas. Gracias por no soltarme la mano en ningún momento y haberme dado esos empujoncitos que me ayudaron a continuar cuando ya estaba cansada. Gracias Agus e Ine, por ser tan buenos conmigo y por estos 5 años de sincera amistad. Fue un placer coincidir en esta carrera con ustedes, mis futuros colegas.

También quiero agradecer a mi referente y directora, quien me guio y acompañó en este último pero tan importante trayecto de mi carrera, gracias Tati por tu calidez, paciencia y compromiso.

Por último, quiero agradecer a mis nonos, mis hermosas madrinas y mi prima, quienes a pesar de ya no estar aquí físicamente, sé que siempre estuvieron presentes y de alguna manera me lo hicieron saber. Gracias por haber sido parte de mi vida, siempre los recordaré.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	6
2.	CONTEXTO CLÍNICO	8
3.	CONTEXTO INSTITUCIONAL	13
4.	EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	17
5.	OBJETIVOS	19
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	20
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
6.	PERSPECTIVA TEÓRICA.....	21
6.1	NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL	22
6.2	ALIANZA TERAPÉUTICA.....	23
6.3	ACTITUD TERAPÉUTICA	26
7.	MODALIDAD DE TRABAJO	29
7.1	CARACTERÍSTICA DE LOS SUJETOS	30
7.2	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
7.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
8.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	32
8.1	RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	33
8.2	ANÁLISIS Y SÍNTESIS	39
	FACTORES DE UNA ALIANZA TERAPÉUTICA BENEFICIOSA	44
	ACTITUD CLÍNICA.....	53
9.	CONCLUSIONES.....	57
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

ÍNDICE DE SIGLAS

OMS= Organización Mundial de la Salud

TEA= Trastorno de Espectro Autista

CI= Coeficiente Intelectual

WISC= Escala de Inteligencia de Wechsler para niños- V

NEPSY = Evaluación Neuropsicológica del desarrollo

PROLEC = Batería de evaluación de procesos lectores de los niños de educación primaria

MOCA = Test de Evaluación Cognitiva Montreal

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se origina a partir de las actividades realizadas dentro del marco de la cátedra Prácticas Profesionales Supervisadas, correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. Dicha práctica se llevó a cabo, desde un enfoque clínico, durante el año 2022 en el Instituto Conci Carpinella.

Este proyecto de sistematización de la práctica es un reflejo de la observación y participación dentro de los diversos espacios habilitados por la institución; dando como resultado el eje a sistematizar. El cual es: La construcción de la alianza terapéutica durante el proceso de evaluación neurocognitiva infantil en una Unidad de Neurociencias.

Entre las actividades realizadas en la institución se encuentran: las entrevistas de admisión a salud mental, evaluaciones neurocognitivas, taller de cefalea, sesiones de psicoterapia infanto juvenil, sesiones de neurología, taller de estimulación neurocognitiva, clases teórico- prácticas de terapia cognitivo conductual y la participación en las reuniones interdisciplinarias del equipo de salud mental.

El trabajo se dispuso de la siguiente manera: en el siguiente apartado se presenta una breve descripción del contexto de la práctica, es decir el contexto clínico, continuando con el contexto institucional donde fue llevada a cabo. Posteriormente se presenta el eje de sistematización junto con los objetivos generales y específicos en relación al mismo. Siguiendo con la perspectiva teórica donde se exponen los principales conceptos teóricos que lo sustentan. Continuando con la metodología de trabajo y los instrumentos implementados para conseguir los datos, junto a las consideraciones éticas que se han tenido en cuenta. Posteriormente, en el apartado de análisis de la experiencia, se puede encontrar, la recuperación del proceso vivido, que es una pequeña reseña de la experiencia de la práctica y el análisis de sistematización de esa vivencia. Finalizando con las conclusiones, como resultado de todo el proceso y la referencia bibliográfica.

2. CONTEXTO CLÍNICO

La Psicología clínica es un campo relativamente nuevo que se encuentra en continua transformación. Es un área de la Psicología cuyo origen data en 1896 con la fundación de la primera clínica psicológica de la mano de Lightner Witmer en su laboratorio de Leipzig. A pesar de ello, la psicología clínica no aparece como tal hasta 1940 aproximadamente obteniendo su mayor apogeo con la Segunda Guerra Mundial debido al gran número de personas que demandaban atención psicológica, por lo que el rol del psicólogo clínico adquiere mayor importancia al ser incorporados de forma masiva en los hospitales militares. Antes de eso, la tarea de los psicólogos era desarrollar, estandarizar y aplicar los test psicológicos con el fin de estudiar los desórdenes de la personalidad, lo cual fue el punto de partida de dicho ámbito (Buendía, 1999).

Desde ese entonces, la psicología clínica se encuentra en continua transformación tanto a nivel académico como profesional (Sánchez Escobedo, 2008). Las funciones del psicólogo clínico han ido evolucionando de una manera irregular ya que se trata de un campo compuesto por variadas teorías y procedimientos, lo cual requiere de una actualización y renovación constante por parte de los profesionales. La formación en el ámbito clínico supone la adquisición de conocimientos sobre el funcionamiento psicológico, como así también de los métodos que pueden utilizarse para llevar a cabo evaluaciones, tratamientos y actividades de investigación y valoración (Buendía, 1999).

Sánchez Escobedo (2008) afirma que, la evaluación, el tratamiento psicoterapéutico y la investigación son los tres aspectos más relevantes en la formación del psicólogo clínico. Sin embargo, no debemos olvidar las tareas de promoción y prevención de la salud mental, como así también la educación de los futuros profesionales.

La psicología clínica está centrada en el ámbito de la salud, dirige su atención a la patología mental, pero también atiende aquellos casos en los que el bienestar y el desarrollo de la persona se ven afectados por situaciones cotidianas y esperadas en la vida de los sujetos, con el objetivo de que cada paciente pueda “lograr una mejor adaptación conductual, afectiva y satisfacción personal” (Sánchez Escobedo, 2008, p. 4).

En este sentido, el psicólogo clínico puede desempeñar su tarea en instituciones de salud, ya sean de carácter público o privado, como hospitales, clínicas y/o sanatorios (polivalentes o monovalentes), como así también hacerlo de forma autónoma dentro de su consultorio privado, de manera individual y/o trabajando interdisciplinariamente.

Dicha actividad se encuentra regulada, a nivel provincial, por la Ley N° 8.312 la cual adjudica como persona de derecho pública no estatal al Colegio de Psicólogos de la

Provincia de Córdoba, conformada por profesionales psicólogos matriculados, quienes tienen la responsabilidad de hacer respetar los derechos de los psicólogos y controlar que los mismos profesionales trabajen bajo las normas legales y éticas establecidas. A nivel nacional, se encuentra la Ley N° 23.277 de Ejercicio profesional de la psicología, la cual, al respecto menciona en su Artículo n° 2 lo siguiente:

Se considera ejercicio profesional de la psicología, a los efectos de la presente ley, la aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y técnicas específicas en:

- a) El diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas;
- b) La enseñanza y la investigación;
- c) El desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designaciones de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales;
- d) La emisión, evacuación, expedición, presentación de certificaciones, consultas, asesoramiento, estudios, consejos, informes, dictámenes y peritajes.

Con respecto al primer punto, se considera que es importante destacar y ampliar el concepto de salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido el bienestar mental dentro de la definición de salud, refiriéndose a esta como “... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (2001, p.1). Y ha definido a la salud mental de la siguiente manera:

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (OMS, 2022, Salud mental: fortalecer nuestra respuesta).

De esta manera, se podría decir que la salud mental es una parte integral de la salud, es más que la ausencia de enfermedades y de trastornos mentales, y está

íntimamente relacionada con la salud física y la conducta. Sumado a que, como indica la OMS (2022) es un “derecho humano fundamental.”

En este sentido, dicha organización hace énfasis en cuanto a la promoción y protección de los derechos humanos y al empoderamiento de las personas que padecen algún tipo de afección mental, ya que consideran que dichos sujetos son o pueden ser vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos, también se promueve el trabajo interdisciplinario, donde se pueda tener una mirada más holística del sujeto y su situación.

En nuestro país, gracias al cambio de paradigma, el modelo médico hegemónico con perspectiva biologicista que predominaba al principio, y desde el cual se atendía y trataba de manera ineficaz a los sujetos que experimentaban un padecimiento mental fue reemplazado por el modelo comunitario de Salud Mental.

Esto produjo un cambio en la legislación y el 25 de noviembre del 2010 fue sancionada la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. La misma aborda los padecimientos y sufrimientos mentales desde una perspectiva de Derechos Humanos, en la que se valoran la vida y dignidad de la persona, su libertad de tomar decisiones con respecto al tratamiento y el derecho a acceder a la atención de la salud mental y gozar de bienestar mental. Dicha ley también contempla a aquellos sujetos con uso problemático de sustancias.

Dos puntos importantes a destacar de la nueva Ley de Salud Mental son: la desmanicomialización, prohibiendo la creación de nuevos manicomios y neuropsiquiátricos públicos o privados y colocando a la internación como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo” (Ley 26.657, Art. 14), en caso de que una persona con padecimiento mental requiera ser internada, lo hará en un hospital general; y la internación voluntaria, permitiendo que la persona decida por sí misma si desea y está de acuerdo en continuar su tratamiento de manera hospitalizada o no, siempre y cuando no exista un riesgo cierto e inminente contra sí mismo o para terceros.

En este sentido, si bien todas las ramas de la psicología van a tener esta mirada, humanista y holística, poniendo el foco en la salud y no en la enfermedad del sujeto, teniendo en cuenta su historia, su contexto, como así también sus fortalezas y debilidades, entre los diversos factores de protección y de riesgo que podemos encontrar. Para Berenstein (1982) la actitud clínica, es lo que caracteriza y distingue al psicólogo clínico de las otras ramas. Este autor lo define como la capacidad del psicólogo clínico de

transformar los conocimientos provenientes de la investigación en beneficio de la persona que se está tratando, con la intención de poder entenderla y ayudarla con sus problemas.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Práctica Profesional Supervisada se realizó en la Unidad de Neurociencias del Instituto privado Conci Carpinella, en la ciudad de Córdoba Capital. Dicha institución fue fundada en 1968, sus creadores comenzaron realizando únicamente trabajos relacionados al Diagnóstico por imagen, esta mirada con los años y gracias a la incorporación de nuevos profesionales y a los avances tecnológicos se fue ampliando hasta llegar a adquirir su carácter polivalente.

En 2018 el “Centro Integral de Neurociencias Almenara” fue vendido al Instituto Conci Carpinella, dejando de ser un ente tercerizado y adquiriendo el nuevo nombre de Unidad de Neurociencias.

Actualmente, la institución cuenta con siete Unidades Integrales de Atención, que son: Unidad de Diagnóstico por Imagen, Unidad de Cirugía Ambulatoria, Unidad de Medicina para la Mujer, Unidad de Laboratorio, Unidad de Gastroenterología, Unidad de Especialidades Médicas y la Unidad de Neurociencias, además de Circuitos Médicos y Programas de Atención Integral.

La sede central se encuentra ubicada en la calle Urquiza 358, donde funcionan en cada uno de los pisos, las diferentes unidades que componen la institución. En el tercer y quinto piso de dicho establecimiento se encuentran las áreas de Medicina y Electrofisiología de la Unidad de Neurociencias, las cuales brindan atención en Neurología y Neurocirugía como así también la realización de estudios de Potenciales evocados, Electroencefalograma (EEG), Video EEG y Polisomnografía. Por otra parte, la tercera área que compone esta unidad, el área de Salud Mental, desde octubre del 2022, se encuentra funcionando en la calle Mariano Fragueiro 232 y está compuesta por: Psicología, Psiquiatría y Neurología especializada en Cefalea.

Al equipo de salud mental lo integran psiquiatras, psicólogas y neuropsicólogas. Y los servicios brindados son: taller de cefalea, taller de estimulación cognitiva para adultos mayores, tratamiento psicológico y psiquiátrico, valoraciones cognitivas para personas de la tercera edad, adultos, adolescentes y niños.

