

Bocco, María Paula

**La entrevista psicológica
como herramienta de las
evaluaciones
neuropsicológicas en un
Hospital Polivalente de la
ciudad de Córdoba,
Argentina**

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

Directora: Seita, Valentina

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.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

“La entrevista psicológica como herramienta de las evaluaciones neuropsicológicas en un Hospital Polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina.”

María Paula Bocco

2026

“La entrevista psicológica como herramienta de las evaluaciones neuropsicológicas en un Hospital Polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina.”



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

“La entrevista psicológica como herramienta de las evaluaciones neuropsicológicas en un Hospital Polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina.”

Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Psicología
Trabajo Integrador Final
Modalidad: Sistematización de Prácticas

“La entrevista psicológica como herramienta de las evaluaciones neuropsicológicas en un Hospital Polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina.”

Alumna: María Paula Bocco
Dni: 44193956
Directora: Lic. Valentina Seita

A Verónica, Pablo y Matías;

A Ana y Mario, y a Melby y Juan.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su apoyo incondicional, su acompañamiento constante y por confiar en cada uno de mis pasos y logros.

A mis abuelos, quienes, con su ejemplo, cariño y sabiduría, alentaron cada paso de este proceso.

A mis amigos de siempre, que desde el jardín son mis personas favoritas. Gracias por la paciencia y la incondicionalidad a lo largo de los años.

A Agos y Valet, por ser mis pilares fundamentales. Gracias por ser mis mejores amigas.

A mis amigas y futuras colegas, con quienes no solo compartí cada mañana con mate y risas, sino también con quienes crecí como persona y futura profesional. Gracias por estar siempre a mi lado y por hacer de este recorrido juntas la mejor experiencia.

A Luluba, la compañera más fiel y divertida con quien tuve el placer de compartir las mañanas en el hospital. Gracias por estar siempre a mi lado y por hacer de este proceso uno inolvidable.

A Nanu, por su complicidad, complementariedad y acompañamiento esencial en este proceso.

A Sheldon, por ser el compañero mas fiel.

A Vale, mi directora, por su paciencia, su acompañamiento y por confiar en mí.

Al Hospital Nacional de Clínicas y a mi referente Julio, por brindarme el espacio de aprendizaje y formación profesional, y por acompañar cada mañana con alegría.

A la Universidad Católica de Córdoba por ser la institución que me permitió formarme en mi vocación.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA.....	13
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	18
3.1 HISTORIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICA.....	19
3.2 EL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS EN LA ACTUALIDAD.....	20
3.4 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL.....	23
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	24
5. OBJETIVOS.....	26
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
6. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	28
7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	39
7.1 SISTEMATIZAR.....	40
7.2 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	41
7.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	47
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	48
8.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	51
8.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y SU FUNCIONALIDAD EN EVALUACIONES NEUROPSICOLÓGICAS.....	52
8.2.2 PERFIL CLÍNICO Y CONTEXTO VITAL DEL PACIENTE.....	55
8.2.3 APORTES CLÍNICOS DEL PSICÓLOGO.....	59
9. CONCLUSIONES.....	61
9.1 CONCLUSIONES TEÓRICAS.....	62
9.2 CONSIDERACIONES FINALES.....	67
10. ANEXO.....	69
10.1 GUÍA ORIENTATIVA PARA LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA EN EVALUACIONES NEUROPSICOLÓGICAS.....	70
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos

HNC: Hospital Nacional de Clínicas

PAMI: Programa de Asistencia Médica Integral

PPS: Práctica Profesional Supervisada.

UNC: Universidad Nacional de Córdoba

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realiza a partir de la Práctica Profesional Supervisada, correspondiente al último año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. La misma se desarrolló en el Hospital Nacional de Clínicas de la ciudad de Córdoba durante el año lectivo 2025.

Se propone sistematizar la experiencia de práctica profesional, la cual fue vivenciada a través del rol de observación participante. Dicha sistematización permite no solo registrar la experiencia, sino también reflexionar sobre ella como proceso único e irrepetible, para la transformación y enriquecimiento de los conocimientos adquiridos y la generación de aprendizajes significativos.

Durante el desarrollo de la práctica se realizaron diversas actividades propuestas por el Servicio de Psicopatología del hospital, como entrevistas de admisión, terapia gestáltica grupal, grupos psicofarmacológicos, talleres para la comunidad, entre otras. Sin embargo, se hizo hincapié principalmente en el dispositivo de evaluaciones neuropsicológicas. Con el transcurso del tiempo, el dispositivo de evaluaciones se volvió el foco principal de interés de las prácticas profesionales y fue despertando diversos interrogantes acerca del proceso de evaluación, tales como: *¿Qué lugar ocupa la entrevista psicológica en el proceso de evaluación neuropsicológica? ¿Qué rol desempeña el psicólogo en dicho proceso? ¿Qué lo diferencia de otro profesional como entrevistador? ¿Qué información resulta relevante obtener durante las entrevistas psicológicas?*

El presente escrito se organiza en sucesivos apartados que configuran un recorrido descriptivo y analítico; esta estructura favorece la sistematización de la experiencia de formación y permite dar cuenta del proceso realizado durante las prácticas profesionales.

En primera instancia, se presenta la fundamentación teórica del contexto de práctica en el ámbito clínico-hospitalario en el que se desarrolla la misma. Se destaca la

historia de la psicología clínica y las particularidades del ámbito público de salud, así como el rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario.

Posteriormente, en el tercer apartado, se describe el contexto institucional de la práctica en el Hospital Nacional de Clínicas. Se desarrolla la historia del hospital, con especial énfasis en los antecedentes, la organización y los roles del servicio de Psicopatología, así como en el funcionamiento y los dispositivos actuales. Se incluyen un organigrama institucional y uno específico del servicio, para una mejor comprensión de su estructura y funcionamiento.

El cuarto apartado introduce el eje de sistematización elegido, centrado en la entrevista psicológica como herramienta en las evaluaciones neuropsicológicas. Este eje surge de la observación directa de las prácticas en el área de evaluación neuropsicológica, donde la entrevista ocupa un lugar central tanto en el proceso de evaluación como en la comprensión integral del sujeto evaluado.

El quinto apartado incluye el objetivo general del trabajo: “Analizar la entrevista psicológica como herramienta de las evaluaciones neuropsicológicas realizadas en un Hospital Polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina”. Asimismo, se enumeran los objetivos específicos derivados del objetivo general.

En el sexto apartado se incluye la perspectiva teórica a partir de la cual se aborda el escrito, tomando como referencia diversos autores especializados tanto en entrevistas psicológicas como en evaluaciones neuropsicológicas.

A continuación, en el séptimo apartado se especifica la metodología de trabajo empleada para la sistematización de la práctica desde un enfoque cualitativo. Se especifican tanto las características de la sistematización como las de la población, los instrumentos de recolección de datos y las consideraciones éticas relevantes para el presente trabajo.

En el octavo apartado se desarrolla el análisis de la experiencia. En primera instancia, se sintetiza la práctica mediante la recuperación del proceso vivido a partir de

la propia experiencia subjetiva. Luego se realiza un proceso de codificación de registros que permite organizar los resultados en relación con el objetivo del trabajo para su análisis.

En el penúltimo apartado se presentan las conclusiones derivadas de los resultados analizados, mediante una relación teórico-práctica. Así también se incluyen consideraciones para futuras investigaciones y consideraciones finales personales en relación con la experiencia.

Por último, se presentan las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración del presente trabajo.

De este modo, este trabajo integrador final busca dar cuenta del proceso de aprendizaje y de construcción del rol profesional, a partir de la experiencia en un contexto clínico. Se recuperan los aportes de la práctica como espacio formativo e integrador entre teoría y acción.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

En el marco de una práctica preprofesional supervisada en el ámbito clínico de la Licenciatura en Psicología, resulta pertinente contextualizar históricamente el desarrollo de la psicología clínica en Argentina. Esta disciplina, tal como se la conoce actualmente, es el resultado de un proceso de evolución conceptual, institucional y profesional que se consolidó principalmente a lo largo del siglo XX, aunque cuenta con antecedentes más antiguos (Buendía, s.f.).

A nivel internacional, la psicología clínica emergió como un campo específico dentro de la psicología en diálogo con la consolidación de esta como disciplina científica. En sus inicios, se constituyó a partir del encuentro entre la psicología experimental y las prácticas médicas orientadas a la salud mental, en particular en ámbitos hospitalarios. Este vínculo entre psicología y medicina mantiene su continuidad hasta la actualidad en instituciones como el Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, donde se desarrollan prácticas formativas en salud mental desde una perspectiva clínica interdisciplinaria.

En Argentina, este proceso tuvo un desarrollo temprano. El modelo dominante en esos comienzos fue el médico-psiquiátrico, y las primeras tareas de los psicólogos se centraron en la evaluación diagnóstica y la elaboración de informes complementarios para la psiquiatría (Buendía, s.f.). A fines del siglo XIX, el país fue uno de los pioneros de América Latina en incorporar la psicología experimental al ámbito académico, con la creación de laboratorios y cátedras. Figuras como Víctor Mercante, Horacio Piñero y José Ingenieros promovieron los primeros desarrollos de la psicología científica desde perspectivas fisiológicas y experimentales, en diálogo con las corrientes europeas de la época (Saforcada, 2008).

Sin embargo, hacia mediados del siglo XX, estos avances se vieron interrumpidos por factores de fuerza mayor, como los golpes de Estado, la discontinuidad institucional, la fragmentación de los espacios de investigación y la desvinculación de la psicología de otros desarrollos científicos locales (Saforcada, 2008). A partir de 1955, la fundación de las carreras universitarias de psicología generó una ruptura con esa tradición científica. Las nuevas cátedras fueron ocupadas mayoritariamente por médicos psicoanalistas, lo que generó una

fuerte impronta clínica, más precisamente psicoanalítica, en la identidad profesional del psicólogo argentino (Saforcada, 2008).

Simultáneamente, a nivel global, la psicología clínica comenzó a diferenciarse del campo médico en lo conceptual y metodológico. Según la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003), la psicología clínica es una rama de la psicología que utiliza sus conocimientos y técnicas para analizar comportamientos que se consideran anómalos o problemáticos. Estos comportamientos pueden causar malestar en la persona que los experimenta o afectar a quienes la rodean. Esta transformación de la disciplina habilitó el desarrollo de técnicas de evaluación específicas, modelos psicoterapéuticos propios y una redefinición del rol del psicólogo clínico como profesional autónomo. Buendía (s.f.) destaca que “el psicólogo clínico deja de ser un mero auxiliar del psiquiatra para asumir una posición autónoma, con herramientas y marcos teóricos propios” (p. 4).