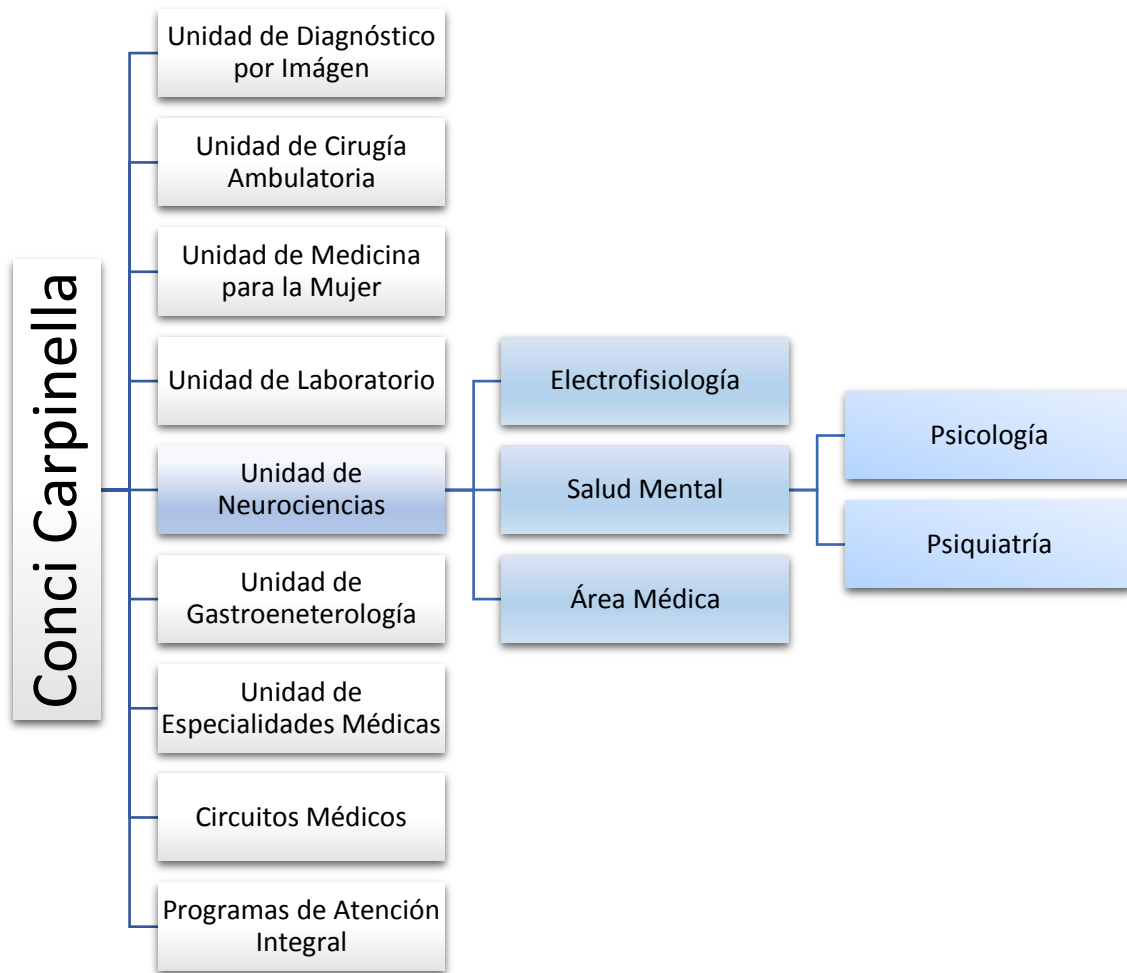
Su visión es convertirse en una “institución de salud integral, líder en la cercanía con el paciente...” y su misión los define como “un equipo que cuida personas” poniendo foco no en las dolencias, sino en cada persona, sin considerarla como un caso aislado o un caso más, interviniendo a partir de una escucha empática que permita construir un nuevo modo de hacer salud, sosteniendo los valores de “calidad, calidez y trabajo en equipo” que están desde sus comienzos (<https://concicarpinella.com.ar/>).

Con respecto a esto, desde Conci Carpinella se trabaja con la Metodología Pígalión, la cual tiene como eje central “el creer y apostar al trabajo en equipo, por encima del rendimiento individual, al diálogo y la construcción de la realidad basados en la mejora continua como centro de gestión” (RRHH, Conci Carpinella). Y agregan que las claves de esta metodología son:

- La realidad se construye entre todos, porque no existe una única realidad.
- Se debe escuchar primero y opinar después.
- De los errores y desacuerdos se construye el aprendizaje.
- El equipo es más y mejor que cada una de las partes.
- El modo de evolucionar y desarrollarse es a través del cambio.

Para concluir, se presenta el organigrama de la institución (ver Figura 1), el cual es un corte de las unidades que lo conforman ampliándose en la Unidad de Neurociencias. El mismo fue realizado en conjunto con la referente institucional y a partir de la información brindada por el departamento de Recursos Humanos.

Figura 1: organigrama general de la institución



4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

A partir de la realización de la práctica profesional supervisada dentro de la Unidad de Neurociencias surgen interrogantes productos de la observación en los diferentes espacios habilitados desde la institución, los cuales dan lugar al eje: “La construcción de la alianza terapéutica durante el proceso de evaluación neurocognitiva infantil en una Unidad de Neurociencias.”

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la construcción de la alianza terapéutica durante el proceso de evaluación neurocognitiva infantil en una Unidad de Neurociencias.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar las intervenciones del evaluador durante todo el proceso de evaluación.
- Identificar los factores que influyen en la construcción de una alianza terapéutica beneficiosa.
- Caracterizar la actitud clínica y metodología de acción del evaluador.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1 NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL

Como se expresó anteriormente, la psicología clínica está en permanente evolución, es un campo compuesto por diversas teorías, cada una con un modo de abordaje particular, que exige a los profesionales, estar en un constante proceso de actualización de sus conocimientos.

En este sentido, la Neuropsicología es la rama que se encarga de estudiar el funcionamiento neurológico en relación al comportamiento de la persona. Se pueden diferenciar dos variantes de neuropsicología: la neuropsicología básica, que estudia la relación conducta- cerebro en personas sanas con la intención de comprender cómo se dan los procesos mentales y la neuropsicología clínica, que estudia los efectos que tiene el daño cerebral sobre el comportamiento de la persona, siendo ésta la modalidad más extendida (Portella, 2007).

Con respecto a esto último, la autora Arrebillaga (2016) relaciona la estructura cerebral que presenta un adulto y un niño, tratándose en el primer caso de una estructura madura, a diferencia del cerebro del infante, el cual se encuentra aún en vías de desarrollo y organización, siendo los factores contextuales, genéticos, biológicos y madurativos, determinantes en el desarrollo del psiquismo. “... es decir, el cerebro del niño no es el de un adulto inmaduro, pues tiene sus propias características” (Ardila & Rosselli, 2007, p.199).

Por lo tanto, se la distingue y define a la Neuropsicología Infantil como la neuropsicología del desarrollo encargada de estudiar y atender la relación conducta-cerebro infantil en cada una de las etapas de desarrollo (Ardila & Rosselli, 2007), es decir, “... a diferencia del adulto, estamos ante un sistema nervioso en vías de organización donde el aprendizaje y la plasticidad son pilares desde los cuales “el terapeuta” tiene que sustentar la propuesta de intervención” (Arrebillaga, 2016, p. 18).

En relación a esto, durante el desarrollo de un niño existen distintas etapas, cada una representando un grado mayor de madurez, las cuales además, dan cuenta de un funcionamiento normal del cerebro. Los parámetros de adquisición y desarrollo servirán como referencia para detectar y alertarnos de cualquier aspecto o comportamiento que denote cierta disfuncionalidad.

Actualmente existe una gran diversidad de dispositivos que permiten evaluar el funcionamiento de diversos procesos como la atención, memoria, funciones ejecutivas, entre otras.

Como se expuso anteriormente, la psicología clínica tuvo como punto de partida el desarrollo y la aplicación de test psicológicos con el fin de estudiar personas con disfunción cerebral o desórdenes de la personalidad (Buendía, 1999). “La evaluación neuropsicológica tiene sus raíces en la neurología y la psicología” (Kolb & Whishaw, 2017).

Los primeros profesionales que diseñaron las pruebas, en un principio, estaban convencidos de que podrían construir una única evaluación que les permitiera poder diferenciar, a partir de un punto de corte, a los pacientes con daño cerebral de aquellos que no lo tenían. En este sentido, los problemas eran atribuidos a un componente orgánico sin pensar en un trastorno funcional relacionado con la conducta. Al darse cuenta que esto era imposible, comenzaron a desarrollar dispositivos más complejos (Kolb & Whishaw, 2017).

Como se sabe que la lógica de los niños no es igual a la de los adultos, las evaluaciones que se utilizan están especialmente pensadas y diseñadas para ellos, adaptadas a cada etapa de su desarrollo y con estímulos como dibujos o juguetes que hacen mucho más dinámica la toma del test.

Con respecto a esto último, la manera en que el evaluador diga la consigna también es muy importante. No basta sólo con leerla, es necesario que se ponga mucho énfasis y el cuerpo en cada actividad.

Es sumamente importante, además, que las condiciones ambientales sean las adecuadas para que el niño pueda desempeñarse de la mejor manera durante el proceso de evaluación., tratar de lograr cierta simpatía con el menor será condición necesaria y beneficiosa para crear un buen clima. Lo cual se verá reflejado en el desempeño del evaluado y en su informe.

6.2 ALIANZA TERAPÉUTICA

El primero en hablar sobre el vínculo que se forma entre terapeuta y paciente fue Freud, quien utilizó el término de transferencia para denominar a un proceso que se da

durante el tratamiento proveniente de una fuente de carácter sexual infantil que obstaculiza o posibilita la continuidad del mismo (Etchevers, et al., 2012).

La alianza terapéutica ha sido objeto de estudio de diversas investigaciones. Y a pesar de que haya tenido sus orígenes en el psicoanálisis, diversas perspectivas teóricas han alojado dicho término reconociendo la importancia del mismo en el proceso terapéutico, utilizando expresiones como empatía o relación terapéutica para hacer referencia a la transferencia psicoanalítica. En este sentido, Beck considera a la alianza terapéutica como un instrumento auxiliar que produce un cambio terapéutico (Etchevers, et al., 2012).

En esta misma línea, Strupp (1973, extraído de Etchevers, et al., 2012) definió la alianza como un “constructo panteórico”, debido a que la eficacia del mismo se veía reflejada en las intervenciones que se hacían desde los diferentes modelos terapéuticos y no sólo dentro del contexto psicoanalítico.

Si bien el concepto de alianza actualmente sigue siendo debatido entre las diferentes corrientes teóricas, diversos autores coinciden en que Bordin ha logrado formular una definición transteórica de alianza terapéutica, a partir del cual se han construido numerosas escalas para medir dicho constructo, por lo que, se considera el concepto más adecuado (Waizmann y Roussos, 2009).

Este autor definió a la alianza terapéutica como “el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos.” (Bordin, 1976 extraído de Corbella y Botella, 2003, p. 208). El vínculo positivo es el componente afectivo de la alianza que incluye la confianza mutua, la aceptación y la confidencia, el acuerdo en los objetivos apunta a la concreción conjunta de cuáles serán las metas para el tratamiento y el acuerdo en las tareas se basa en determinar, a partir de esos objetivos, las actividades que deberán efectuarse para que se produzca un cambio (Etchevers, et al., 2012).

En este sentido, se interpreta que para Bordin la alianza está integrada por dos dimensiones: una relacional o general, formada por la configuración vincular entre paciente y terapeuta, y otra técnica o específica, integrada por las metas y tareas en la terapia. Cabe destacar que ambas dimensiones son complementarias y su correcta correlación genera una buena alianza terapéutica (Feixas y Miró, 1993 extraído de Waizmann y Roussos, 2009).

A partir de esto, los autores Corbella y Botella (2003) expresan que la alianza terapéutica es una construcción que terapeuta y paciente realizan en conjunto, teniendo

en cuenta que la relación que establecen entre ambos junto a la visión que tienen uno del otro, sumado a las expectativas, creencias y construcciones que los dos van desarrollando a lo largo del proceso terapéutico son relevantes para el desarrollo de la alianza. Siendo el pacto sobre las tareas a realizar y los objetivos a cumplir, hechos fundamentales que no sólo van a permitir el establecimiento de la alianza, sino que van a posibilitar el proceso de cambio.

La importancia de que se pueda generar una buena alianza en los primeros momentos y que esta se mantenga, obliga a los profesionales a tener que desplegar toda su creatividad e imaginación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que si al inicio aparecen sentimientos negativos como desgana, hostilidad, irritabilidad o defensiva, estos no se deben interpretar como indicadores de una mala relación, sino que deben ser tomados como respuestas afectivas negativas iniciales que pueden abrir paso a sentimientos positivos (Corbella y Botella, 2003).