Este crecimiento estuvo acompañado de debates epistemológicos internos, que propiciaron la diversificación del campo clínico. Se consolidaron distintos enfoques teóricos como el psicoanálisis, el cognitivo-conductual, el humanismo y el enfoque sistémico, lo cual amplió las estrategias de intervención y enriqueció la práctica clínica (Buendía, s.f.). No obstante, en Argentina, el predominio del modelo médico-clínico desplazó otras posibles áreas, como la psicología comunitaria, la psicología de la salud o los abordajes integrativos. La práctica clínica quedó firmemente centrada en el consultorio privado, con una orientación individualista y escasa articulación con los sistemas públicos o comunitarios (Saforcada, 2008).

Este sesgo tuvo consecuencias significativas en la configuración profesional. Según estadísticas relevadas por Saforcada (2008), más de la mitad de los psicólogos del país se desempeñan en el ámbito clínico, mientras que otras áreas como la educacional, la forense o la laboral tienen una participación considerablemente menor. No obstante, en las últimas décadas, la psicología clínica ha comenzado a expandirse hacia nuevos ámbitos como la prevención, la intervención en crisis, el trabajo comunitario y la articulación interdisciplinaria en instituciones de salud, educación y justicia (Buendía, s.f.).

Actualmente, según la vigente Ley 7.106 del ejercicio profesional de la psicología a nivel nacional, se entiende por área de la psicología clínica la esfera de acción que involucre hospitales generales, psiquiátricos, neuropsiquiátricos, centros de salud mental, clínicas e instituciones privadas de la misma índole y la práctica privada de la profesión. En este contexto el ejercicio del psicólogo clínico se encuentra en un punto de inflexión, la práctica histórica centrada en la consulta individual, ha demostrado ser limitada frente a las transformaciones sociales, económicas y culturales de las últimas décadas. En el artículo de Haz, Díaz y Raglianti (2002), se propone una reconceptualización del rol del psicólogo clínico que articule su formación teórica y técnica con el abordaje de problemáticas psicosociales de alta complejidad, a través de estrategias de intervención integrales e intersectoriales. Los autores destacan que el modelo tradicional de consulta, donde el profesional actúa con cierta autonomía frente a un paciente individual, es insuficiente frente a realidades marcadas por el atravesamiento institucional, la vulnerabilidad social y las formas de exclusión. Hoy, los individuos viven insertos en redes institucionales de distinta índole (educativas, sanitarias, laborales, comunitarias), lo que complejiza la aparición y el tratamiento de los malestares psicológicos. De este modo, los problemas de salud mental deben ser comprendidos como fenómenos biopsicosociales, influenciados tanto por variables individuales como por relaciones sociales, comunitarias e institucionales (Haz et al., 2002).

Desde esta perspectiva, el psicólogo clínico deja de ser un profesional aislado para convertirse en un agente activo dentro de equipos interdisciplinarios. Esto implica saber comunicarse con otros saberes, adaptarse a estructuras organizativas diversas y participar en procesos de planificación institucional. Ya no alcanza con dominar técnicas de intervención individual, sino que se requiere capacidad para colaborar, capacitar, articular redes y contribuir a estrategias de salud mental colectivas y preventivas (Haz et al., 2002). Es por estas razones que la tarea del psicólogo clínico se caracteriza por su multidimensionalidad, lo que implica que no solo debe tener conocimientos clínicos, sino también competencias comunicativas, éticas, institucionales y formativas. Debe ser capaz de intervenir en crisis, realizar entrevistas diagnósticas, acompañar procesos, coordinar con otros servicios, realizar tareas docentes y participar en investigaciones aplicadas. En este sentido, la práctica hospitalaria exige una formación integral que incluya habilidades específicas de

comunicación, capacidad para el trabajo en red, evaluación constante de la práctica y supervisión clínica (López Fuentetaja & Iriondo Villaverde, 2019).

En este marco, y particularmente en el contexto hospitalario, la intervención psicológica debe adaptarse a condiciones muy específicas como escasa privacidad, alta rotación de pacientes, tiempos breves de intervención, urgencias, convivencia con la muerte y situaciones de vulnerabilidad. Todo esto requiere desarrollar estrategias breves, sensibles al contexto, orientadas al alivio del sufrimiento, al acompañamiento emocional y a la construcción de sentido. A su vez, el psicólogo hospitalario debe poder equilibrar sus intervenciones entre lo individual, lo grupal y lo institucional, atendiendo también a los equipos de salud y a los procesos de formación profesional (López Fuentetaja & Iriondo Villaverde, 2019).

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 HISTORIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICA

El Hospital Nacional de Clínicas (HNC), fue inaugurado en 1913 como el hospital-escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Es una institución pública de alta complejidad que se encuentra en la calle Santa Rosa 1564, en el Barrio Alberdi de la Ciudad de Córdoba. La misma fue concebida desde sus orígenes como un espacio que articula asistencia, docencia e investigación. Su creación se inscribió en un proyecto educativo impulsado por el Estado nacional en 1877, con la participación de figuras como Hendrik Weyenberg, quien organizó el plan de estudios y las cátedras de la incipiente Facultad de Ciencias Médicas. (Hospital Nacional de Clínicas, s.f.).

El inicio de la construcción del hospital se remonta a 1885, como respuesta a la necesidad de contar con un espacio adecuado para la formación de los estudiantes de medicina. Esta iniciativa fue impulsada por quien entonces era el decano Luis Rossi, con el apoyo del intendente Juan Manuel de la Serna, quien cedió el terreno, y del ingeniero italiano Francisco Tamburini, quien se encargó del diseño y finalización del edificio. La estructura original contaba con diez pabellones diferenciados por sexo, con capacidad para 282 pacientes y aulas para 621 estudiantes, junto a equipamiento técnico avanzado para la época (Reseña Histórica, s.f.). La construcción del hospital estuvo inspirada en modelos arquitectónicos italianos y fue finalizada por el ingeniero Francisco Tamburini. (Universidad Nacional de Córdoba, s.f.).

Durante los primeros años de funcionamiento, el hospital fue ampliando sus servicios. Entre 1915 y 1917, se incorporaron nuevos pabellones como respuesta a la creciente demanda

de atención, incluyendo especialidades como infectología, aislamiento, otorrinolaringología, oftalmología y anatomía patológica (Reseña Histórica, s.f.). En términos históricos, Clínicas también fue un lugar central en la Reforma Universitaria de 1918. Décadas más tarde, durante el Cordobazo, el hospital también volvió a ser un foco de efervescencia social. En 1996, fue declarado Monumento Histórico Nacional por su valor arquitectónico y su importancia histórica para el país (Reseña Histórica, s.f.). Su impacto también fue barrial: el antiguo “Barrio de las Quintas” pasó a llamarse “Barrio Clínicas”, con un fuerte sentido de identidad cultural, política y comunitaria.

3.2 EL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS EN LA ACTUALIDAD

El Hospital Nacional de Clínicas recibe mensualmente más de 20.000 consultas médicas, realiza 700 internaciones y alrededor de 650 cirugías, de las cuales el 10 % son del servicio de guardia del hospital. Además, absorbe interconsultas y pacientes de distintas regiones del país. (Reseña Histórica, s.f.). Esta dinámica se les impone a los equipos de salud, y en particular al psicólogo clínico, una forma de trabajo condicionada por la urgencia, la alta rotación de pacientes y la coexistencia de múltiples especialidades. A su vez, la institución participa activamente en campañas de promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas y vacunación, en colaboración con el Ministerio de Salud provincial y nacional (Hospital Nacional de Clínicas, s.f.) . El hospital brinda atención y servicio a personas sin cobertura médica, pero también, y en menor medida, atiende a usuarios de PAMI, APROSS y las obras sociales universitarias: DASPU y PASOS.

Desde esta complejidad, el Clínicas se convierte en un espacio privilegiado para reflexionar sobre los alcances y límites del rol de los profesionales en los procesos institucionales, educativos y sociales que lo atraviesan.

En el Hospital Nacional de Clínicas funcionan diversos servicios que abarcan múltiples especialidades médicas y áreas de apoyo, entre ellos: Alergia e Inmunología, Alimentación, Anatomía Normal, Angiología y Hemodinámica, Cardiología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Cardiovascular, Cirugía de Tórax, Cirugía General, Cirugía Plástica, Cirugía Vascular, Clínica Médica, Coordinación de Quirófanos, Dermatología, Diabetología, Dirección General de Enfermería, Endocrinología, Endoscopia Digestiva, Farmacia Central, Flebología y Linfología, Fonoaudiología, Ginecología, Guardia Central, Diagnóstico por Imagen, Instrumentación Quirúrgica, Infectología, Instituto de Hemoterapia, Instituto Oncológico Universitario, Kinesiología y Fisioterapia, Laboratorio Central, Medicina Crítica, Medicina Familiar, Medicina Laboral, Nefrología, Neumonología, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Onco-Hematología, Otorrinolaringología, Patología, Psicopatología, Reumatología, Traumatología, Unidad de Cuidados Coronarios, Auditoría Médica, Unidad de Terapia Intensiva y Urología.

Dentro del hospital, el servicio de psicopatología cumple un rol central en la atención en salud mental, su historia se remonta a 1983, cuando comenzó a funcionar dentro del Servicio de Oncología. En 1995 se institucionalizó formalmente como servicio independiente, con el Dr. Wilington como su primer jefe (Pérez, 2023). Desde entonces, la institución fue atravesando diversas modificaciones que fueron moldeando su identidad. Durante años, el servicio mantuvo un funcionamiento amplio, con horarios de atención extendidos, convenios con obras sociales y un plantel profesional de más de 60 integrantes. En el año 2014, el hospital pasó a tener una gestión pública y nacional, provocando un cambio en el sistema y organización general del servicio. Dicha modificación tuvo como consecuencia la pérdida de pacientes y profesionales debido a la pérdida de cobertura de múltiples obras sociales. A comienzos del año 2020, el personal del servicio fluctuaba entre 30 y 35 profesionales, sin embargo con la influencia de la pandemia COVID-19 el servicio cerró sus puertas, suspendiendo su funcionamiento y atención. A lo largo del año 2021 se fue realizando una

reincorporación progresiva, pero con un equipo reducido, disminuyendo significativamente los profesionales adheridos al servicio (Perez, 2023).