Para lograr una alianza favorable que facilite el procedimiento terapéutico, los autores Waizmann y Roussos (2009) expusieron en su texto los componentes a tener en cuenta según Meissner. Entre ellos podemos mencionar:

- El encuadre, que incluye el contrato terapéutico, el tiempo de sesión, días, horarios, honorarios, lugar, como así también aquello relacionado con la instauración y el mantenimiento del vínculo.
- La autoridad, tiene que ver con la percepción del analista como un facilitador del proceso y del paciente como un participante del mismo.
- La responsabilidad, la cual recae en ambos y es fundamental para establecer una buena alianza y lograr el desarrollo del trabajo, cada integrante debe cumplir con su rol.
- La empatía, capacidad afectiva que le permite al terapeuta controlar continuamente el estado actual de la alianza terapéutica, la empatía mutua es central en el mantenimiento de la alianza.
- La confianza, el paciente es quien deberá confiar tanto en el terapeuta como en el tratamiento para que el trabajo funcione, se la considera como la base de la alianza.
- La autonomía, la cual también le sirve al paciente en su vida en general. Nos podemos encontrar frente a un paciente con frágil autonomía, presentándose como un ser muy dependiente, condescendiente que está en

busca de la aceptación y aprobación del terapeuta. Esta comienza a confortarse a medida que el trabajo terapéutico avanza y es en ese momento, ya siendo más independiente del terapeuta, que comienza a tener un rol más activo sobre el control del tratamiento.

- La libertad, aspecto fundamental en la participación del paciente en el proceso terapéutico y en la alianza terapéutica.
- La neutralidad y abstinencia, cualidades propias de la alianza. El terapeuta hace sus intervenciones con la mayor objetividad posible con la intención de favorecer el proceso del paciente. La neutralidad tiene que ver con la inclusión dentro del proceso terapéutico desde otro lugar distinto al de una relación real.

Al igual que en cualquier otro proceso psicoterapéutico, se destaca la importancia de que se genere y se sostenga, durante toda la evaluación neurocognitiva una buena relación entre el niño y el evaluador con la intención de lograr que el examinado se mantenga motivado, interesado y con una actitud cooperativa durante todo el proceso, lo que implica que el evaluador ponga toda su atención y esfuerzos en el niño.

En este sentido, son múltiples los factores que van a facilitar o entorpecer el proceso terapéutico, además de las características personales del paciente y el terapeuta, haciendo de cada trabajo terapéutico un proceso único y singular (Hidalgo Cossio, 2013).

6.3 ACTITUD TERAPÉUTICA

“La actitud adoptada por el examinador hacia el niño será determinante para el buen desarrollo de la sesión”, indica Wechsler (2015, p. 23) en su Manual de aplicación y corrección de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños- V (WISC- V). Dentro de las normas generales expuestas, el autor expresa que el evaluador deberá “recurrir a su experiencia y a su juicio clínico para encontrar la mejor forma de establecer una buena relación con cada niño” (Wechsler 2015, p. 23).

Sin embargo, no basta con la sola adherencia del niño a las técnicas o actividades propuestas, el profesional psicólogo debe inspirar confianza, calidez, amabilidad, ser empático y amigable con el niño, para que este se sienta contenido, aceptado y no juzgado (Hidalgo Cossio, 2013). Lograr generar un buen vínculo con el paciente, es de suma

importancia sobre todo en aquellos casos donde los niños o niñas están con una actitud reticente con respecto al tratamiento.

En su artículo de revisión, las autoras Vivas Ahumada (2019), pudieron dar cuenta de que muchos niños y niñas, sobre todo aquellos con dificultades en cuestiones de apertura emocional crean una barrera frente al terapeuta a modo de mecanismo de defensa. Al tratarse de menores de edad, en la mayoría de los casos, estos no asisten a una consulta o estudio por voluntad propia, por lo que, suelen tener la idea de que en ese lugar también van a ser señalados y juzgados como en otros contextos. De manera que, el terapeuta deberá tratar de generar un clima de confianza y seguridad a partir de sus conocimientos teóricos y técnicos, sus habilidades y recursos disponibles.

En este sentido, Barraca Mairal (2009) realizó una clasificación de las habilidades básicas más conocidas. Si bien plantea que dichas destrezas son necesarios para el trabajo en la terapia cognitivo- conductual, aclara que las mismas no son exclusivas de dicho campo. En el siguiente cuadro se muestran las habilidades planteadas por el autor.

Habilidades terapéuticas

Cuadro 1. Habilidades tradicionales para la práctica de la terapia cognitivo-conductual
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Habilidades básicas</i> (vinculadas a la relación terapéutica): Empatía, Aceptación, Autenticidad, Cordialidad, Respeto a la deontología profesional, etc. • <i>Habilidades de escucha</i>: Clarificación, Paráfrasis, Reflejo, Síntesis. • <i>Habilidades de acción verbal</i>: Preguntas, Confrontación, Interpretación, Análisis, Información. • <i>Conocimientos generales del modelo desde el que se trabaja</i>: (Se incluye aquí todo tipo de información sobre las bases del modelo, su aplicación práctica, sus variantes, etc.). • <i>Competencia en técnicas conductuales y cognitivas concretas</i>: Por ejemplo, D. S., Exposición, Control de contingencias, Entrenamientos en habilidades sociales, Relajación, Reestructuración Cognitiva, etc. • <i>Otras habilidades generales</i>: Fluidez, Flexibilidad, Seguridad, etc.

(Barraca Mairal, 2009)

De esta manera, Watson y Geller (2005, extraído de Vivas Ahumada, 2019) afirman que “los terapeutas que son más empáticos, congruentes y muestran aceptación por sus pacientes, son más capaces de negociar las tareas y objetivos de la terapia y desarrollan un vínculo terapéutico más positivo” (p. 4). Por lo que, si antes y durante el proceso de evaluación neurocognitiva, el evaluador logra generar un buen vínculo con el evaluado, el proceso podrá llevarse a cabo de la manera más eficiente.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

La sistematización de la experiencia, según Jara, “es un proceso de reflexión e interpretación crítica” (2011, p.67) que va más allá de solamente sistematizar los datos, es decir, ordenar y clasificar la información obtenida, sino que se trata de un procedimiento más complejo acerca de la práctica y que surge desde la misma, teniendo en cuenta los factores objetivos y subjetivos que se ven involucrados. Tiene como objetivo extraer aprendizajes que luego serán compartidos y comunicados a través de la producción de diversos documentos escritos, como también a través de gráficas, producciones audiovisuales u otras más artísticas, dependiendo de las características de la experiencia y sus participantes. Todo esto tiene como fin producir un cambio, “... hay una intencionalidad transformadora, creadora y no pasivamente reproductora de la realidad social...” (Jara, 2011, p. 68) introduciendo así a la sistematización en un campo más amplio.

La acción de tomar distancia de la práctica en la que uno se encuentra inmerso, permite tener otra perspectiva acerca de los hechos: cómo se llevan a cabo determinadas tareas, por qué se realizan de esa manera y no de otra, quienes actúan, quiénes no lo hacen, etcétera. Siendo este, el punto de partida de una reflexión crítica, de un análisis más profundo de los hechos, sin caer en la tentación de ser uno quien, por apresurarse a llegar a alguna conclusión, sea quien introduzca aspectos que no se encuentran dentro de la práctica. Hay que dejar que los datos mismos sean quienes nos sorprendan y aporten toda la información necesaria para llegar al resultado final, pero sin la intención de crear generalizaciones, ya que solamente se basa en la propia experiencia. “Muchas veces las conclusiones de una sistematización se convierten en base de un plan de acción futura” (Jara, 2011, p.74).

7.1 CARACTERÍSTICA DE LOS SUJETOS

La población con la que se trabajó para realizar este proyecto de sistematización está conformada por la neuropsicóloga encargada de tomar las evaluaciones, quien será denominada con las siglas NP (neuropsicóloga) y por los diferentes niños y niñas evaluados, identificados con la letra P de paciente y un número. Ambos observados por la alumna practicante durante todo el proceso de valoración neurocognitiva, dentro del marco de la Práctica Profesional Supervisada realizada en la Unidad de Neurociencias perteneciente a un Instituto privado de Córdoba.

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entre las técnicas utilizadas, podemos destacar la observación no participante durante la entrevista con los padres y el proceso de evaluación de los niños, entrevista a la neuropsicóloga al momento previo y luego de finalizada la evaluación, además de los registros de campo realizados por quien sistematiza la experiencia, donde se fue registrando entre otras cosas, el motivo de consulta, antecedentes familiares y de desarrollo, dificultades y capacidades de los niños, la manera en que ingresaron los pequeños al consultorio, comentarios durante la evaluación, entre otras cosas.

7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se realiza teniendo en cuenta las consideraciones éticas establecidas por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Los datos obtenidos sólo se utilizan con fines académicos y con el debido cuidado para proteger la confidencialidad y el resguardo de la identidad de los sujetos participantes. En este sentido, antes de observar y registrar el proceso de evaluación se pidió autorización a los padres de manera verbal para poder estar presentes durante la valoración. Y con la intención de proteger la identidad de los sujetos involucrados es que se decidió identificarlos y nombrarlos mediante siglas.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Aquí cuento cómo fue mi experiencia desde marzo hasta diciembre del 2022, fecha en la que finalicé mis prácticas. A principio de año comencé el cursado de la Cátedra Prácticas profesionales supervisadas, ese día además de la presentación de cada una de las profesoras de los distintos contextos, también conocimos algunos de los lugares en los que podíamos realizar nuestra práctica.

Salí un poco abrumada con tanta información, pero sentía mucho entusiasmo por lo que se venía. Durante la semana estuve preparando todos los documentos que debía presentar y el día de las entrevistas, según yo, no me fue nada mal.

Varias semanas tuvieron que pasar para enterarnos en qué contextos e institución habíamos quedado. Para mí sorpresa quedé en el contexto clínico (mi segunda opción) ¡en Conci Carpinella! Cuando leí que mi nombre estaba dentro de ese contexto y en esa institución lo primero que pensé fue: "¿A dónde me mandaron?!", nunca pensé que quedaría en el contexto clínico y nunca había oído el nombre de la institución.

Cuando le dije a mi compañera, ella me respondió que era un lugar muy lindo y que me iba a encantar. De igual manera otros compañeros me dijeron lo mismo. Eso me tranquilizó mucho, sumado a que sabía que iba a estar en un lugar enfocado a la neuropsicología.

Sin embargo, esa felicidad y entusiasmo con el tiempo fueron mermando debido a que mi ingreso al establecimiento tardó unos meses, por lo que en ese tiempo, solamente fui a las clases de supervisión donde hacíamos actividades y mis compañeras compartían la experiencia que estaban viviendo en sus prácticas. Aunque al principio no me daba cuenta, escuchar la vivencia de los pares en las otras instituciones es realmente enriquecedor.

Hasta que por fin ¡llegó el día! Fui feliz hasta Conci, allí me esperaba mi referente, quién en unos poquitos minutos me contó todo lo que podía hacer, me hizo sentir que en vez de una practicante era ¡la nueva jefa de la Unidad de Neurociencias! En ese momento me agregé al grupo de WhatsApp del equipo de Salud mental y después de presentarme, un montón de profesionales comenzaron a saludarme, fue una cálida y hermosa bienvenida, me hicieron sentir súper bien.

Entre las actividades mencionadas estaban:

Reunión de Salud Mental todos los jueves de 08:00 a 09:00 am

Ateneos, miércoles o jueves de 13:00 a 14:00

Reunión equipo cefalea jueves de 14:00 a 15:00 o de 13:00 a 14:00

Talleres de cefalea, todos los lunes de 16:00 a 19:00 (son dos talleres que tienen una duración de una hora y media cada uno)

Participar como observadora en las entrevistas de admisión junto a psicólogos y psiquiatras.

Participar en las supervisiones de caso de las psicólogas residentes los lunes a las 17:00 de manera virtual.

Tomar clases virtuales de TCC los martes de 15:00 a 17:00

(Registro del día 22/06/22)

Desde ese momento comencé a rotar con los distintos profesionales del área, y de todos los espacios habilitados yo estuve presente en los que contaré a continuación.

Las entrevistas de admisión a salud mental, eran llevadas a cabo, en conjunto, por profesionales del área de la psiquiatría y psicología, con el fin de hacer una primera valoración con la intención de brindarle al paciente el tratamiento más adecuado o realizar derivación en caso de ser necesario. En este caso, con la intención de no incomodar al paciente con la presencia de 3 personas al frente, en lugar de la psicóloga estaba yo.