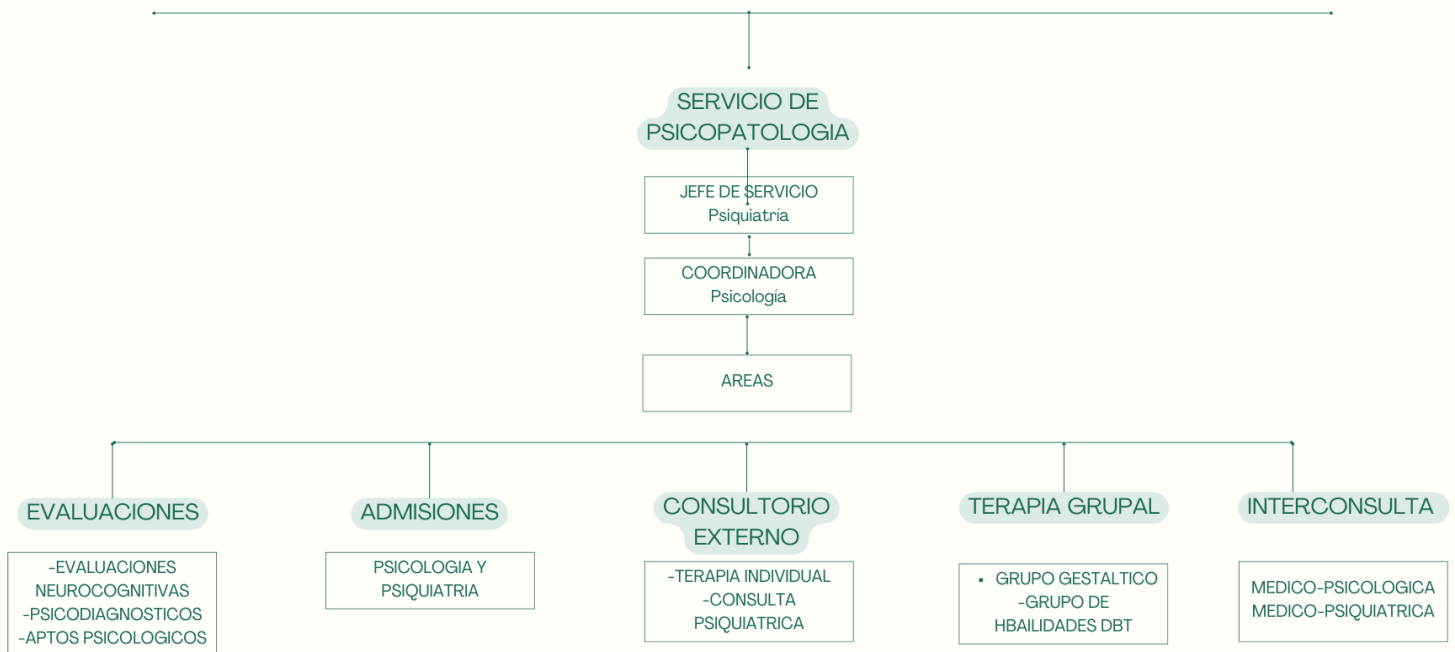
Actualmente, el equipo está conformado por un jefe de servicio, una coordinadora general, nueve licenciados en psicología (seis de planta y tres contratados), residentes, psiquiatras y estudiantes de grado y posgrado de distintas universidades (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). Las orientaciones teóricas dentro del servicio son diversas: se incluyen enfoques como la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia Dialéctico-Conductual, el Psicoanálisis, la Gestalt, entre otras. Los servicios que proporciona el hospital no se limitan a la atención clínica individual que ingresa por entrevistas de admisión, sino que involucran grandes cantidades de evaluaciones neuropsicológicas, aptos psicológicos, habilitaciones para carnet de conducir, psicodiagnósticos, consultas psiquiátricas, interconsultas hospitalarias, grupos psicoterapéuticos gestálticos y grupos de control farmacológico. El proceso que sigue el individuo interesado en acceder al servicio comienza a través de la central de turnos. Este trámite puede efectuarse telefónicamente, o de manera presencial en el hospital. Dicho turno habilita al solicitante a participar en una Entrevista de Admisión, que consiste en una evaluación breve realizada por profesionales psicólogos o psiquiatras con el propósito de realizar un relevamiento de la demanda del paciente. Estas entrevistas se llevan a cabo los martes y jueves, de 8 a 12 horas, con un promedio de 5 a 6 encuentros diarios. Posteriormente, se realiza una derivación hacia alguna modalidad de asistencia terapéutica, que puede incluir terapia individual, terapia grupal o consulta psiquiátrica. La decisión sobre la derivación a alguna de las modalidades terapéuticas corresponde al profesional que realiza la admisión, quien busca seleccionar el profesional más adecuado para cada caso. Sin embargo, actualmente debido a la alta demanda de turnos, el servicio presenta un tiempo de espera promedio de entre 4 y 8 semanas desde la solicitud hasta el turno de admisión. Una vez realizada la admisión, el paciente es derivado a la modalidad de atención correspondiente, aunque esta derivación puede experimentar demoras adicionales si no hay turnos disponibles en ese momento, generando una lista de espera. (Registro de práctica, Bocco M. Paula 2025)

3.4 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS



HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS



Elaboración propia a partir de la información disponible en la página oficial del Hospital Nacional de Clínicas (s.f.).

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“La entrevista psicológica como herramienta de las evaluaciones neuropsicológicas en un Hospital Polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina.”

5. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la entrevista psicológica como herramienta de las evaluaciones neuropsicológicas realizadas en un Hospital Polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir la entrevista psicológica y su funcionalidad en el marco de las evaluaciones neuropsicológicas realizadas por el servicio de psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas.
2. Identificar los principales aspectos clínicos y contextuales a indagar en la entrevista neuropsicológica.
3. Reconocer los aportes del psicólogo durante la entrevista neuropsicológica.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

El área de la psicología vinculada con las neurociencias tiene como objetivo estudiar la relación entre el funcionamiento del sistema nervioso central y sus estructuras, ocupándose del diagnóstico y tratamiento clínico de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales que derivan de lesiones cerebrales. En este sentido, se orienta a la evaluación del funcionamiento cognitivo, a la identificación de fortalezas y debilidades, y al diseño de estrategias de rehabilitación (Ardila & Rosselli, 2007; Jurado-Noboa, s.f.). La conducta humana permite visualizar la actividad mental a través de actos motores, autoverbalizaciones, emociones, pensamientos y conductas que se manifiestan en diversas áreas y contextos del funcionamiento de la persona.

El campo de la evaluación neuropsicológica abarca un proceso integral orientado a valorar el estado cognitivo, conductual y emocional del paciente, así como su vínculo con el nivel de autonomía funcional, la calidad de vida y el bienestar de su entorno familiar. Este procedimiento implica observar, explorar y comprender de manera profunda el funcionamiento global del individuo, con el fin de orientar posibles decisiones clínicas. Para ello, se consideran múltiples variables que incluyen aspectos cognitivos, conductuales, emocionales, médicos, sociodemográficos, socioculturales y biológicos (Hebben & Milberg, 2011; Martínez Noguerras & Tirapu Ustarroz, s.f.).

El proceso puede dividirse en tres fases principales. La primera corresponde a la entrevista inicial, donde se realiza la recopilación de la historia clínica y a la creación de un vínculo positivo o *rapport* con el paciente. La segunda se centra en la administración y puntuación de las pruebas neuropsicológicas. Finalmente, la tercera etapa implica la interpretación de los resultados, la elaboración del informe correspondiente y la posterior comunicación de la información al paciente o al profesional que haya solicitado la evaluación. A lo largo de todo el proceso, la observación clínica cumple un papel fundamental, ya que permite al psicólogo formular hipótesis diagnósticas y contrastar los hallazgos obtenidos en las pruebas (Ardila & Rosselli, 2007).

Las evaluaciones neuropsicológicas deben entenderse como un proceso dinámico, complejo y profundamente humano, en el que intervienen múltiples dimensiones emocionales derivadas del vínculo establecido entre el profesional y el paciente. Por ello, sería un error abordarlas únicamente como intercambio de información técnico y despersonalizado, limitado a la aplicación mecánica de pruebas estandarizadas o a la interpretación de resultados numéricos como única base para la toma de decisiones clínicas (Hebben & Milberg, 2011;

Martínez Nogueras & Tirapu Ustarroz, s.f.). A diferencia del profesional psicometrista, los psicólogos se diferencian al poder reconocer los diversos perfiles cognitivos y psíquicos e interpretar tanto los resultados de las pruebas realizadas, como también la información clínica obtenida (Hebben & Milberg, 2011; Jurado-Noboa, s.f.). Es decir, la validación de las pruebas neuropsicológicas constituyen una parte relevante en el trabajo, pero no sustituye la habilidad clínica de analizar las deficiencias y fortalezas de un paciente, teniendo presente factores como nivel premórbido, nivel de escolaridad, edad del evaluado, entre otros (Ardila & Rosselli, 2007).

Las evaluaciones suelen solicitarse en situaciones clínicas específicas, como por ejemplo casos de demencia en etapas iniciales o de traumatismos craneoencefálicos leves, a su vez en el ámbito profesional pueden solicitarse para valorar la capacidad laboral de una persona, monitorear la evolución clínica de un paciente, evaluar la efectividad de un tratamiento determinado o emplearse con fines de investigación y exploración (Ardila & Rosselli, 2007).

El objetivo general de las evaluaciones neuropsicológicas entonces, implica la identificación de las repercusiones conductuales, cognitivas y emocionales derivadas de una disfunción cerebral, a través del análisis de los procesos cognitivos conservados y alterados, y de cómo estos inciden en la capacidad del individuo para desenvolverse de manera autónoma y funcional en su vida diaria. Además, este tipo de evaluación orienta la elaboración de programas de rehabilitación personalizados, permite estimar un pronóstico más preciso y examinar el impacto de los déficits en las esferas social, laboral, familiar y personal, así como en la calidad de vida y la independencia del paciente. En este sentido, las evaluaciones neuropsicológicas abarcan una amplia variedad de demandas clínicas, ya que toman como objeto de estudio al sujeto en su totalidad como un todo global, considerando también su contexto y entorno más cercano (Hebben & Milberg, 2011; Martínez Nogueras & Tirapu Ustarroz, s.f.).

Una vez establecido el marco general de la evaluación neuropsicológica resulta esencial examinar con detalle el primer momento de este proceso, la entrevista clínica. En este contexto, la entrevista no solo recoge datos, sino que configura la base relacional, metodológica y diagnóstica sobre la cual se sustentan las fases posteriores.

El primer momento de la evaluación se basa en la entrevista clínica, como el encuentro que constituye el punto de inicio y el contacto entre psicólogo, paciente y su familia. Este encuentro inicial resulta fundamental, ya que permite generar un clima de confianza que influye directamente en el nivel de cooperación del paciente durante la evaluación. La entrevista clínica se presenta como instrumento o técnica del método clínico y a su vez, dentro de la psicología un procedimiento de investigación científica. Esto significa que el psicólogo que conduce la entrevista no solo recopila datos, sino que observa, hipotetiza, reflexiona sobre lo que sucede en la relación con el paciente. La misma, no se reduce únicamente a indagar datos, sino a buscar información, es decir, conjuntos de datos situados en un contexto (Bleger, 1964).