En los 6 meses de práctica, tuve la oportunidad de rotar con 3 psiquiatras, quienes me enseñaron y explicaron muchas cosas con respecto al funcionamiento de la medicación y las aproximaciones diagnósticas. A veces las dudas salían de mí y otras veces, de los mismos pacientes, quienes movidos por la incertidumbre, el desconocimiento de cómo actúan los psicofármacos y los prejuicios con respecto al tratamiento psiquiátrico hacían preguntas de lo más diversas. “El Dr. R habló de la medicación y la madre de la paciente preguntó ¿es antipsicótico? Dr. R responde Sí y la madre dice Entonces no lo va a tomar”, en ese momento el Dr. les explicó que los antipsicóticos son buenos estabilizadores del ánimo y que su uso no era exclusivo del cuadro psicótico (Registro del día 09/11/22). Uno de los miedos más frecuentes era el hecho de dejar de sentir emociones al comenzar a tomar las pastillas, con respecto a esto, la Dra. H le respondió a una paciente que “La medicación estabiliza el exceso, regulariza las emociones. No me va a hacer dejar de sentir, de pensar...” (Registro del día 15/11/22).

Cada doctor contaba con una trayectoria y experiencias diferentes. Esto me permitió observar distintas maneras de abordaje. En cuanto a esto último, pude aprender que hay psiquiatras que hacen intervenciones más del tipo terapéuticas, partiendo de una pregunta abierta que permite al paciente contar lo que quiera, otros en cambio, realizan

intervenciones más directivas, haciendo preguntas más concretas como, ¿cuál es el motivo de consulta?, ¿cómo se sintió en este tiempo?, ¿cómo le fue con la medicación?.

Luego de ver un paciente por primera vez, solía hacer el ejercicio de llegar a un posible diagnóstico, yendo de lo más global hacia lo más específico. El doctor que estaba conmigo en ese momento me preguntaba cómo vi al paciente y cuál sería el síntoma a destacar como principal, como por ejemplo, ansiedad o angustia. De allí ubicaba ese síntoma dentro de un síndrome y desde el mismo íbamos desprendiendo los posibles cuadros que encajaban con ese conjunto de signos y síntomas. Finalmente, surgían en mí preguntas sobre otros datos que podrían ayudar a esclarecer más la situación, como también interrogantes hacia los psiquiatras con respecto a su pensamiento y el porqué de su modo de intervenir.

En este sentido, las clases de terapia cognitivo conductual me ayudaron mucho al reconocimiento de signos y síntomas, y en la elaboración de un diagnóstico diferencial, gracias a lo aprendido en las clases pude pensar de qué manera intervendría yo como psicóloga.

Por otra parte, me gustó mucho poder ver la evolución de algunos pacientes. Ya que de esa manera pude reparar en el modo de funcionamiento de los psicofármacos a lo largo del tiempo. Algunos cambios llegaron a sorprenderme como el caso de un paciente al que vi por primera vez en agosto, registrando entre otras cosas: “Asiste con su pareja quien refiere que lo nota más decaído, triste. Siente mucha angustia, mucho sueño. Presentación: enlentecimiento en el lenguaje (refiere que en la madrugada le dieron medicación), aseado, bien vestido, ojos vidriosos, muy angustiado. Mientras le hacen la receta llora” (Registro del día 17/08/22). A los meses volví a verlo, “me acuerdo que a este hombre lo vi cuando vino por primera vez, tenía una depresión muy fuerte, ahora ¡es otra persona! Bien aseado y presentado, peinado, afeitado” (Registro del día 16/11/22).

Durante el mes de julio estuve presente en las evaluaciones neurocognitivas de cefalea, post- covid, ENC común y ENC infantil, rotando con las diferentes neuropsicólogas pudiendo observar y aprender de la modalidad y estilo de cada una de ellas al momento de entrevistar, evaluar y realizar los informes.

Las dos primeras valoraciones estaban dentro de programas integrales de la salud, siendo la ENC uno de los tantos estudios que se realizaba un paciente dentro del Circuito post covid para determinar el estado de salud físico y mental del sujeto luego de haber contraído el virus.

La evaluación de cefalea era realizada por la neuropsicóloga perteneciente al equipo de Cefalea. Las pacientes (ya que casi todas eran mujeres) eran derivadas por los neurólogos especialistas en cefalea, con la intención de que la neuropsicóloga a través de una breve entrevista y la valoración cognitiva pudiera determinar el tipo de tratamiento que le convenía, si el Taller de Cefalea junto a otras personas o era mejor que realice sesiones de terapia individual (ambas modalidades enfocadas al dolor de cabeza).

Durante la participación de los talleres pude escuchar en primera persona cómo la cefalea afecta la vida de las personas tanto a nivel orgánico, como también psicológico, emocional y social. Algunas frases dichas por las pacientes fueron: “No es un dolor, es una sensación de presión...”, “Uno vive con el dolor y te acostumbras”, “Si me duele la cabeza, entonces no como chocolate. Las grasas sí me dan dolor de cabeza”, “Por migraña me he desmayado varias veces”, “Vos y yo tenemos una enfermedad... que en los trabajos no están catalogados”, “Me ataca los domingos, los feriados, me jode los fines de semana” (Registro de diversos días).

Por otra parte, los talleres de Estimulación Neurocognitiva también comenzaban con una breve entrevista y una valoración por parte de la neuropsicóloga a cargo del taller, con el objetivo de ubicar al paciente en el grupo de deterioro cognitivo leve o moderado según sea más conveniente para el mismo.

Yo siempre tuve la idea de trabajar en clínica infantil, pero junto a ese anhelo estaba el miedo de no poder manejar, a nivel personal, los diferentes casos que se presentaran. Sin embargo, cuando en octubre comenzaron los Talleres de estimulación cognitiva, pude darme cuenta que mi fuerte eran los niños. En ese primer taller al que asistí había un solo participante en el grupo de personas más deterioradas, él tenía 65 años aproximadamente y su pronóstico era Alzheimer de inicio temprano. La psicóloga me contó que él solía trabajar en un edificio de la zona a lo que el paciente asiente y me cuenta en ese momento se encontraba de vacaciones, *“por eso quiero hacer todo bien para curarme...”* (Registro del día 19/10/22) y así volver al trabajo, eso me partió el alma.

Con el correr de las semanas, los grupos comenzaron a crecer en número de personas y la verdad que me encantaba ir cada miércoles a ayudar, en poco tiempo se notó el progreso de cada uno, sobre todo de ese primer paciente. A pesar de que lo disfruté y me divertí un montón, trabajar con adultos mayores me generó en ciertas ocasiones un poco de nostalgia.

Continuando con las evaluaciones, además de los test administrados, se utilizaron cuestionarios para obtener mayor información sobre el paciente. En las Evaluaciones de

cefalea y post- covid, los mismos pacientes eran quienes respondían las encuestas, a diferencia de las evaluaciones comunes e infantiles, donde un familiar o persona a cargo era quien llenaba los cuestionarios.

Al principio registraba todo del proceso de valoración: “Como era la primera evaluación anoté varias preguntas que hizo la psicóloga. ¿Ese dolor es como si te apretara?, ¿Nauseas?, ¿Visión borrosa?, ¿Sensibilidad al ruido?, ¿El último mes, con qué frecuencia? 4 días a la semana responde la P (paciente)” (Registro día 22/06/22). Con el tiempo me fui dando cuenta que la mayoría de las preguntas tenían cierto carácter protocolar y de tanto escucharlas las aprendí. A pesar de eso, y como no todos los casos son iguales, cuando una pregunta nueva surgía, junto a ella despertaba mi duda.

De igual manera me pasó con las pruebas que se administraban, si bien conocía la mayoría, de vez en cuando aparecía alguna completamente nueva para mí y en medio de la evaluación anotaba “Pregunta que me surgió: ¿Cuál es el test de la lapicera?...” duda que era respondida recién al final de la valoración junto a una enriquecedora explicación de su uso y utilidad, “... INECO, es un instrumento que permite evaluar las funciones del frontal y la inhibición” (Registro del día 06/07/22).

Esta última prueba comprendía el conjunto de test utilizados en las ENC común cuya duración era de una hora y media en total con la entrevista, a diferencia de las evaluaciones de cefalea y post covid donde se tomaba el Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) y Figura Compleja en aproximadamente 20 o 30 minutos. El proceso de evaluación infantil, en cambio, duraba dos horas en total y se dividía en 2 sesiones, se recomendaba que entre una toma y la otra no pase más de dos semanas. Las baterías que se utilizaban eran: Escala de Inteligencia de Wechsler para niños IV (WISC IV), Evaluación Neuropsicológica del desarrollo (NEPSY) y Batería de evaluación de procesos lectores de los niños de educación primaria (PROLEC).

Con respecto a mi modalidad de trabajo, en las valoraciones de niños, yo no registraba en ese momento. Al comienzo muchas dudas eran olvidadas, pero con el tiempo las mismas fueron aclaradas y poco a poco fui familiarizándome más con los test. En el transcurso de la práctica pude darme cuenta que después de conocer a un niño o niña en una evaluación, siempre me quedaban y recordaba las cosas buenas, las ocurrencias que tenían, su inocencia, su ternura y alguna que otra palabra pronunciada a su manera como “*las empanadas ábares*”, que tanto le gustaban a una nena.

Viendo los registros y hablando con la neuropsicóloga pudimos dar cuenta de que había un gran número de pacientes derivados por neurología y por el gabinete

psicopedagógico del colegio. Entre los motivos de consulta los padres suelen referir, ya sea que ellos lo notan o que otros se lo hayan dicho: “dificultad en el aprendizaje”, “dificultad en el colegio”, “dificultad en el lenguaje”, “dificultad atencional”, “posible diagnóstico TEA”, entre otros (Registros de diversos días).

Cuando en el pedido médico se pedía una valoración neurocognitiva con la intención de confirmar o descartar diagnóstico de Trastorno por Espectro Autista (TEA), la neuropsicóloga derivaba al paciente con otro profesional que tuviera la certificación correspondiente para realizar un test determinado, que sirve exclusivamente para diagnóstico de TEA. En los otros casos, los neurólogos solían pedir que en el informe se detalle el Coeficiente Intelectual (CI) del niño.

Tanto en la Evaluación infantil como en la de adultos (común), se solicitaba que el evaluado venga acompañado. En el caso de los adultos, para corroborar que la información que estén brindando sea verídica, ya que la mayoría va por problemas en la memoria, si es que no se trata de sujetos muy deteriorados cognitivamente, y en el caso de los niños “En la primer entrevista la psicóloga siempre pide que vayan los dos padres para que uno entre a la entrevista y el otro se quede esperando con el niño en la sala de espera, ya que, es feo estar hablando del niño y sus dificultades enfrente suyo”(Registro del día 15/07/22).

Me gustó mucho la postura que se tenía frente a los niños, se buscaba que ellos estén cómodos, casi siempre ayudaba a los más pequeñitos a acomodarse en la silla, cuando nos mudamos al nuevo espacio de Mariano Fragueiro, se les preguntaba si querían trabajar en el escritorio o en la mesita (era una mesa baja) sentados en los sillones, si eran muy pequeños se les preguntaba si querían que la mamá o el papá los acompañara. En fin, los niños eran tenidos en cuenta durante todo el proceso.

Realmente puedo decir que estuve rodeada de excelentes profesionales, pero sobre todo, de muy buenas personas. Era un equipo de trabajo muy cálido y amigable, donde cada profesional aportaba sus conocimientos y se enriquecían de los conocimientos de los otros. Desde un principio todos estuvieron dispuestos a ayudarme y enseñarme, no tan sólo aprendí de los conceptos teóricos que pudieron brindarme, sino también del modo de ejercer su trabajo, con profesionalismo y vocación.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

El presente apartado supone el análisis de la experiencia vivida en la práctica profesional supervisada. El fin es responder a los objetivos específicos con la intención de profundizar en el conocimiento de la construcción de la alianza terapéutica durante el proceso de evaluación neurocognitiva infantil, a partir de una articulación teórico-práctica, entre los conceptos y teorizaciones hechas por los diversos autores citados anteriormente y aquellos aspectos más relevantes registrados en la práctica durante la participación en las evaluaciones.

8.2.1 INTERVENCIONES DEL EVALUADOR

Con las primeras observaciones, surgieron diversas preguntas que sin imaginarlo, ahora son el puntapié inicial de esta reflexión crítica: “¿La pandemia no aumentó el caso de problemas de aprendizaje? ¿Cómo haces cuando te das cuenta que un nene no coopera? ¿Cuál es la delgada línea entre no cooperar y no poder?” (Registro del día 30/06/22).

Es decir, en ese momento estaba en claro que para realizar el proceso de valoración, era indispensable que el evaluado esté dispuesto a hacerlo, pero la mayor duda era la de saber de qué manera uno podría darse cuenta cuándo un niño no quiere realizar la actividad porque no tiene ganas o está cansado, y cuándo no lo hace porque realmente no comprende lo que se le está pidiendo o no tiene incorporado aún los conocimientos teóricos para realizarlo. Y ese darse cuenta viene de la mano de la acción. Una vez que ya se pudo comprobar o reconocer la causa, ¿qué sigue después?

Con la intención de responder al primer objetivo: *Explorar las intervenciones del evaluador durante todo el proceso de evaluación*, es que se comenzará por describir el rol del neuropsicólogo infantil en las evaluaciones neurocognitivas.

“Casi cualquier niño o adolescente enviado a evaluación le habrá causado preocupación a alguien, en algún momento” afirman los autores Morrison, J y Flegel, K (2018, p 15), quienes además, destacan la importancia de obtener la mayor cantidad de información posible sobre el futuro evaluado, a partir de los diversos referentes que pueda tener el niño o niña, como son los padres, maestros, abuelos y otros profesionales de la salud. Sumado a los estudios, análisis o informes considerados relevantes para la ocasión.

Los neuropsicólogos infantiles, además de ser expertos en el funcionamiento de los procesos neurocognitivos, como profesionales que trabajan con niños, deben tener conocimientos en cuanto al neurodesarrollo, como así también, formación y experiencia en el trato con los menores y con la familia de los mismos, más específicamente, con los padres o cuidadores (Grañana, N. 2017).

En este sentido, la autora Grañana N. (2017) afirma que al dar inicio a la evaluación, se debe tener en cuenta: la historia clínica del sujeto, los test e instrumentos que vayan a ser utilizados y por último, el informe y la devolución.

Además, establece como objetivos de la evaluación los siguientes aspectos:

“Identificar el problema de procesamiento de la información

Encontrar las causas de la dificultad

Establecer cómo el niño o joven procesa la información

Proveer recomendaciones como mejorar el procesamiento y reducir o eliminar el impacto del problema” (Grañana, N. 2017, p. 54).

Por esta razón, el proceso de valoración comenzaba con una entrevista a los padres o tutor a cargo, donde la NP indagaba acerca de los datos personales del evaluado como nombre, edad, composición familiar, grupo conviviente, grado o año que se encuentra cursando; motivo de consulta, quién deriva, qué ven los padres, qué dicen desde el colegio, tratamientos realizados o en curso, como así también aquellas cosas que el niño o niña podía y no podía llevar a cabo de manera independiente. Además se entregaba un cuestionario de historia vital y dos de comportamiento, con la intención de tener la mayor cantidad de información posible para la realización del informe.

En ese momento, la evaluadora se tomaba el tiempo de mostrar y explicar de qué se trataba cada cuestionario, para qué servía, la información que se pretendía recolectar, cómo se debía responder cada uno de ellos, como así también, la importancia de completar todos los puntos, ya que con los datos obtenidos se sacaba un puntaje que iba a estar reflejado en el informe final. En caso de haber duda con respecto al modo de interpretar un ítem, la profesional habilitaba un espacio para aclarar la misma.

También mencionaba que si bien los formularios tenían preguntas dicotómicas para responder por sí o por no, o preguntas de opción múltiple, quien respondiera tenía la libertad de agregar información que no haya sido considerada en los apartados y creyera que podría ser relevante para el proceso de valoración, como así también, estaba la posibilidad de escribir comentarios al costado de la respuesta aclarando, por ejemplo, si

la conducta que se describe en el ítem antes estaba presente y ahora no, si la misma había vuelto a aparecer o hacía cuánto tiempo habían comenzado a notar dicho comportamiento.

En caso de que el evaluado también se encontrara presente en la entrevista, la NP le contaba qué iban a hacer en ese momento y le aclaraba que podía comentar algo si así lo deseaba e inclusive manifestar que estaba en desacuerdo con algún tema que se estaba tratando. Avanzada la entrevista, la NP cuando hacía una pregunta también miraba al evaluado como haciendo una invitación para que dé su opinión o aporte algo más si así lo deseaba.

Como conté anteriormente, yo escribía mis registros en el cuaderno de campo posteriormente al encuentro, y si bien ahora estoy plasmando todas estas acciones que la NP llevaba a cabo, en ese momento no dimensionaba la importancia que tenían las mismas para el proceso de valoración y la elaboración del informe. Fueron intervenciones que naturalice porque se daban con cada padre entrevistado y les daba un carácter protocolar, sin embargo, ahora reconozco y estimo el tiempo que le dedicaba la NP a toda esta primera parte del proceso, tan importante para el resto de la evaluación.

Por otra parte, si bien la entrevista es el instrumento privilegiado de la psicología y en este caso da un pantallazo sobre el futuro evaluado, pude darme cuenta de que a veces lo que dicen los padres o tutores y lo que se percibe durante la toma de los test, es diferente. No pienso que esto sea por falta de tiempo durante la entrevista, ni porque mientan, sino que creo que puede ser porque naturalizan ciertas conductas que son desajustadas a la edad del niño o niña y eso lleva a que se omita cierta información.

Recuerdo, por ejemplo, la entrevista que tuvimos con el padre de la P 2, “8 años. Deriva la psicopedagoga del colegio por dificultades en el aprendizaje. Padres separados. La nena vive con su mamá... El papá dice que en su casa hace las tareas sola, como que él no percibía que hubiera una gran dificultad, dijo “No creo que sea para tanto” (La entrevista no fue muy enriquecedora). Era una nena súper tímida, no dijo ni una sola palabra. Tuvo varias dificultades en diversas pruebas, lo cual me llamó la atención porque según el papá la nena entendía todo y podía resolver las tareas escolares ella sola.” (Registro del 08/07/22). Durante la evaluación se le tuvo que repetir o explicar la misma consigna varias veces.

Otro caso, fue el del P 35 de 6 años de edad, la “mamá dijo que el niño es impaciente” y durante la entrevista se refirió a cuestiones conductuales, lo que me llamó la atención durante la evaluación fue su lenguaje, “Otlo, otlo ejercicio”, era una de las palabras que pronunciaba de manera incorrecta, por lo que al final de la valoración escribí

“No se le entiende bien cuando habla, dice tles” (Registro del día 02/12/23). Me sorprendió que la madre en ningún momento haya hecho mención de eso.

Estos son algunos de los ejemplos que me llevaron a pensar en las diferentes perspectivas que hay con respecto a un mismo sujeto y en el hecho de no dar por supuesto que con la primera entrevista ya vamos a saber con certeza quién ingresa. En su texto, los autores Morrison, J y Flegel, K (2018) dicen: “Con cada paciente, sobre todo con un menor, los observadores tienen puntos de vista diferentes” (p. 27) afirmando que con frecuencia hay divergencia entre la valoración que hacen los padres con la de los maestros y que inclusive madre y padre pueden tener criterios muy diferentes acerca de los problemas de su hijo.

En un principio me preguntaba ¿por qué?, no entendía cómo era posible que hubiera opiniones tan diferentes con respecto a un mismo sujeto. Sin embargo, este trabajo de reflexión, de tomar distancia y volver a leer los registros desde otro lugar y teniendo en cuenta los nuevos conceptos teóricos incorporados, es que pude retomar un gran aprendizaje que me dejó el trabajo con menores y es que los niños son muy dinámicos. Sin perder de vista su personalidad y carácter, su comportamiento es muy versátil y “sensible” a los cambios que se puedan producir en el ambiente, ya que a través de su conducta es como ellos expresan tanto su sensación de bienestar como aquellas emociones que le generan malestar.

Recuerdo el P 23, quien en la primera sesión, luego de finalizada la entrevista con la madre, ingresó al consultorio muy enojado y en un estado de mucha exaltación, por lo que, al no poder tranquilizarlo, la NP decidió suspender la evaluación de ese día. Dos días después, en el segundo encuentro, el niño “Ingresa con la mamá. Es literalmente otro nene. Llegó contento, tranquilo. Eligió sentarse en el sillón. Se lo notaba con ganas de hacer las actividades” (Registro del día 03/10/22). Me dejó muy impactada ese cambio tan drástico que hubo en su comportamiento, porque desde que entró al consultorio ya venía con una sonrisa y toda la evaluación se hizo sin inconvenientes. “Si yo no hubiese estado presente en ese momento, no hubiera podido creer que ese nene haya cambiado tan radicalmente de un día para el otro” (Registro del día 03/10/22).

Continuando con la entrevista, además de ser el instrumento que da inicio a cualquier proceso psicológico permite, a través de la información que se obtiene, definir el tratamiento en función de las necesidades del paciente (Muniz, A. et al. 2018). En este caso, servía como guía para seleccionar las pruebas que mejor se ajustaban, según las

posibilidades y necesidades del paciente. Por ejemplo, el PROLEC se usa “para cuando hay problemas de lectura” (Registro del día 24/06/22).

Con respecto a esto, Wechsler (2015) en su manual de aplicación aclara que, los evaluadores además de tener un buen manejo de los test que van a administrar, deben conocer muy bien las características del evaluado, teniendo en consideración “los aspectos evolutivos, lingüísticos, académicos o culturales” (p. 12). Sin dejar de lado, el hecho de que se está en frente de un sujeto en desarrollo donde “el aprendizaje y la plasticidad” según Arrebillaga (2016, p. 18) son los cimientos desde los cuales el terapeuta debe planificar su intervención. Partiendo desde una mirada holística donde la historia y el contexto del sujeto son parte indispensable del proceso.

Un ejemplo bastante ilustrativo con respecto a la elección de una evaluación, fue el caso de la P 27. Cabe aclarar que la primera entrevista se tuvo con la abuela materna de quien no se obtuvo mucha información debido al desconocimiento por parte de ella de aspectos importantes. Nena de “5 años Salita de 5. No habla. Llegó, la sentamos en el sillón. Mueve las manos, aleteo sobre la mesa. Mira las lámparas, se queda mirando eso un rato. No responde a su nombre. No mira a los ojos cuando le hablan, es muy esporádico el contacto visual. Cuando la NP vio la conducta de la niña me dijo que íbamos a comenzar de lo más básico para ver qué cosas son las que ella sí puede hacer” (Registro del día 06/10/22).

Por lo que la NP solicitó que en la próxima sesión asista la madre de la niña e informó que deberían sacar otro turno para un tercer encuentro, ya que “las evaluaciones iban a durar 30 minutos porque la niña no iba a aguantar una hora seguida” (Registro del día 21/10/22). En la otra sesión la NP llegó con una caja con juguetes, “se pone un sombrero y se lo da a ella para que la imite, se pone el sombrero al revés (con el hueco para arriba) tapándose la cara y lo tira. No responde cuando le hablan, la NP se va a su lado y hace ruido con una bolsa detrás de su cabeza, ella no se dió vuelta para ver de dónde venía el sonido. No responde al tomá (cuando se le ofrece algo para que agarre), ni al dame. A su nombre pocas veces” (Registro del día 24/10/22).

Todas estas conductas eran registradas por la NP para trasladarlas al informe final. Con respecto al formato del mismo, lo más recomendable es utilizar un lenguaje sencillo e incluir gráficos que ayuden a la comprensión de la interpretación de los resultados. Incluir las preocupaciones y perspectiva de la familia, y comparar esta información con el perfil observado durante la evaluación. Si bien se deben detallar qué pruebas se

tomaron, los protocolos no deben adjuntarse ya que son documentos confidenciales (Grañana, 2017).

El informe que se entregaba tenía el mismo formato para todos los evaluados, en el margen superior estaba el nombre de la institución y de la unidad correspondiente, en este caso Unidad de neurociencias. Luego se encontraban los datos personales del evaluado, motivo de consulta, antecedentes significativos, pruebas administradas, observaciones clínicas conductuales, resultados, perfil cognitivo y por último, las sugerencias.

En los apartados de motivo de consulta y antecedentes, se incluía la visión de la familia, en contrapartida, las observaciones clínicas era lo contemplado por la NP durante todo el proceso de valoración. Por otra parte, el perfil cognitivo estaba compuesto por las fortalezas y debilidades del evaluado, dejando constancia también de las aptitudes y capacidades del evaluado.