Se presentan diversas definiciones de entrevista. Maccoby y Maccoby (1954) la interpretan como un intercambio entre dos o más personas, donde hay una de las partes que intenta obtener información; Borrelli Carrió (1989) la sintetiza en una encrucijada compuesta por dos partes, por la relación humana y las habilidades técnicas; Saz (1998) plantea que es la forma en que ambas partes entran en relación y se comunican con el objetivo de poder de obtener cierta información y procesarla.

A pesar de la diversidad de definiciones y enfoques existentes, puede reconocerse un consenso respecto a ciertas características generales que comparten todas las entrevistas como la herramienta para la relación interpersonal necesaria, un determinado nivel de estructuración, una finalidad concreta, una relación asimétrica entre los participantes, el carácter bidireccional del proceso y la asunción de roles definidos por ambas partes. (Pades, 2006). La entrevista constituye un campo dinámico, donde tanto el entrevistador como el entrevistado participan activamente en la construcción de sentido. Es decir, se configura a través de la relación entre entrevistador y entrevistado, donde este campo es objeto de estudio. Bleger, la entrevista neuropsicológica puede entenderse como un espacio dinámico donde el vínculo entre entrevistador y entrevistado produce significados que trascienden la mera recopilación de datos, permitiendo una comprensión profunda del sujeto evaluado en su contexto. El psicólogo no solo observa al paciente durante la entrevista, sino que a su vez se incluye como parte del proceso, reconociendo su implicación emocional y cognitiva en la persona que observa y su desempeño (Bleger, 1985).

Para garantizar la validez de los resultados, es necesario que la persona evaluada se muestre colaboradora y motivada a lo largo de todo el proceso. La entrevista debe desarrollarse en un ambiente distendido y natural, aunque manteniendo una estructura (Bleger, 1964). Según Lezak et al. (2012, citado en Pérez García, 2018), para lograr una adecuada colaboración del paciente durante la evaluación neuropsicológica es necesario seguir una serie de pautas que faciliten su comprensión y participación activa en el proceso. En primer lugar, se recomienda explicar de manera clara el propósito de la evaluación y el motivo por el cual la persona fue derivada. Esta pregunta, es necesaria para delimitar el campo específico de la entrevista ya que establece un encuadre fijo que transforma ciertas variables en constantes. Este encuadre comprende no sólo la disposición técnica y el rol adoptado por el entrevistador, sino también los objetivos, el espacio y el momento en que se lleva a cabo la entrevista. Cada encuentro, por tanto, posee un contexto definido, integrado por constantes y variables, del cual emergen determinados fenómenos que adquieren sentido únicamente en relación con ese marco. Sin embargo, la flexibilidad del psicólogo frente al encuadre permite ajustar la técnica sin perder el marco ético y profesional (Bleger, 1964). Es por esta última razón, que resulta de gran importancia que el paciente entienda el motivo de la evaluación a realizar, al explicar la naturaleza de la misma y a forma en la que se llevará a cabo el proceso se reducen ansiedad y se estabiliza el encuadre. Así entonces, se puede comenzar consultando directamente al evaluado el motivo de la solicitud de evaluación, ya que sus respuestas le permitirán al entrevistador determinar el grado de conciencia o negación de sus síntomas y déficits (Ardila & Rosselli, 2007). Es decir, la entrevista brinda la posibilidad de conocer cómo el propio paciente describe su estado actual, cuáles son los problemas que identifica, la relevancia que les atribuye y el nivel de conciencia que tiene respecto de sus limitaciones.

A su vez, Lezak et al (2012, citado en Pérez García, 2018) sugieren ofrecer una breve descripción de los tests neuropsicológicos, utilizando un lenguaje sencillo y tranquilizador. De este modo, el evaluador puede explicarle que realizará diversas tareas, algunas similares a las de la escuela, como ejercicios de memoria o cálculo, y otras parecidas a juegos o acertijos, aclarando que todas contribuyen a comprender mejor el funcionamiento de su cerebro y a identificar posibles áreas de dificultad para poder ayudarlo de manera más efectiva.

Resulta pertinente diferenciar la entrevista de la anamnesis. Esta última se orienta a la obtención minuciosa y completa de información que posibilite construir una síntesis de la situación actual del individuo, así como de su historia personal, médica y patológica. Si bien una anamnesis de calidad se apoya en el adecuado uso de los principios de la entrevista, ambas instancias cumplen funciones distintas. En la anamnesis, la finalidad principal es recolectar información, reduciendo al paciente a un intermediario entre su padecimiento, su biografía y los datos que se transmiten al médico. Por el contrario, la entrevista psicológica busca comprender y aprovechar la totalidad del comportamiento del sujeto a lo largo de la relación establecida con el profesional durante el tiempo que ésta dure. Se trata, entonces, de un encuentro entre dos o más personas que participan como tales. Se basa en una relación humana en la que uno de sus miembros pretende comprender lo que ocurre en esa persona y en el vínculo y actuar en consecuencia. El logro de los objetivos de la entrevista, ya sea de investigación, diagnóstico y orientación, dependerá de esa capacidad de comprender y de responder adecuadamente. El análisis del comportamiento del entrevistado abarca tanto lo que se obtiene al escuchar, como lo que se capta a través de la vivencia y la observación, incluyendo de este modo las tres áreas de su conducta. Cada individuo organiza su personalidad en un conjunto de pautas o repertorios de posibilidades, los cuales se espera que se manifiesten durante el proceso de la entrevista. De este modo, la entrevista se constituye como una situación en la que puede observarse un fragmento de la vida del paciente desplegado en interacción con el entrevistador (Bleger, 1964).

La misma cuenta con diferentes métodos mediante los cuales se puede recabar información. Por un lado se encuentran las preguntas abiertas que le permiten al paciente hablar libremente de su condición; por otro lado el método cerrado que a menudo suele seguir un interrogativo de respuestas sí/no. En la práctica clínica, ambos métodos suelen combinarse. Por lo general, una primera pregunta abierta puede complementarse con interrogantes más específicos a partir de lo que el paciente responde. El valor del clínico se encuentra en la habilidad para obtener descripciones precisas de las sensaciones, identificar datos relevantes que el paciente no comunica de forma espontánea y confirmar la ausencia de síntomas no mencionados. Para lograr una adecuada caracterización de los síntomas, tanto en su secuencia como en su evolución temporal, el profesional debe asumir un rol activo durante la entrevista, más allá de limitarse a registrar lo dicho. Además, el tiempo disponible influye directamente en la posibilidad de que el paciente pueda expresarse con mayor libertad (Fava et al., 2024).

En las evaluaciones neuropsicológicas la entrevista estructurada permite reunir la mayor cantidad de información posible sobre las distintas áreas de la vida del paciente. Para ello, las preguntas específicas que brindan la información necesaria, se formulan de manera estandarizada para facilitar la comparación y constatar todo lo requerido, luego de preguntas abiertas que permitan la apertura del campo desde el evaluado. Todo ese conjunto de información sirve para construir una imagen integral del sujeto en su espacio vital. (Allen & Gramlich, 2024).

Otro dato relevante, es la presencia de acompañantes a la instancia de evaluación. En algunos casos resulta útil realizar entrevistas por separado al paciente y a sus familiares. Diversos estudios han mostrado que existen diferencias notables entre los datos que aporta la familia y los que brinda la persona con lesión cerebral. De este modo, las entrevistas cumplen una doble función, permiten reunir información más completa acerca del estado actual del paciente, su evolución y los cambios psicosociales asociados (Tirapu Ustárrroz, 2007).

Una vez comprendido el motivo de consulta, se debe obtener su información del paciente mediante el cuestionario de datos personales, un instrumento de evaluación inicial que brinda información clave del paciente. Su aplicación, enmarcada en un enfoque cognitivo-conductual, permite explorar distintas dimensiones de la vida de la persona, ámbitos personal, familiar, laboral, social y de pareja. La finalidad principal es poder obtener una visión integral del paciente, de modo que el profesional pueda identificar antecedentes y condiciones contextuales que inciden en la situación actual, favoreciendo así una evaluación más precisa y orientada. Sin embargo se debe realizar la aclaración de que toda información recogida de datos personales se encuentra amparada por el secreto profesional. Esto implica que la información brindada se debe resguardar en excepción de riesgo de vida de la persona o terceros, por lo que resulta fundamental que el paciente pueda confiar en que sus datos serán tratados con respeto y discreción y tienen como único fin la comprensión mayor de su persona. (Colegio de Psicólogos de San Juan, s. f.).

Debido a lo expuesto anteriormente, es que la entrevista representa la herramienta diagnóstica más eficaz y accesible ya que a través de ella se obtiene información sobre la historia personal y sobre variables mediadoras como la edad, el nivel de funcionamiento previo a la enfermedad, la escolaridad alcanzada y la situación laboral. Sin una comprensión adecuada de estos factores resulta imposible interpretar de manera correcta los resultados de cualquier prueba neuropsicológica aplicada. Mediante que se obtienen estos datos, se logra

indagar acerca de los patrones previos de conducta y de personalidad, con el fin de evaluar el grado de adaptación anterior o bien descartar la presencia de dificultades como consumo problemático de sustancias, falta de control de impulsos o deficiencias en las habilidades sociales, que podrían estar influyendo en los problemas emocionales presentes. Así como también se debe destinar un momento de la entrevista a explorar las consecuencias psicosociales derivadas del trastorno que se evalúa.

Durante la entrevista neuropsicológica, el profesional debe indagar una serie de variables que permiten contextualizar los resultados de las pruebas y comprender el perfil cognitivo del paciente dentro de su entorno vital:

Nivel educacional: El nivel educativo constituye una de las variables más determinante en los resultados de las pruebas psicológicas y neuropsicológicas. Esto se debe a que muchas de las competencias incluidas en las evaluaciones intelectuales, en especial las verbales, se adquieren y entrenan directamente en el ámbito escolar. Si bien el impacto del nivel educativo se manifiesta con mayor claridad en las subpruebas de tipo verbal, también puede observarse en otros dominios, como las tareas de construcción gráfica, por ejemplo, “Copia de una figura” en las funciones ejecutivas, como “Secuencias, Dígitos inversos o Similitudes”, e incluso en la subprueba de fluidez verbal fonológica. Esta última, a pesar de ser claramente verbal, también evalúa procesos ejecutivos, y es allí donde se aprecia con mayor fuerza el efecto educativo. Es importante destacar que dicho efecto es más notorio en personas con bajo nivel escolar y que no sigue una relación lineal. Por ejemplo, al comparar individuos sin escolaridad con aquellos que tienen tres años de educación, las diferencias en el desempeño son muy marcadas; entre tres y seis años de escolaridad, las diferencias aún existen, aunque con menor magnitud; al comparar sujetos con 12 y 15 años, las discrepancias son leves; y finalmente, entre quienes tienen entre 15 y 18 años de educación prácticamente no se observan diferencias significativas (Ardila & Ostrosky, 2012).