A nivel general, estas eran las principales tareas que la NP llevaba a cabo con cada paciente. Mientras se vaya avanzando en el análisis, se irá profundizando en las diversas intervenciones observadas a partir de situaciones particulares, que contribuyeron de manera positiva en la construcción de un buen vínculo.

8.2.2 FACTORES DE UNA ALIANZA TERAPÉUTICA BENEFICIOSA

Como se mencionó anteriormente, el concepto de alianza terapéutica tiene su origen en el psicoanálisis freudiano. Sin embargo, gracias al mérito que se le asignaba a este proceso de vinculación entre terapeuta y paciente, es que estudiosos de otras corrientes teóricas comenzaron a volcar su interés y atención en el mismo.

Llegando a descubrir que se trataba de un constructo transversal a las diversas corrientes teóricas (Strupp, 1973, extraído de Etchevers, et. al., 2012), pudiendo identificar ciertos factores a tener en cuenta para crear una alianza beneficiosa y los efectos positivos que producía en el tratamiento la concreción de un buen vínculo terapéutico.

Pero ¿de qué manera se puede lograr establecer una buena alianza terapéutica?, ¿cuáles son los factores a tener en cuenta para construir un vínculo beneficioso? Para responder a estas preguntas, que surgen a partir del segundo objetivo específico planteado: *Identificar los factores que influyen en la construcción de una alianza*

terapéutica beneficiosa. Es que se retoman los componentes que deben tenerse en cuenta para lograr una alianza favorable según Meissner (2006, extraído de Waizmann y Roussos, 2009).

En este sentido, a continuación se presentará cada uno de los componentes, junto a una breve síntesis de lo que implica el mismo y las diferentes metodologías de trabajo llevadas a cabo por la NP que fueron observadas durante la práctica, las cuales, según el criterio de la practicante y a partir de la reflexión e interpretación que les da, son las intervenciones que más se ajustan al factor presentado.

Encuadre: comprende el contrato terapéutico, la duración de la sesión, día, hora y lugar, además de todo lo relacionado con el establecimiento y mantenimiento del vínculo.

En este caso, el proceso de evaluación neurocognitiva infantil se divide en dos sesiones de una hora cada una. Se pide que en el primer encuentro concurren ambos padres o tutores, para que uno de ellos quede en la sala de esperas con el niño mientras que el otro ingresa al consultorio con la evaluadora para realizar una entrevista cuya duración es de aproximadamente treinta minutos. Esta solicitud se hace principalmente con la intención de resguardar al menor de ese momento, en el que se debe hablar de los problemas y dificultades que está teniendo. En caso de que no haya un adulto que pueda quedarse en la sala de esperas con él, deberá ingresar a la entrevista.

Con respecto a esto último, pude dar cuenta que cuando el menor se encontraba presente, en cierto punto con algún tema, algunos adultos entrevistados se ponían incómodos y a veces no eran muy claros con respecto a lo que querían expresar. Otros, sin embargo, se expresaban libremente. Morrison, J y Flegel, K (2018) expresan que “cualquiera de estos extremos indica patrones de interacción familiar que son importantes de comprender” (p. 28).

No obstante, las entrevistas sin el menor presente, además de percibirse un ambiente más distendido, en varias ocasiones se logró advertir una madre o un padre angustiados o desesperados por la situación que estaba viviendo con su hijo.

En el caso de la P 12, ingresa la niña junto a su madre. “La mamá en la entrevista, primero dijo que la nena no tenía padre y más adelante dijo que hace un tiempo volvió a tener contacto con su padre” (Registro del día 12/08/22), a esto último fue algo que mencionó como muy por encima y aclaró que ella no tenía buena relación con él, luego continuó hablando de otro tema. Además de haber sido confusa la situación, no se pudo ahondar en el tema debido a que la niña se encontraba presente.

Otro caso fue el del P 7, “En este caso, la abuela ingresó junto al niño. Nosotras pensamos que era la madre pero en la entrevista nos contó como muy por arriba (debido a que estaba el nene presente) que ella no era la madre, sino que era su abuela, y que el niño estaba a su cargo desde bebé” (Registro del día 15/07/22). Contó todo esto susurrando y sentada detrás del niño, mientras él no la miraba.

Caso contrario, el del P 20 de 10 años, quien tiene diagnóstico de TDAH “como les adelantaron los turnos, vino la mamá sola con el niño, por lo que ingresaron juntos. La madre dice que ella no vió que la medicación ayudara con la concentración. Trajo la carpeta para mostrar que con y sin medicación el desempeño que tenía en el aula era el mismo. Dijo que escribía en árabe pero luego vi la carpeta y su letra es legible” (Registro del día 23/09/22).

En el caso de la P 1, “Entrevista a la madre sola: A la madre se la notaba muy angustiada y preocupada por su hija. Comentó que la abuela materna de la nena tiene dislexia y que a ella también le costó mucho el estudio... casi repito de año, aún recuerdo cuando no podía aprenderme las estaciones del año. No quiero que ella se frustre” (Registro del día 24/06/22).

Durante esa entrevista, además, se entregaba un cuestionario de historia vital y dos de comportamiento, los cuales eran explicados y solicitados para el próximo encuentro. Posteriormente, y en caso de que el niño haya quedado en la sala de esperas, era el momento de que ingrese solo para comenzar la evaluación. Lo más óptimo es que no pasen más de 15 días entre una toma y otra. Y que el evaluado no haya realizado las mismas pruebas en el último año.

Por otra parte, los consultorios donde se llevaron a cabo las valoraciones contaban con todas las instalaciones e instrumentos necesarios para que el evaluado pudiera desempeñarse de la mejor manera posible, desde buena iluminación, asientos cómodos, ambiente climatizados, como así también, todos los materiales de librería necesarios para realizar los test, lápices de colores, goma, hojas, etcétera.

Con respecto al informe, la NP aclaraba que el mismo estaría listo entre los 15 y 20 días hábiles después de la segunda y última toma, y sería enviado a través de correo electrónico, por lo que no hacía falta que volvieran a la institución para buscarlo.

Autoridad: Quien evalúa está a cargo de hacer que ciertos factores se cumplan para que el evaluado pueda desempeñarse de la mejor manera posible.

A veces hay determinados factores que son externos al profesional, como lo fueron el corte de luz o el personal de mantenimiento que se encontraba haciendo

modificaciones una mañana de evaluaciones. A pesar de ello, el evaluador debe hacer todo lo necesario para que el proceso de valoración se desarrolle en el ambiente más propicio posible.

En el caso de la P 33, durante la evaluación hubo un corte de la corriente eléctrica, si bien en ese momento se prendieron las luces de emergencia la NP preguntó a la evaluada “¿Ves bien con esa luz? P 23: No (balbuceo) Por lo que la NP abre la ventana” (Registro del día 17/11/22), lo que dió ingreso a la luz natural de afuera, permitiendo una mayor iluminación.

Con el P 38, la NP tuvo que interrumpir la toma de la evaluación debido a que en el consultorio contiguo había personal de mantenimiento realizando modificaciones, no sólo se oía el ruido de las herramientas que se estaban utilizando, sino que se escuchaban las voces y risas de estas personas. Si bien el evaluado en ningún momento refirió que eso fuese una molestia, “la NP decidió ir hacia el otro consultorio para informarles lo que se estaba realizando y pedirles que disminuyeran la producción de ruidos” (Registro del día 03/10/22).

En otras ocasiones, se optó por finalizar o directamente no comenzar la toma de los test debido a que los niños no habían desayunado, se encontraban enfermos, muy cansados o simplemente no quería hacerlo.

Responsabilidad: Tanto evaluador como evaluado deben actuar y realizar las funciones que corresponden al rol que están desempeñando en ese contexto, sin olvidar el papel fundamental que cumplen los padres o cuidadores en todo el proceso, para lograr un buen vínculo y un buen trabajo.

Con respecto a esto, en ocasiones han sido los mismo adultos quienes, movidos por los sentimientos y emociones que les genera toda la situación han tratado de correr a la NP de su posición como evaluadora hacía un rol de terapeuta, llevando a la profesional a poner límites con respecto a su accionar.

En el caso del P 9, una vez finalizada la evaluación, “el papá después habló con la NP y le preguntó cómo hacer para controlarlo. Dice que choca mucho con él, que le encanta pasar tiempo con él pero cuando le tiene que poner límites el niño no le da bola y ahí es cuando empieza a tener problemas con la madre. Refirió que el niño era como él de pequeño y que los padres lo encarrilaron como se hacía antes y él no quiere que el niño pase por lo mismo” (Registro del día 29/07/22).

Aquí de nuevo se puede percibir la angustia y desesperación de un padre que al no saber de qué manera ayudar a su hijo recurre a la NP desde una demanda propia,

pretendiendo irse de allí con un tip, consejo o herramienta que le permita lidiar o revertir estas situaciones de conflicto que tiene con su hijo.

En estos casos, además de la contención que les brindó la NP, empatizando con los sentimientos de esa persona. La respuesta que obtuvo tanto este padre como el resto de adultos que también pidieron una indicación, fue la explicación del rol que estaba desempeñando la profesional en ese momento. “No entrar en el rol de psicóloga, porque en ese momento una es evaluadora y como tal, la función es otra” (Registro del día 29/07/22) manifestó la NP a la practicante luego de hablar con este padre.

Por otra parte, hay ocasiones en las que el evaluado, no desempeña su rol como corresponde o de la manera más deseada posible, siendo un desafío, el hecho de marcar límites o apuntalar con respecto a aquellas cosas que sí o que no pueden hacer.

Recuerdo la valoración de la P 14, “Hubo muchas interrupciones por parte de ella, se paró varias veces a limpiarse la nariz, a buscar una lapicera, también quiso levantarse a buscar una hoja. Se distraía con facilidad, hacía comentarios, contaba cosas” (Registro del día 24/08/22). Si bien la P 14 tenía todos los elementos necesarios para trabajar al frente suyo, apenas oía qué instrumento debía utilizar, se levantaba de su asiento e iba a buscar en su mochila y a pesar de que se insistía con respecto al hecho de que no era necesario que sacara sus cosas, ella lo hacía igual.

A veces las interrupciones no son sólo físicas, en el sentido de que se levantan, se tiran al piso, se echan sobre la mesa, agarran los materiales, tratan de manipular ellos el manual, sino que también pueden ser verbales, cuentan una historia, hacen comentarios entre medio del test o mientras se les está dando la consigna por lo que no la escuchan, hacen ruidos con la boca, entre otras cosas.

Pero ¿por qué hacen estas cosas?, ¿por qué se dan este tipo de interrupciones?, ¿son interrupciones o “llamados de atención”? ¿llamado de atención hacia el evaluador o hacia los padres que lo llevaron a hacer algo que no quería?, ¿es culpa de los padres que no informan a sus hijos por qué los llevan con determinadas personas para realizar ciertos estudios?, ¿hay culpables o se debe hablar de responsables?, ¿qué nos está queriendo decir el evaluado a través de estas conductas?, ¿cómo interpretarlas?

Las interpretaciones o respuestas de estos interrogantes, serán más fáciles de descubrirlas a través del siguiente componente.

Empatía: es la capacidad de comprender lo que siente el otro, lo que le permite al evaluador ir midiendo el estado de la alianza terapéutica, es fundamental para el mantenimiento del vínculo que la empatía sea mutua.

Esta capacidad afectiva, va más allá de la responsabilidad que tiene el evaluador de hacer que ciertas condiciones se cumplan para que la valoración pueda desarrollarse de la mejor manera posible. Tiene que ver con el hecho de ponerse en el lugar del otro, para poder comprender de qué manera se siente y actuar, en consecuencia de eso, de la mejor forma.

Anteriormente se presentaron algunas situaciones en las que la NP, alojaba esa angustia o desesperación de los padres, por el hecho de que entendía la situación por la que estaban atravesando. Teniendo en cuenta, que la mayoría de los casos son de niños que están en un período diagnóstico, donde se están estudiando los signos y síntomas que se manifiestan, por lo que esta situación de visitar médicos, especialistas, hacer estudios y demás, es nuevo tanto para el niño o niña, como para los padres o cuidadores. Por lo que es comprensible que sus miedos los lleven a actuar de determinado modo.

Reflexionando acerca de este componente y mientras revisaba los registros, pude recordar situaciones en las que, como practicante y observadora no participante, conecté de cierta manera con el miedo, la angustia, el cansancio, el mal humor, los nervios e incomodidad de quienes estaban al frente, ya sea evaluado o tutor entrevistado.