Edad: Las capacidades intelectuales cambian a lo largo de la vida, y con ellas, los resultados en las pruebas neuropsicológicas. En las primeras décadas, los puntajes tienden a incrementarse hasta alcanzar un punto de máximo rendimiento; posteriormente, se estabilizan y con el paso del tiempo comienzan a descender progresivamente. Se considera la plasticidad cerebral, la equipotencialidad, la variabilidad en la vulnerabilidad y la manera en que el cerebro responde. Asimismo, las formas de procesamiento de la información se modifican a lo

largo de la vida de un mismo individuo. (Zuluaga, 2013, como se citó en Basuela Herreras, 2006; Baron et al., 1995).

Motivo de consulta: Permite precisar las razones que originan la evaluación o la derivación del paciente. Este componente posibilita reconocer cómo se expresan los síntomas, considerando si su aparición es espontánea o se produce ante determinadas demandas o condiciones. Se trata de un dato clínico que solo puede obtenerse mediante esta instancia inicial y que resulta fundamental para organizar la estructura general de la evaluación neuropsicológica (Montoya Zuluaga et al., 2013). Además, se debe recolectar la información sobre las dificultades reportadas por el paciente, considerando la evolución y las características de la queja cognitiva, el nivel de conciencia e insight sobre el trastorno además de la forma y el momento en que surgieron los síntomas. A su vez, posibilita identificar las situaciones que los desencadenan, la frecuencia con que aparecen y las estrategias que utiliza la persona para afrontarlos. Asimismo, el análisis del inicio de los síntomas brinda datos relevantes para diferenciar si se trata de alteraciones adquiridas o vinculadas al desarrollo (Ardila & Rosselli, 2007; Christensen, 1978; Labos, 2008, como se citó en Montoya Zuluaga et al., 2013).

Cultura: Las pruebas psicométricas utilizadas para la evaluación neuropsicológica se originaron en un contexto cultural particular. Estas pruebas se desarrollaron dentro del marco de la cultura occidental, particularmente en los Estados Unidos. Por esta razón, reflejan los valores y supuestos propios de ese contexto cultural, lo que puede ocasionar dificultades o sesgos cuando se aplican en poblaciones de entornos culturales diferentes. Esto se debe a que los estilos comunicativos varían entre culturas, es decir lo que resulta familiar y cotidiano en una, puede ser desconocido o ajeno en otra. La familiaridad cultural influye no solo en los materiales empleados (por ejemplo, figuras, cubos), ni únicamente en los contenidos (como ábacos o bicicletas), sino también en las estrategias que los individuos emplean para resolver las tareas y en las actitudes necesarias para alcanzarlas con éxito (Ardila & Ostrosky, 2012). Así también el nivel sociocultural implica el lograr reconocer características sociodemográficas, como según la profesión realizada la exigencia intelectual. Las indagaciones sobre los estímulos culturales involucran tanto las actividades culturales que la persona realiza en su tiempo libre como los recursos y elementos culturales presentes en su entorno cotidiano (Montoya Zuluaga et al., 2013).

Antecedentes psicopatológicos: Los antecedentes familiares de trastornos mentales aportan datos útiles para diferenciar síntomas que el paciente pudo haber observado e internalizado en su entorno de aquellos que podrían tener una base genética. Los antecedentes familiares de afecciones del sistema nervioso central se emplean con el mismo propósito. Resulta relevante consignar la edad de aparición de los síntomas y el grado de parentesco entre el paciente y los familiares afectados, ya que muchas alteraciones del sistema nervioso central muestran patrones familiares (Allen & Gramlich, 2024).

Red familiar/ social: Los sistemas de apoyo, tanto los personales, como la familia y los amigos, como los profesionales, por ejemplo la terapia, desempeñan un papel importante en la recuperación. Las redes de apoyo positivas favorecen la mejoría, mientras que los entornos adversos pueden dificultar. Los datos sobre la vida marital y familiar permiten evaluar si la persona es capaz de establecer relaciones cercanas o íntimas y la calidad de esas relaciones, lo cual contribuye a comprender la naturaleza de la dificultad actual o la etiología de un diagnóstico previo (Allen & Gramlich, 2024).

Ocupación: La historia laboral y el rendimiento en el trabajo ofrecen al entrevistador información sobre la capacidad del individuo para desempeñarse en un empleo estructurado, su aptitud para trabajar con otros y la velocidad y ritmo de trabajo que puede sostener. Si el paciente cuenta con evaluaciones que incluyen tareas relacionadas con el trabajo, especialmente comparaciones entre tareas cronometradas y no cronometradas, esos datos pueden ser de gran valor. Estas pruebas suelen denominarse evaluaciones por muestras de trabajo y pueden administrarse para observar el desempeño en condiciones análogas a las laborales (Allen & Gramlich, 2024).

Actividades de la vida diaria: Si la funcionalidad se encuentra alterada, se puede sospechar de la presencia de una enfermedad, de una patología neurológica o incluso del propio proceso de envejecimiento significativo. La disminución de la capacidad funcional y la dificultad para realizar una o varias actividades de la vida diaria implican un cierto grado de dependencia y posibles repercusiones en el estado de ánimo. Resulta esencial identificar estas modificaciones, ya que permiten vincular los resultados de la evaluación neuropsicológica con la vida cotidiana del paciente. Hebben y Milberg (2011) nombran como validez ecológica la capacidad de, a través de los resultados de las pruebas neuropsicológicas, predecir el funcionamiento de la persona en la vida cotidiana. Este proceso constituye un elemento

central del trabajo clínico, al favorecer un abordaje de neurorehabilitación más específico y contextualizado, orientado a los déficits y necesidades particulares de cada individuo (Martínez Noguerras & Tirapu Ustarroz, s.f.).

Sueño: El sueño constituye un indicador fundamental del estado general de salud, bienestar y calidad de vida tanto en la población clínica como en la general. Diversos estudios han evidenciado que las alteraciones del sueño pueden generar consecuencias negativas para la salud física y psicológica. Asimismo, no solo la cantidad, sino también la calidad del sueño influyen significativamente en el estado de ánimo, la percepción subjetiva de bienestar y la salud física global (Buela-Casal & Miró, 2001; Horne, 1988). Los efectos de la falta de sueño se manifiestan inicialmente en la ejecución de tareas extensas, monótonas y repetitivas. A medida que la privación se prolonga, pueden observarse déficits en la memoria a corto plazo y alteraciones neuropsicológicas reversibles, particularmente en tareas asociadas al funcionamiento del córtex prefrontal. A su vez, las tareas que demandan un pensamiento divergente, es decir, flexible, fluido y original, o que poseen alta relevancia personal tienden a ser las más afectadas por la privación de sueño (Horne, 1988).

Observaciones del entrevistador: El profesional debe lograr el registro de todos aquellos elementos observables que resulten significativos y relevantes para la comprensión del funcionamiento del paciente. Esto incluye describir su disposición y actitud durante la interacción, el aspecto general, la congruencia entre el contenido de su relato y la expresividad emocional, así como el nivel de cooperación con las demandas de la entrevista. También se requiere caracterizar su sistema de ideas y creencias, con el fin de identificar posibles patrones conductuales, la presencia de trastornos, su gravedad y los dominios afectados. A partir de estas observaciones, el entrevistador puede orientar sobre la necesidad de estudios complementarios que contribuyan a una evaluación integral (Jiménez Millán & Soria, 2020).

En síntesis, estos aspectos configuran el entramado clínico y social que sustenta la comprensión integral del sujeto evaluado, haciendo de la entrevista un instrumento diagnóstico de primer orden

7. MODALIDAD DE TRABAJO

7.1 SISTEMATIZAR.

La siguiente producción se enmarca en la modalidad de trabajo de metodología cualitativa de “sistematización de experiencias”, la cual se presenta como una herramienta clave no solo para reflexionar sobre lo vivido, sino también para producir conocimiento crítico desde la práctica. En esta línea, se buscará articular la experiencia personal con el propósito de generar conocimientos y saberes que emergen en y desde la práctica.

Oscar Jara (2010) define la sistematización como un proceso de reflexión crítica sobre lo vivido, que permite descubrir la teoría que subyace a la acción misma. Por su parte, Barnechea y Morgan (2010) destacan que el conocimiento que surge de este proceso se valida no tanto por su abstracción teórica, sino por su capacidad de orientar futuras acciones en situaciones reales. Así, la experiencia deja de ser solo un dato descriptivo para convertirse en un proceso complejo que articula factores objetivos como el contexto, las acciones y los resultados, con factores subjetivos, como las emociones y las relaciones interpersonales. Los saberes no sistematizados ni verbalizados se logran convertir en conocimientos comunicables mediante reflexión crítica (Barnechea García & Morgan Tirado, 2010) . De allí que uno de los aportes de la sistematización sea su capacidad para visibilizar y legitimar saberes que emergen en la práctica.

Resulta fundamental distinguir la sistematización de otras prácticas como la evaluación y la investigación. Barnechea y Morgan (2010) señalan que, mientras la evaluación se centra en los resultados y la investigación en responder preguntas sobre la realidad, la sistematización interroga la práctica desde el rol activo de quien la vivió. Desde la propia implicación, entonces, se permite descubrir, reinterpretar y generar aprendizajes que orienten futuras acciones. Desde allí, la importancia del registro de experiencia, ya que sistematizar no sólo transforma las prácticas, sino también a quienes las llevan a cabo (Oscar Jara, 2010) . Al revisar las experiencias con una mirada crítica, se transforman los sujetos junto a sus formas de pensar, sentir y actuar, lo que se refleja en el modo en que se interrogan las intervenciones, las reacciones emocionales y decisiones técnicas. Como afirma Jara (2010), “nos estaremos adentrando, a la vez, en un proceso de transformación de nosotros mismos: de nuestra manera de pensar, de nuestra manera de actuar, de nuestra manera de sentir” (p. 69).

Así entonces, la sistematización como experiencia única e irrepetible permite comprender la experiencia desde un punto de vista único, provocador de conocimientos y saberes. Así entonces, este proceso no se limita a un enfoque exclusivo, sino que integra diversas perspectivas, donde la experiencia se constituye como un eje central del proceso.

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.

El Hospital Nacional de Clínicas se constituye históricamente como un centro de salud público de referencia para los ciudadanos de la ciudad de Córdoba y sus alrededores. Su principal misión se orienta a la asistencia de personas afiliadas a ciertas obras sociales como PASOS, DASPU, APROSS y también personas que no poseen cobertura sanitaria.

La población que asiste al hospital es diversa tanto en términos etarios como en los motivos de consulta. El servicio de psicopatología trabaja con un rango que va desde la juventud hasta la adultez mayor, adecuando los dispositivos a las necesidades específicas de cada caso. En los espacios de psicoterapia y en las consultas psiquiátricas se atiende a adolescentes y jóvenes adultos a partir de los 16 años, mientras que en las evaluaciones neuropsicológicas predominan los adultos mayores y las personas con dificultades cognitivas.

Si bien el servicio de Psicopatología no presta atención a afiliados de la obra social PAMI, como si lo hace el resto de la institución, el ámbito de evaluaciones neuropsicológicas constituye una excepción dentro del servicio, ya que es el único espacio que recibe a pacientes afiliados a dicha obra social. Esto permite garantizar un nivel prioritario de atención a los adultos mayores jubilados que dependen de PAMI, asegurando que puedan acceder a evaluaciones en una institución donde pueden atenderse integralmente. Al mismo tiempo, se admiten individuos que pertenecen a otras obras sociales con convenios vigentes con el hospital, así como personas sin cobertura médica, lo que refuerza el carácter inclusivo y accesible del servicio. De este modo, el área de evaluaciones neuropsicológicas se configura

como un espacio central para la atención de adultos mayores, pero también mantiene su apertura para distintos perfiles de pacientes. Generalmente, la derivación para la realización de evaluaciones neuropsicológicas proviene de un médico neurólogo. Sin embargo, también se presentan casos excepcionales, como pacientes postquirúrgicos o personas jóvenes y adultas con diagnósticos o sospecha de trastornos cognitivos o dificultades en alguna área específica de funcionamiento cognitivo.

Aunque la mayoría de los pacientes proviene de la ciudad de Córdoba, la institución recibe también un número considerable de usuarios de localidades cercanas e incluso de otras provincias. Este hecho reafirma su carácter de hospital de referencia, tanto a nivel local como regional.

Un aspecto relevante de la población que asiste al hospital es la compleja situación económica y social que atraviesa, la cual en muchos casos dificulta el acceso a servicios de salud adecuados. En este sentido, el rol del Hospital Nacional de Clínicas resulta fundamental, ya que garantiza una atención integral y accesible, incluso para personas en contextos de mayor vulnerabilidad.

7.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En la experiencia transitada durante las prácticas profesionales supervisadas, se utilizó la observación participante y la participación activa para la recolección de información con el fin de sistematizar el proceso.

El trabajo de campo desde una concepción tradicional implica la captación de aquello que se considera “real”, recolectando datos que luego serán analizados. Para lograr capturar el campo, el registro escrito se presenta como una de las herramientas para plasmar el campo en

notas detalladas. A través del registro, se refleja el proceso tal como lo percibe el investigador y los acontecimientos del contexto (Guber, 1991). Desde esta perspectiva se reconoce la importancia del papel del investigador sobre los registros y cuya visión condiciona la forma en la que se captura la realidad. La información pertinente se registró mediante la participación activa en diversos espacios del servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de clínicas, con énfasis en las entrevistas y pruebas en evaluaciones neuropsicológicas.

Asimismo, se consideraron otras perspectivas a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales de servicio, lo que permitió una mejor comprensión de la institución, el área de salud mental y las formas de trabajo. Las entrevistas como instrumento permiten la recolección de información de manera flexible adaptándose a las particularidades de quien sea entrevistado, y la sistematización de la información. (Bleger, 1964).

Por lo tanto, los registros de campo permitieron una base de lo vivido, a través de la perspectiva única y particular de quien registra, y las entrevistas permitieron una mayor comprensión de los aspectos que subyacen a la institución y sus dinámicas.

7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el marco de las prácticas profesionales supervisadas, resulta esencial mantener un estricto compromiso ético, resguardando los derechos de los pacientes y actuando conforme a la normativa legal vigente. El ejercicio de la psicología en instituciones de salud, como el Hospital Nacional de Clínicas, se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que regula la atención en salud mental desde una perspectiva de derechos, con énfasis en la interdisciplinariedad, la dignidad y el consentimiento informado (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

El artículo 3 de esta ley define la salud mental como un proceso complejo determinado por factores culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos, reconociendo la presunción de capacidad en todas las personas (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Esto

orienta la práctica hacia una mirada integral que contemple no solo los déficits cognitivos, como en el caso de las evaluaciones realizadas, sino también la historia de vida, el contexto social y los recursos disponibles de cada paciente.

Asimismo, el artículo 5 establece que la existencia de un diagnóstico en salud mental no puede considerarse, por sí solo, como evidencia de riesgo de daño o incapacidad, lo cual debe ser evaluado en cada situación particular por un equipo interdisciplinario (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Este principio subraya la importancia de evaluaciones clínicas que integren múltiples dimensiones de la vida del sujeto. Del mismo modo, el artículo 7 refuerza el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales, garantizando la atención integral y humanizada, la gratuidad en el acceso, así como el respeto al secreto profesional y a la confidencialidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Dichos principios enmarcan el rol del Hospital Nacional de Clínicas como institución de referencia en la promoción de la salud mental y en la protección de los derechos de los pacientes.

Por otro lado, la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Psicología N° 23.277 establece que el ejercicio profesional de la psicología comprende la aplicación de métodos, técnicas y procedimientos de diagnóstico, orientación, pronóstico y tratamiento en salud mental (Congreso de la Nación Argentina, 1985). Asimismo, la ley habilita a los psicólogos a trabajar tanto de manera independiente como en equipos interdisciplinarios dentro de instituciones públicas o privadas, siempre bajo la obligación de mantener el secreto profesional respecto de la información obtenida en la práctica clínica (Congreso de la Nación Argentina, 1985). Es decir, la práctica profesional clínica del psicólogo se encuentra en concordancia y bajo la Ley de Salud Mental.

Adicionalmente, la Ley Nacional N.º 26.529, *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, establece una serie de derechos fundamentales que deben ser respetados por todos los profesionales de la salud en el ejercicio de su práctica. Estos derechos buscan garantizar la dignidad, autonomía y bienestar de los pacientes en el ámbito sanitario. Entre los derechos fundamentales establecidos por la ley, se destaca el derecho a la asistencia sin discriminación alguna, independientemente de su condición personal, social o económica (Ministerio de Salud de la Nación, 2010), lo cual se plasma en la esencia del Hospital Nacional de Clínicas. Asimismo, el derecho al trato digno y respetuoso, derecho a la intimidad y confidencialidad, el derecho a la autonomía de la

voluntad y el derecho al consentimiento informado. Estos derechos son esenciales para garantizar una atención médica y psicológica ética y respetuosa, promoviendo la confianza y el bienestar del paciente en el sistema de salud.

En este marco normativo, resulta imprescindible articular la práctica profesional con el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, el cual constituye la referencia obligada para el ejercicio de la psicología en la provincia. Dicho código se fundamenta en principios generales y normas deontológicas que orientan la acción profesional hacia los más altos estándares éticos, reconociendo a la salud mental como un derecho humano fundamental (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016).

Entre los principios rectores, se destaca el respeto por la dignidad de las personas y los pueblos, que implica reconocer el valor inherente de todo ser humano, sin importar diferencias sociales, culturales o personales. Este principio se traduce en la obligación de rechazar cualquier forma de discriminación o prácticas estigmatizantes, así como en el compromiso de resguardar la confidencialidad, la privacidad y el derecho a la autonomía de los pacientes (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016). Asimismo, el principio de cuidado competente señala que los psicólogos deben garantizar intervenciones idóneas y responsables, reconocer los límites de su propia práctica y evitar el uso de técnicas no avaladas científicamente. Ello implica sostener una formación continua y mantener una actitud crítica ante las posibles influencias de los propios valores y creencias en la tarea clínica (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016). Otro eje central es la integridad, entendida como la base de la confianza pública en la psicología. Este principio exige comunicaciones honestas, precisas y abiertas, así como la obligación de prevenir relaciones duales, conflictos de interés o conductas que puedan generar dependencia o perjuicio a los consultantes. Del mismo modo, el código enfatiza la necesidad de un manejo riguroso de la información y de la elaboración de informes claros, inteligibles y técnicamente fundamentados (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016). Finalmente, el código establece la responsabilidad social de la profesión, entendida como el deber de contribuir al bienestar de las personas y comunidades, promoviendo políticas públicas con enfoque de derechos y rechazando cualquier práctica que atente contra la libertad, la integridad o la justicia social. Esto sitúa la tarea del psicólogo no solo en el plano clínico, sino

también en el compromiso activo con la sociedad (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016).

El marco ético y legal constituye un sostén imprescindible para la labor del psicólogo, ya que asegura el respeto de los derechos de los pacientes y orienta las intervenciones hacia un ejercicio profesional responsable. Cumplir con estas normativas no solo implica ajustarse a lo legalmente establecido, sino también favorecer prácticas que resguarden la dignidad, la autonomía y el respeto hacia quienes reciben atención en el ámbito de la salud mental.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Mi experiencia en el Hospital Nacional de Clínicas comenzó el jueves 10 de abril de 2025, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas correspondientes al último año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. Llegar antes de la hora pactada ese primer día me permitió recorrer el edificio, sentir su magnitud y empezar a ubicarme en un espacio que, desde ese momento, dejaría de ser ajeno para convertirse en un escenario cotidiano de aprendizaje y encuentro. El silencio inusual provocado por un paro general de la CGT fue mi primera aproximación al contexto real en el que se inscriben las prácticas, un sistema de salud atravesado por tensiones políticas y reorganizaciones constantes. Desde esa reunión inicial con quien sería mi referente de práctica el Lic. Consionsi y mi tutora, la Lic. Adriana Pérez, me quedó grabada una idea que planteó el referente en dicha reunión y una idea clave que me acompañó durante todo el proceso: “poner el cuerpo” en la práctica, más allá de los dispositivos formales, implicando una presencia activa.