Por ejemplo, con el P 33 “Al principio cuando entró, se lo notaba tímido y nervioso. La NP le dijo que mientras vaya haciendo las actividades eso iba a pasar... Se lo notaba con buena predisposición. Se fue notando que mientras pasaba la sesión se fue relajando” (Registro del día 11/11/22).

Con respecto a lo que se ve, a lo que se percibe, es que voy a retomar las “interrupciones” presentadas anteriormente. Si bien, habían evaluados que podían poner en palabras aquello que les generaba la valoración como el P 30 quien al finalizar dijo “Es muy estresante todo esto”(Registro del día 24/10/22). Las mismas podían ponerse en palabras luego de varias conductas que de cierta manera, le daban un indicio a la NP de qué le estaba pasando al evaluado con la actividad. Por ejemplo, el P 34 casi llegando al último de la valoración “(Se echa en el sillón y se reincorpora). NP: ¿Estás cansado? (Asiente con la cabeza) NP: Ya nos falta poquito” (Registro del día 02/12/22)

Se podría decir que estas conductas le servían como parámetro a la NP para detectar que tan enganchado o motivado estaba el evaluado en lo que estaba haciendo. La P 33, comenzó teniendo un desempeño bastante dificultoso y cuando estaba haciendo el test de Búsqueda de símbolos (el cual es por tiempo) dijo “No quiero (cuando se le dió vuelta la hoja) no, no quiero”, al finalizar el tiempo la NP le dice “¡Lo hiciste excelente!”, más avanzada la evaluación estuvo “super atenta a la historia, la miraba detenidamente a

la NP. Pero no quiso contar la historia, comenzó a contar con las preguntas. (Terminan con las preguntas) NP: ¿¡Viste que sí te salió!?! ¡¡Choque los 5!! la nena le sonrío. NP: ¡Muy bien, excelente, te salió perfecto! Hacemos dos cortitos y terminamos” (Registro del día 17/11/22).

Una aclaración importante es que no se felicitaba o celebraba la respuesta correcta, sino que a través de los comentarios positivos, se reconocía el esfuerzo con el que el evaluado resolvía la actividad, a pesar de la sensación de malestar o cansancio que experimentaba. Por ejemplo, el P 37 al ver que la réplica de la Figura compleja no le había salido bien dijo “No es ni parecido”, a lo que la NP responde “No importa, hiciste lo mejor que pudiste y eso está bien” (Registro del día 05/12/22).

Hacerle saber cuántos ejercicios faltaban para terminar, era de mucha utilidad para calmar un poco la ansiedad de finalizar la valoración e irse del consultorio. En toda ocasión se les decía la verdad con respecto a cuántos ejercicios quedaba para terminar.

Confianza: considerada como la base de la alianza, es necesario que tanto el evaluado como los adultos a cargo, confíen en el tratamiento para que se produzca un buen trabajo.

En este sentido, retomando la dimensión técnica del concepto de alianza terapéutica propuesta por Bordin (1976 extraído de Corbella y Botella, 2003) la cual está compuesta por las tareas que deben desarrollarse para llegar a los objetivos planteados, es que se destaca esta intención de generar un buen trabajo.

Si bien la evaluación neurocognitiva forma parte de una serie de estudios que solicita el profesional que está tratando al niño o niña y de cierta manera, la mayor confianza estaría depositada en el neurólogo infantil, pediatra o gabinete psicopedagógico de la escuela, que pidió ese y otros estudios con el fin de que los resultados puedan darle mayor claridad con respecto a cómo continuar con el tratamiento. También hay fe en que la evaluación neurocognitiva se produzca sin inconvenientes.

La idea de desarrollar un buen trabajo exige el mismo esfuerzo, por parte del evaluador como del evaluado. Debe haber una sensación de trabajo en equipo, de labor conjunto, debe existir un acuerdo entre las partes con respecto a las metas que se desean alcanzar y claridad con respecto a las tareas que deben llevarse a cabo para cumplir tales fines. Por lo que, ambos tienen el mismo nivel de relevancia en todo el proceso (Butcher, 2007, extraído de Hidalgo Cossio, 2013).

Con respecto a esto, desde un principio llamó mi atención escuchar expresiones por parte de la NP como: “No necesitamos lápiz”, “Terminamos con esto”, “Bueno,

hacemos el próximo”, “Mirá el que vamos a hacer, tiene dibujitos”, “Tenemos que seguir, mirá todo el tiempo que queda.” y la que en muchas ocasiones dió apertura a la evaluación “Vamos a trabajar” (Registro de diversos días).

En ese momento me parecía una manera simpática de comunicación, pensaba que era un modo más amigable de decirle las cosas al evaluado. Así se evitaban expresiones más autoritarias, tipo órdenes de lo que el evaluado debía o no hacer. Veía como si la realización de las actividades fuera tarea del evaluado solamente, ya que la NP no debía tener mucha influencia o participación en cuanto al modo de resolución de los test. Pero, era tarea de ambos y hoy puedo comprenderlo y percibirlo de esa manera.

Autonomía: Va conformándose a medida que el tiempo transcurre, alcanzando un rol más activo una vez que logró independizarse del evaluador. Hay pacientes que son muy dependientes y están en una constante búsqueda de aprobación del terapeuta.

Si bien durante el transcurso de la evaluación, en la primera sesión, se podía percibir que los niveles de ansiedad iban disminuyendo en el evaluado, lo que producía una mayor distensión en su cuerpo, el cambio de actitud más notable se daba en la segunda sesión.

Desde el ingreso, aparecía un niño o niña ya familiarizado con el lugar y con las personas presentes, con conocimiento con respecto a qué iba a hacer, dónde y con quién. Esta vez el evaluado ingresaba solo al consultorio, recuerdo la P 1 “a esta nena yo la había visto en la primera entrevista. Ahora estaba más dada. Habla más, se la percibe entusiasmada con las actividades” (Registro del día 08/07/22). Otro ejemplo es el del P 19, quien “en la primera entrevista no hacía prácticamente contacto visual, hoy miró un poco más. Hizo comentarios sobre sus hermanos, el colegio (al último)” (Registro del día 26/08/22).

Como practicante sin experiencia, al principio solía resaltar estas conductas observadas en el primer encuentro como síntomas. Sin embargo, estos cambios de actitud me enseñaron a ser paciente con respecto a la aseveración de un síntoma, ya que a veces, hay determinados comportamientos como no saludar, no mirar a los ojos, una actitud rebelde, lenguaje concreto, que a medida que se va desarrollando la evaluación van disminuyen o desaparecen. Quedando esas conductas como demostraciones de timidez, nerviosismo, incomodidad, enojo, etcétera.

Libertad: Condición principal del paciente para participar del proceso terapéutico y en la construcción del vínculo.

Como se mencionó anteriormente, al tratarse de menores, esta libertad de decidir si ir a algún lado o no, no está. Los niños son llevados por los adultos para que estos hagan la evaluación. Sin embargo, a partir de algunos casos observados, podría decir que la decisión de hacer la valoración o no, es del evaluado. A veces ni siquiera quieren entrar al consultorio, otras veces ingresan pero poco dispuestos a resolver las actividades.

El P 23 de 6 años de edad, en la primera sesión, subió las escaleras quejándose y haciéndole reclamos a su madre ya que le había dicho que no quería hacer la evaluación. Cuando entró al consultorio “comenzó a decir que quería irse, que eso era para tontos, para bebés y que no iba a hacer nada... Quería salir del consultorio, se puso muy eufórico... La NP le dijo a la madre que la íbamos a dejar a solas por unos minutos para que pudieran conversar” (Registro del día 30/09/22). A pesar de los intentos de acercamiento, mediación e insistencia de la madre, el niño no se tranquilizó, por lo que, la sesión fue reprogramada.

Otro caso fue el del P 31 de 7 años de edad, quien por una particularidad ingresó con su madre para que esta ayude con la comunicación. Si bien no hubo inconvenientes para entrar al consultorio, al momento de responder a las preguntas de un test “La mira a la madre pero no responde nada. Tercera pregunta refiere que no sabe y la madre le dice ¡Tomi! (haciendo alusión a que él sabe). En Figura compleja: agarra el lápiz, hace una línea (sin ganas) y dice “no sé” NP: ¿No te sale nada, nada, nada? y le pregunta si quiere continuar con otros colores. P responde que no... NP:¿No lo querés hacer? (juntar las cosas que ella estaba acomodando) P: No.... Al final era un no sé a todo” (Registro del día 17/11/22).

Ambos casos reflejan muy claramente lo fundamental que es la predisposición por parte de quien vaya a realizar la evaluación, más allá de que haya sido obligado a ir o de las promesas que se hayan hecho, sin importar la edad, quien decide de qué manera actuar en ese momento es el evaluado. En ambos casos, la actitud de los pacientes fue trasladada en los informes finales.

Neutralidad: característica de la alianza, el terapeuta debe realizar sus intervenciones con la mayor objetividad posible con el fin de beneficiar el proceso.

Si bien es imposible lograr una completa anulación de las emociones, el psicólogo debe tratar de posicionarse a una distancia apropiada que le permita alcanzar el equilibrio más adecuado para lograr la mejor relación terapéutica posible (Hidalgo Cossio, 2013).

Con respecto a este contexto en el cual se tiene contacto por poco tiempo con el evaluado, en relación al tiempo que se tendría con un paciente durante un tratamiento

terapéutico, me pregunto si esta modalidad no facilita la toma de distancia y objetividad en el evaluador.

Sin embargo, no querría dejar de lado la experiencia como practicante, donde descubrí que a pesar de las historias complejas y a veces hasta dolorosas que escuchaba de los niños, siempre me quedaba con lo más lindo de ellos, enternecida con su inocencia, con sus palabras mal pronunciadas, sus gestos o salidas, pero sin quedar pegada al caso.

Si bien a modo organizativo se fue puntuando y definiendo cada factor de manera individual. En la práctica, estos se dan de manera simultánea y en muchas ocasiones se trastocan, son interdependientes entre sí. A pesar de ello y de todo lo desarrollado hasta este momento, surge la pregunta de si es suficiente el cumplimiento de todos estos factores para la concreción de una alianza terapéutica positiva o si hay algo más que debe tenerse en cuenta.

8.2.3 ACTITUD CLÍNICA

En base al tercer y último objetivo específico planteado: *Caracterizar la actitud clínica y metodología de acción del evaluador*. Es que se comenzará sintetizando los conceptos expresados por los diferentes autores dentro del marco teórico de lo que es la actitud clínica. Ligando ejemplos, interrogantes y reflexiones que surgen a partir de lo observado y vivido durante la práctica.

La actitud clínica es la cualidad que distingue al psicólogo clínico, es la capacidad de transformar los conocimientos teóricos en función de la persona que se está tratando, con el propósito de comprenderla y ayudarla (Berenstein, 1982).

Como se estuvo desarrollando anteriormente, es imprescindible que el psicólogo cause una buena impresión al paciente, y pueda brindarle un espacio de seguridad, contención y confianza, a través de un trato afable y respetuoso, pero manteniendo una distancia considerable para no perder la objetividad (Sanchez Escobedo, 2008, extraído de Hidalgo Cossio, 2013).

Cada paciente es un nuevo desafío al cual el terapeuta debe enfrentarse, debiendo implementar estrategias que se adapten a la situación del mismo con la intención solucionar el problema de la manera más conveniente, dando como resultado la concreción de un vínculo único (Sanchez Escobedo, 2008, extraído de Hidalgo Cossio, 2013).

El profesional debe acudir a su experiencia y juicio clínico para lograr encontrar la mejor manera de vincularse con el menor. La actitud que tome frente al evaluado, será determinante para que el proceso se desarrolle de buen modo (Wechsler, 2015). Mayormente en los casos donde el menor se encuentra renuente y con una actitud rebelde con respecto al proceso de valoración. Ya que, como se mencionó anteriormente, si el evaluador tanto antes, como durante la evaluación logra generar y mantener un buen vínculo, el proceso se desarrollará eficazmente.