Las primeras semanas las viví principalmente desde el rol de observadora, acompañando al Lic. en las evaluaciones neuropsicológicas, los aptos psicológicos y carnet de conducir. Desde ese primer momento, y con el paso del tiempo, fui descubriendo que las evaluaciones neuropsicológicas eran el ámbito que más despertaba mi interés. Observaba atentamente la administración de las entrevistas y tests como el o Test Gestáltico Visomotor Bender, el MoCA (Montreal cognitive assessment), el MMSE (Mini Mental State Examination), el T@M (Test de Alteración de Memoria), el IFS (Ineco Frontal Screening) e incluso técnicas proyectivas como Persona Bajo la Lluvia y el Test Desiderativo. Poco a poco pasé de observar a poder intervenir: primero administrando consignas, luego conduciendo secuencias completas, hasta realizar evaluaciones completas de manera autónoma con supervisión. En las primeras instancias, desde la posición observadora, me ubicaba a un lado de la mesa mientras el Lic. conducía las entrevistas, prestando atención minuciosa no sólo a las consignas técnicas, sino también a sus modulaciones de voz, la forma de encuadrar la situación y al modo en que sostenía la interacción cuando el paciente se dispersaba o mostraba resistencia. En esos momentos, mi rol se centraba en absorber cada detalle, desde la

preparación del consultorio hasta el registro ordenado de datos y respuestas. Luego comencé a dar pequeños pasos hacia la participación activa. Al principio, fueron intervenciones puntuales como leer consignas, buscar elementos faltantes y realizar pequeñas partes del protocolo como algunas láminas del Bender o secciones del MOCA. Estos pequeños pasos me fueron preparando para ir sumando más responsabilidades con confianza. Pasé a conducir secuencias completas de evaluación, eligiendo el orden de las pruebas y decidiendo, en tiempo real, cómo manejar interrupciones, desvíos temáticos o dificultades de comprensión. Administré de manera completa la entrevista y anamnesis de la información necesaria, ajustando la misma según el nivel educativo, la edad y el estado del paciente, sumado a los instrumentos de evaluación previamente mencionados. Este avance siempre estuvo acompañado de devoluciones por parte del referente, quien lograba, de manera constructiva, mejorar los detalles con la práctica. Las evaluaciones no se limitaron a la aplicación técnica, ya que aprendí a registrar observaciones cualitativas sobre el comportamiento, las estrategias de afrontamiento, los mecanismos defensivos y los cambios en la disposición emocional a lo largo de la entrevista. Esto me permitió comprender que la evaluación neuropsicológica no es solo un procedimiento de medición, sino también un espacio clínico.

Un momento significativo de la experiencia fue la observación de dificultades al registrar información relevante durante la entrevista psicológica en las evaluaciones neuropsicológicas. En múltiples ocasiones, la información se tomaba de manera desorganizada, lo que implicaba la omisión de datos relevantes y confusión a la hora de elaborar informes. Luego de conversar con profesionales del servicio, evidencí una demanda implícita dentro del servicio, de una manera más organizada y completa de obtener la información dentro de las evaluaciones. Desde dicha necesidad, surge la oportunidad de elaborar una ficha de evaluación neuropsicológica sistematizando los resultados obtenidos y organizándolos en un formato claro y útil para la interpretación clínica. A través de la lectura bibliográfica constante y de la propia experiencia práctica en las evaluaciones, elaboré de manera progresiva una guía orientadora para la entrevista. La misma no fue pensada como un protocolo rígido de recolección de datos, sino como un soporte flexible que beneficie la eficiencia y la calidad de las entrevistas en evaluaciones neuropsicológicas. Dicha oportunidad permitió una mayor organización a la hora de obtener los datos necesarios para interpretar cada caso de manera integral desde una perspectiva neuropsicológica. Desde aquella instancia, las entrevistas se convirtieron en el eje de mayor interés dentro de la

experiencia práctica, donde se localizaba más mi atención, pensando y observando la misma no como un momento de recolección de datos, sino como un encuentro entre dos personas, donde se llega a conocer la vida de la persona que se encuentra en frente y la cual requiere una gran atención flotante, mirada clínica y observación más allá de los datos proporcionados. Así entonces, con el pasar del tiempo el hospital fue incorporando la ficha de recolección de información para la toma de entrevista, y requirió de mi parte correcciones progresivas según la lectura bibliográfica y la aplicación en la práctica. Hacia el final de mi recorrido, llegué a realizar evaluaciones completas de forma autónoma, desde la entrevista inicial con mi propia ficha de entrevista hasta la aplicación técnica, sin intervención directa del supervisor, y luego a elaborar las devoluciones internas necesarias para el armado de informes. La ficha quedó en uso dentro del servicio para evaluaciones neuropsicológicas aun haciendo finalizado mi recorrido de práctica.

La entrevista inicial como momento clave de la evaluación neuropsicológicas es la herramienta clave que guía, orienta el resto de la evaluación, donde se permite conocer a la persona como tal, más allá de la administración de pruebas psicométricas y resultados numéricos. El rol del psicólogo en dichas entrevistas resultó de gran importancia, ya que en muchas situaciones las personas atraviesan diferentes crisis o instancias de la vida y del ciclo vital, que deben ser interpretadas junto con la información para un análisis y comprensión integrales de la persona. Desde allí surge el eje de sistematización, en el que la entrevista, como herramienta, cambió mi perspectiva y la manera de abordar las evaluaciones neuropsicológicas.

Si bien el área de evaluaciones neuropsicológicas se convirtió en uno de mis lugares más habituales, el proceso me llevó a recorrer múltiples espacios y dispositivos. Participé en admisiones psiquiátricas y psicológicas, interconsultas en salas de internación y en la unidad de terapia intensiva, observé y administré aptos psicológicos para diferentes fines y presencié sesiones de psicoterapia individual y espacios de supervisión clínica. En cada uno de estos contextos implicó el tener que adaptarme a estilos profesionales diversos.

Uno de los aspectos que más disfruté fue la diversidad de perfiles y realidades que conocí, desde adultos mayores en evaluaciones cognitivas hasta adolescentes; desde pacientes en duelo o con ideación suicida, hasta personas con diagnósticos crónicos como esquizofrenia o enfermedades neurodegenerativas. Cada encuentro me exigió ajustar alguna aptitud técnica ,

escuchar, seleccionar intervenciones acordes y sostenerse emocionalmente frente a historias cargadas de dolor.

También me resultaron muy enriquecedores los ateneos y los espacios de discusión de casos, donde pude escuchar a profesionales debatir hipótesis diagnósticas, evaluar posibilidades de intervención y compartir miradas críticas sobre el trabajo institucional. Allí confirmé la importancia de la supervisión como herramienta formativa y de cuidado del propio ejercicio profesional.

8.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir de los registros de práctica, de las entrevistas de evaluación neuropsicológica realizadas en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas, se construyeron categorías de análisis que permitieron sistematizar la información. Se realizó un proceso de codificación de registros, donde a partir de la experiencia surgen ejes organizadores para la presentación de los resultados. Los mismos representan la agrupación de conceptos, ideas o temas que emergen del material analizado. En este marco, los resultados se organizan en relación con el objetivo de trabajo: analizar la entrevista psicológica como herramienta de las evaluaciones neuropsicológicas realizadas en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Se dividieron 3 ejes como categorías principales, que, a su vez, incluyen subcategorías de análisis específicas de los aspectos más relevantes obtenidos en las entrevistas. Las categorías de análisis general son: “Descripción de la entrevista psicológica y su funcionalidad en evaluaciones neuropsicológicas”, “Perfil clínico y contexto vital del paciente” y “Aportes clínicos del psicólogo”.

8.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y SU FUNCIONALIDAD EN EVALUACIONES NEUROPSICOLÓGICAS

En primer lugar, la categoría “Descripción de la entrevista psicológica y su funcionalidad en evaluaciones neuropsicológicas” reúne los aspectos relacionados con la organización, la orientación y el desarrollo de la entrevista. A partir del análisis de los registros de práctica, se identificaron diferentes componentes que estructuran el proceso de entrevista, como el motivo de consulta y el grado de conciencia del paciente, la participación del tercero informante, el establecimiento del encuadre y la exploración clínica dirigida a la sintomatología. Los mismos permiten describir cómo se va construyendo la información relevante en función de la demanda y las particularidades de cada caso.

El motivo de consulta es la primera pregunta que se les hace a los pacientes al comenzar la entrevista, a partir de una pregunta abierta inicial “¿*Qué lo/la trae por aquí/ a la evaluación?*” En la mayoría de los casos, el motivo de consulta se debe a la derivación de un médico neurólogo debido a la presencia de olvidos en la vida cotidiana, episodios de confusión o desorientación. Sin embargo, se presenta una variedad de motivos de consulta, como pedidos de evaluación por renovación de certificado de discapacidad o derivación de otro profesional de la salud por la sospecha de alteraciones cognitivas como TDAH.

En relación con la conciencia de los síntomas, se registran respuestas diversas. Algunos pacientes reconocen las dificultades que los llevan a consulta y expresan malestar asociado a ello. La mayoría logra referir olvidos frecuentes, desorientación espacial o dificultades atencionales que interfieren en su funcionamiento cotidiano. Por ejemplo, G señaló que consultaba porque “notaba ciertos olvidos en su vida cotidiana” y que estos también eran advertidos por sus hijas (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). En otros registros, se observa escasa conciencia del motivo de la consulta o dificultades para identificar cambios en el funcionamiento cognitivo. Por ejemplo, SMC se refiere asistir “solo a un control”. Algunos pacientes no identifican la razón de la evaluación, aun con derivación médica de diagnósticos presuntivos como trastorno cognoscitivo leve o moderado. En estos casos, incluso ante preguntas abiertas sobre dificultades recientes, los pacientes mantienen

respuestas generales y poco específicas, lo que permite observar un bajo nivel de insight respecto de su situación clínica.

Una vez obtenido el motivo de consulta, se establece el encuadre de la entrevista. El mismo incluye la presentación del profesional, la explicación del motivo de la entrevista, la explicación del proceso de evaluación y la delimitación del tiempo disponible para el encuentro. Este encuadre se realiza tanto con el paciente como, cuando corresponde, con el tercero informante. Por ejemplo, en el caso de V como tercer informante, se detalla que se explicó que el encuentro tenía como finalidad recabar la información necesaria para ayudar a su madre y que se mantendría la confidencialidad de sus datos y de la información brindada (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). Frecuentemente en los registros, se describe la necesidad de sostener y reiterar el encuadre a lo largo de la entrevista. Esto se observa especialmente en situaciones de desorganización del discurso, dificultad para mantener el foco en las preguntas o la necesidad de completar datos personales básicos. Además, se describen modificaciones observables en la actitud del paciente o del familiar tras la explicitación del encuadre. En el caso H.J, paciente que se presenta a renovar su CUD, manifiesta nerviosismo ante el proceso y miedo a perder su empleo, por lo que se le explicó en qué consistiría la evaluación y cómo se desarrollaría el proceso. Una vez aclarado el encuadre, H.J se tranquilizó, comenzó a sonreír y respondió con mayor entusiasmo a las preguntas. En otro registro, C se presenta con su madre por diagnóstico presuntivo de TEA, sin establecer contacto visual ni comunicarse. Sin embargo, con el paso de la entrevista e ir repitiendo el porqué y para qué de cada pregunta, manteniendo contacto con él y explicándole cada parte del proceso evaluativo, se logró que al final de la evaluación respondiera preguntas con comunicación no verbal y realizara contacto visual (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Otro aspecto relevante del curso de la entrevista es la participación del tercero informante. En ciertas evaluaciones neuropsicológicas, debido a la sintomatología avanzada o al nivel de dependencia, se registra la participación de un tercero informante como fuente principal o complementaria de información clínica. En algunos casos, esta necesidad se explicita desde el inicio del encuentro, como en el registro de H, en el que su acompañante expresó: “Pregúntale lo que quieras; ella no te va a contestar”, anticipando la imposibilidad de sostener una entrevista directa; o en SS, quien solicitó brindar información relevante sobre su