Por ejemplo, el caso del P 34 de 5 años: “Ingresa con ambos padres, quienes se quedan durante la evaluación. En la entrevista los papás dijeron que el niño se enfoca en las cosas que le gustan a él. Le gustan las banderas. NP: ¡Vamos a hacer desafíos de banderas después! (pero él no dijo nada)” (Registro del día 02/12/22). Este juego de las banderas resultó muy divertido y entretenido para el P 23, pero en este evaluado no causó el mínimo interés. Luego la NP dijo “Vamos a trabajar. P: ¡No! (se acurruca en la silla). La NP hace que se siente en el sillón. Le mira la bermuda “¿Esa bermuda tiene dinosaurios? ¡Ay, qué bueno! (y comenzó a ver y decir los nombres de los dinosaurios de la bermuda. Su carita cambió. Se miraba la bermuda y sonreía)” (Registro del día 02/12/22). En ese momento, la actitud del evaluado cambió y se predispuso a comenzar la evaluación.

Diversos autores hablan de habilidades terapéuticas que ayudan a la construcción de un vínculo beneficioso. A continuación se profundizará en algunas de las habilidades planteadas por Barraca Mairal (2009) en su clasificación. Cabe aclarar que la elección de determinadas habilidades se hace con la intención de no ser redundante con respecto a aspectos vistos y trabajados en los apartados anteriores.

Entre las habilidades básicas, además de la empatía y la escucha activa, encontramos la aceptación. Bados López y García Grau (2011) refieren que esta “Implica aceptar al cliente tal como es, sin juicios, y valorarlo como persona merecedora de dignidad” (p.9). Expresan que el profesional debe tener una actitud no valorativa para que el paciente pueda sentirse aceptado tal y como es.

En este sentido, recuerdo que al comienzo de la práctica utilizaba la edad y nivel de escolaridad como parámetros, pero con el prejuicio de creer que a pesar de las dificultades, habían conocimientos básicos que debían estar incorporados sí o sí. Por ejemplo, el P 5 “Vimos al chico de 14 años... ¡Vagaso! Dijo que no sabía el abecedario, para mí era para no hacer el test. En las situaciones problemáticas respondía cualquier cosa, por ejemplo, tenía que sumar mentalmente $15 + 20$ y respondía 30. No eran

problemas difíciles. Seguro le va a dar todo mal porque no se esforzó en resolver nada” (Registro del día 15/07/22).

La NP, en cambio, con el P 11 de 7 años, “refirió que no sabía el abecedario. No pudo hacer el PROLEC. La NP le dijo que no importaba si no sabía las letras, ya que estaba yendo al cole para aprender” (Registro del día 29/07/22). Intervenciones de esta índole, me enseñaron a dejar de lado los prejuicios y a poner en primer lugar al paciente con sus cualidades, conocimientos y fortalezas.

La autenticidad, es otra habilidad a destacar, tiene que ver con la capacidad de mostrarse espontáneo, de ser uno mismo y poder comunicar al otro aspectos y sentimientos más personales (Bados López y García Grau, 2011). En cuanto a esto, cuando apenas ingresé a la institución y aún no conocía cómo era el proceso de la evaluación neurocognitiva infantil, la manera en la que la NP ingresaba con los pacientes al consultorio me hizo creer que ya se conocían. Sin embargo, me dejó muy sorprendida saber que era la primera vez que los veía.

Las conversaciones “de pasillo” (entre la sala de espera y el consultorio), según mi criterio, eran el puntapié inicial de la construcción de un buen vínculo, el primer acercamiento, distendido y amigable con el evaluado. Si bien no fueron comentarios que registré debido a su carácter más informal, podía oír que venían hablando de videojuegos de moda entre los niños, de los cuales la NP estaba muy bien informada, de alguna prenda de vestir (una vincha, una prensa, una gorra) que traía el evaluado y que a la NP le gustaba, mostrándole ella también algo que tenía como sus aritos, una pulsera o dije. Recibir a las personas de buen humor y poder contagiarles ese sentimiento, es una habilidad muy importante (Bados López y García Grau, 2011).

Por otra parte, la cordialidad, es una habilidad que pude percibir durante el momento de evaluación. Esta supone expresar el aprecio e interés que se tiene por el paciente, dando ánimo y aprobación en momentos oportunos (Bados López y García Grau, 2011). Los autores, además, aclaran que pueden ser expresiones verbales y no verbales: “¡Muy bien cómo piensas! Lo estás haciendo muy bien... ¡Muy bien! Choque los cinco porque tenemos otra cara contenta (hace la cara contenta en papel)” (Registro del día 05/12/22) fueron comentarios que le hizo al P 35 quien había ingresado con pocas ganas de hacer las actividades, “¡Muy bien! Sos el genio de los cubos” (Registro del día 20/12/22) le dijo la NP al P 37 cuando luego de tanto esfuerzo terminó el test.

Los choques de manos o de puño, los pulgares para arriba, los comentarios de felicitaciones, las risas y sonrisas, como los stickers o sellitos de carita contenta que se llevaban, hacían de la evaluación un proceso más dinámico y entretenido.

Por último, la directividad, tiene que ver con la manera de dar instrucciones e información, de ofrecer ayuda, de estructurar y delimitar tareas, entre otras cosas. Con respecto a esto, el P 37 tenía que hacer la actividad de “Claves (colocar el signo con el símbolo), se apresuró cuando la NP le quería explicar la consigna, por lo que, le tuvo que sacar el lápiz. (Me gustan estas intervenciones, porque ni se los saca de prepo al lápiz, ni los reta, siempre les pide con respeto “prestame el lápiz, ya te lo devuelvo”)” (Registro del día 05/12/22).

En este trabajo de retrospección y reflexión con respecto a la actitud de la NP, me pregunto cuánta influencia tiene la personalidad y la experiencia del profesional. ¿Hay modos de ser que facilitan la implementación de estas habilidades? o ¿son los años de experiencia los principales responsables de la incorporación de las mismas?

9. CONCLUSIONES

Para dar cierre a este trabajo, se retomarán aquellos aspectos considerados más relevantes de cada uno de los objetivos analizados. Sin antes mencionar que todo esto fue un descubrimiento para mí ya que creía que para tomar evaluaciones neurocognitivas solamente bastaba con decir bien la consigna. Sin embargo, gracias a la observación y el análisis, pude darme cuenta de que más allá de ser un proceso que cuenta con diversas etapas. Con decir bien la consigna, no basta.

Este análisis me permitió comprender la importancia que tiene la visión holística en el tratamiento con los pacientes, incluyendo la historia y contexto del sujeto, más allá del problema o síntomas que presente. Puedo reparar en que la entrevista que se hace al adulto responsable del menor, nos da información desde la perspectiva que tiene esa persona en particular de la situación del niño o niña. La cual es igual de verídica y valiosa que aquello que dicen los docentes de la escuela y que las observaciones registradas por la NP durante el proceso de valoración.

Obtener información de diversas fuentes, no debería llevar a una selección de datos sino más bien a una conjunción de los mismos. Esto es tan importante para el futuro del tratamiento, que el informe final incluye lo que cada participante del proceso dice en relación a la situación que se está viviendo.

Por otra parte, con respecto a los factores presentados como facilitadores de un vínculo beneficioso y teniendo en cuenta de que todos estos componentes surgieron desde el trabajo terapéutico con pacientes. Me pregunto ¿habrá otro u otros factores dentro del proceso de evaluación neurocognitiva que ayuden al establecimiento de una buena alianza?, ¿Qué tanta influencia tiene el tiempo en cuanto a la creación del vínculo?, ¿Existe un tiempo estipulado para lograr una mejor alianza?

“Existe una creciente conciencia sobre la importancia de la relación y la alianza terapéutica en los resultados del tratamiento. Las investigaciones de procesos sobre la relación o alianza terapéutica proveen información relevante para la práctica clínica” expresa Etchevers et. al (2012) en las consideraciones finales de su trabajo de investigación. Por lo que, me gustaría abrir una puerta hacia un estudio más profundo con respecto al proceso de vinculación en una valoración psicológica.

Teniendo en cuenta, además, de que se ha encontrado correlación entre la concreción de una buena alianza con los resultados obtenidos en el tratamiento. El hecho de tener mayor conocimiento de esto, podría responder a mis dudas en cuanto a si ¿existe una correlación entre una buena alianza y el resultado obtenido en la evaluación? o ¿Qué tanta influencia tiene la alianza terapéutica en el desempeño del evaluado en los test?

Por último, considero que la actitud terapéutica además de ser el sello personal, la impronta del profesional. Es donde se imbrican los aspectos personales, de la intimidad del psicólogo con los conocimientos teóricos y la preparación académica. Más allá de los conceptos y definiciones con respecto a las habilidades terapéuticas, el poder amoldar la postura que se tiene en relación a lo que el paciente va demandando, desde mi perspectiva, es el mayor desafío al cual se enfrenta un profesional, sea el ámbito que sea.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila, A., y Rosselli, M. (2007) *Neuropsicología infantil*. El Manual Moderno S. A. de C. V.
- Arrebillaga, M. (2016) *Neuropsicología clínica Infatil. Intervenciones terapéuticas en TGD, Autismo, Asperger, Síndrome de Rett*. Brujas.
- Bados López, A. y García Grau, E. (2011) *Habilidades Terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Barraca Mairal, J. (2009). *Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación. Clínica y Salud* 20 (2) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200001
- Barraca Mairal, J. (2009) *Cuadro 1* (Cuadro) Scielo https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200001
- Berenstein, D., y Nietzel, M (1982) *Introducción a la Psicología clínica*. McGRAW-HILL
- Buendía, J. (1991) *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales* (Vol.29) EDITUM.
- Buendía, J. (1999) *Psicología Clínica: perspectivas actuales*. Ediciones Pirámide.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología* 19(2), 205-221. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671/26841>
- Cossio Hidalgo, C. (2013) Influencias de las características del terapeuta y del paciente en la constitución de la relación terapéutica. *Psyconex* 5 (7), 1- 11. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/20332>
- Etchevers, M., Garay, C., Korman, G., González, M., Simkin, H. (2012) *Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica*.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000100023

- Etchevers, M., Putrino, N., Giusti, S., Helmich, N., Cantaro, M., Tabullo, A., y Argibay, P. (2016) *Relación entre paciente y terapeuta: investigación, práctica y docencia*. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/relacion_paciente_terapeuta.pdf
- Etchevers, M., Simkin, H., González, M. y Muzzio, G. (noviembre, 2012). *Relación y alianza terapéutica: Revisión y actualización de estudios empíricos desde diferentes perspectivas teóricas*. [ponencia] IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/hugo.simkin/7.pdf>
- Grañana, N. (2017) Evaluación neuropsicológica e informe en niños. En N. Fejerman y N. Grañana. (Comps.). *Neuropsicología infantil*. (1ª ed.). (pp. 54- 65). Paidós.
- Jara, O. (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. [Entrevista]. *Decisio*, 67-74. https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf
- Kolb, B., y Whishaw, I. (2017) *Neuropsicología Humana*. (7ma ed.). Médica panamericana.
- Ley 23.277. *Ejercicio profesional de la psicología*. (6 de noviembre 1985). Boletín oficial N°25.806.
- Ley 8.312. *Constitución del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba*. (8 de septiembre de 1993). Boletín oficial N°2506.
- Morrison, J. y Flegel, K. (2018) *La entrevista en niños y adolescentes. Habilidades y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5*. El Manual Moderno.
- Muniz, A., Achard, P., Capnikas, E., Cristóforo, A., De Armas, M., Dibarboure, M., Kachinovsky, A., Martínez, S., Parra, A., Pérez, A., Protesoni, A., Salvo, L. y

Selma, H. (2018) *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Comisión Sectorial de Enseñanza.

Sanchez Escobedo, P. (2008) *Psicología Clínica. El Manual Moderno*.

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Valdes Velázquez, A (2014) *Etapas del desarrollo cognitivo de Piaget*. https://www.researchgate.net/profile/Armando-Valdes-Velazquez/publication/327219515_Etapas_del_desarrollo_cognitivo_de_Piaget/links/5b80f4c4585151fd1307d84/Etapas-del-desarrollo-cognitivo-de-Piaget.pdf

Vivas Ahumada, L. (2019) *Las actitudes terapéuticas del psicólogo cognitivo conductual en la psicoterapia con niños y niñas*. <http://hdl.handle.net/10785/5555>

Waizmann, V., y Roussos, A. (2009) Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. https://www.researchgate.net/profile/Andres-Roussos/publication/215678005_Acerca_de_la_dificultad_en_la_conceptualizacion_de_la_alianza_terapeutica/links/0f317536560a7d7a8d000000/Acerca-de-la-dificultad-en-la-conceptualizacion-de-la-alianza-terapeutica.pdf *INTERSUBJETIVO*, 10(1), 122- 133.