primo con trastorno cognoscitivo previo a la entrevista. (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). En varios registros, el tercer informante aporta información relevante que el paciente no había mencionado durante la entrevista. Se registraron entrevistas realizadas a solas con familiares, con explicación de la confidencialidad de sus datos, en las que se agregaron datos sobre dificultades cognitivas, antecedentes del desarrollo o cambios en el funcionamiento cotidiano. Por ejemplo, en el caso de S.J, la hija refirió que la paciente había dejado el horno prendido en reiteradas ocasiones y que guardaba envases vacíos en la heladera, información que no había surgido en el relato inicial de la paciente, que manifestaba no tener olvidos. Otro ejemplo es el de E, cuyo padre, como tercer informante, fue clave para reconstruir la historia vital y clínica temprana, debido a su diagnóstico de trastorno cognoscitivo (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Asimismo, la exploración clínica de la sintomatología, según el motivo de consulta y las hipótesis iniciales, se desarrolló como un proceso activo y dirigido a lo largo de la entrevista. Las preguntas sobre síntomas cognitivos y emocionales, profundizando en su modalidad de presentación, frecuencia, evolución temporal y repercusión en la vida cotidiana del paciente, fueron clave en el proceso de entrevista. Esta indagación se fue ajustando de manera flexible, según el grado de conciencia del paciente y la claridad en su relato. Por ejemplo, durante la entrevista con S, se orientaron las preguntas a comprender el inicio de la sintomatología cognitiva, su temporalidad y las circunstancias en las que comenzó a manifestarse. A partir de esta indagación dirigida, se observaron coincidencias temporales entre el comienzo de los olvidos y episodios de desorientación y acontecimientos vitales significativos, como el proceso de enfermedad y el posterior fallecimiento de su hermana. Otro ejemplo es el caso de L, quien comenta estar bajo tratamiento psiquiátrico, pero al profundizar se evidencia que la paciente no toma la medicación como corresponde y presenta baja adherencia al tratamiento, información que luego resultó necesaria para comprender de manera global su sintomatología. (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

8.2.2 PERFIL CLÍNICO Y CONTEXTO VITAL DEL PACIENTE

La categoría de análisis “Perfil clínico y contexto vital del paciente” agrupa todos los aspectos de la entrevista psicológica que se orientan a describir al paciente en su contexto vital, social y clínico. Esta información que se releva de manera sistemática durante el primer momento de la entrevista psicológica lleva a una mayor comprensión de la persona y su funcionamiento cognitivo.

En los registros analizados se revela información sociodemográfica en el primer momento de la entrevista psicológica, como edad, sexo, lugar de residencia y modalidades de convivencia de los pacientes. En relación con la edad, se observa una población heterogénea que acude a las evaluaciones neuropsicológicas. Predominan adultos y adultos mayores, “mujer de 76 años” y “mujer de 75 años”, aunque también se incluyen algunos adultos jóvenes, “un joven de 27 años” o “una joven de 21 años” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Asimismo, el lugar de residencia resulta relevante, registrando contextos geográficos variados que influyen en la organización de la vida cotidiana. Por ejemplo, G “vive en una localidad cercana a la ciudad de Córdoba, elegida por su cercanía con la naturaleza”, aunque también señaló que “pasa gran parte del día sola” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). En otros registros, se consigna que los pacientes viven en barrios alejados, lo que implica dificultades para el acceso a servicios y actividades cotidianas, como E “Para acceder a centros comerciales más grandes debe tomarse más de un colectivo, (...) no puede manejarse solo para realizar compras”

Continuando con los datos personales, el análisis del nivel educacional y de la trayectoria ocupacional de los pacientes permitió identificar trayectorias educativas y laborales heterogéneas. En relación con el nivel educativo, los registros muestran recorridos diversos; la mayoría de los casos describen trayectorias educativas incompletas o que no continuaron con estudios superiores. Sin embargo, en menor medida se presentan casos con la finalización de estudios secundarios y la continuidad de estudios de grado, como en el caso de una paciente que “refirió haber completado la escolaridad primaria y secundaria y estar

actualmente cursando la carrera de Cine” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). En otros registros, se describen trayectorias educativas incompletas, asociadas a condiciones vitales tempranas, como en el caso de una paciente de 75 años que “no había finalizado la escolaridad primaria, habiendo dejado la escuela para trabajar en el campo con su padre” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Respecto de la trayectoria ocupacional, en la mayoría de los casos los pacientes se encuentran jubilados, pero su trabajo aparece como un elemento central de la historia vital. Esto se observa en el relato de una paciente que “trabajó toda su vida como empleada de comercio”, o en el caso de E, con diagnóstico de trastorno cognoscitivo, en el que su trabajo “lo estimula bastante” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). En contraste, también se registran situaciones de reducción o desvinculación laboral, como en el caso de S que refirió que “desde su despido sentía que había perdido su hogar y su lugar de pertenencia”, o SE que “no pasó el periodo de prueba ya que no seguía las indicaciones de su empleador” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Por otro lado, se registra información vinculada al funcionamiento cotidiano de los pacientes, tanto el desempeño en las actividades de la vida diaria como los hábitos de vida y las conductas de autocuidado. En relación con las actividades de la vida diaria, se observa que, en la mayoría de los casos, las actividades básicas se encuentran relativamente conservadas. Por ejemplo, en un registro G es “independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria”, mientras que en otro se consigna que A.O “refiere ser independiente para el autocuidado, aunque presenta olvidos frecuentes en tareas simples” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). En contraste, las actividades instrumentales son las que presentan con mayor frecuencia dificultades en los pacientes. En múltiples registros se describen problemas en el manejo del dinero, la planificación de tareas y la organización del hogar. Por ejemplo, G “especialmente en el manejo del dinero y el uso de ciertos aparatos electrónicos”, manifestando malestar por “no poder realizar las compras como antes y necesitar acompañamiento”, o E. “requiere supervisión y guía, especialmente en el manejo del dinero, la planificación de tareas y el traslado por la ciudad”. Asimismo, el grado de autonomía observado permitió formular hipótesis diagnósticas, como en el caso de H donde el puntaje del Índice de autonomía de Barthel fue alto “indicando un nivel de dependencia muy alto tanto para las ABVD como para las AIVD, lo que desde un primer momento ya nos llevó

a pensar en un deterioro cognitivo muy alto, hipotetizando una enfermedad neurodegenerativa avanzada” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

En relación con el sueño, en la mayoría de los registros de pacientes con sintomatología cognitiva significativa se consignan alteraciones del descanso, ya sea insomnio de conciliación o de mantenimiento. Por ejemplo, A.O manifestó “dormir por partes” y a su vez refirió sentirse fatigada y dispersa durante la mayor parte del día, mientras que S.M refiere dormir “en alerta” durante períodos vitales estresantes donde, a su vez, aumenta su sintomatología cognitiva. En el caso de SS, el tercero informante señaló que el sueño de su esposa se encontraba “muy entrecortado”; luego, esta paciente presentó mucha dificultad para mantener la atención durante el periodo de realización de pruebas neurocognitivas (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

En relación con el consumo de sustancias, en múltiples registros se descarta la presencia de consumo problemático. Algunos pacientes negaron el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que en otros casos se registró consumo ocasional o social de alcohol y tabaco, sin que interfiera en el funcionamiento cotidiano. Sin embargo, en menor medida se presentan casos donde el consumo adquiere relevancia como, V que como tercer informante refirió consumo crónico de alcohol durante la adultez de su madre quien a sus 75 años presenta un deterioro cognitivo elevado, o en C que su madre informó consumo de alcohol desde edades tempranas, en un contexto de vulnerabilidad social y económica (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Asimismo, se observa que el funcionamiento cotidiano se ve atravesado por acontecimientos vitales relevantes en algunos casos. Por ejemplo, en pacientes donde su alteración del sueño se vincula a períodos de estrés prolongado como S.M en situaciones de mudanza presenta episodios de desorientación; o vinculados a experiencias de pérdida, cuidado prolongado y duelos significativos, como cuando S refiere al fallecimiento de su hermana como “era quien la asistía, cuidaba y acompañaba gran parte del tiempo”, y condiciones de salud en L quien presenta olvidos y dificultades en las actividades de la vida diaria pero refiere dolor crónico por 6 hernias de disco.

Dentro del contexto vital de los pacientes, las redes de apoyo familiares y sociales se registran como información clínica relevante. En la mayoría de los casos, en pacientes que

presentan dificultades cognitivas que interfieren en su vida diaria, la red de apoyo está compuesta por un cuidador principal, generalmente un hijo o familiar. Por ejemplo en el caso de SMC, donde hay alta dependencia funcional, su esposo refirió que “era ahora quien debía corroborar que su esposa se bañara, se alimentara bien o recordara sus actividades” o en el caso de E.M., donde su padre refiere que “cuenta con el apoyo de otros familiares que ayudan en su cuidado” y que el paciente “disfruta mucho de estar con su familia y suele ser estimulado a realizar actividades diversas”. (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). Por el contrario, hay otros casos de redes más limitadas, como en el caso L que refirió contar únicamente con un hijo, por lo que decide no realizar una cirugía para aliviar su dolor crónico lumbar ya que requería acompañamiento postoperatorio; o en G quien refiere vivir alejada de la ciudad únicamente con su marido pero que él mismo no le tiene paciencia cuando intenta realizar actividades estimulantes por lo que se frustra y abandona (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Luego se registraron los antecedentes psicopatológicos relevantes. En múltiples casos de pacientes que presentan dificultades cognitivas se registran antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas, principalmente Alzheimer, como G que asiste por dificultades en las AIVD y “mencionó que su abuela materna falleció luego de un proceso de Alzheimer”; SJ quien asiste con diagnóstico de trastorno cognoscitivo leve y refiere que su tía materna falleció con diagnóstico de Alzheimer; o SMC quien se presenta con sintomatología avanzada y tercero informante refiere que el padre de la paciente fue diagnosticado de Alzheimer en sus últimos años de vida. Así también, la presencia de enfermedades médicas crónicas que requieren controles permanentes y afectan el funcionamiento cotidiano. Por ejemplo, S con neuropatía diabética, refiere no haber estado respetando las exigencias médicas de estilo de vida como restricción de algunos alimentos y “manifiesta que su padre era diabético comentado que en su hogar nunca se mantuvieron hábitos saludables”. (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

8.2.3 APORTES CLÍNICOS DEL PSICÓLOGO

La tercera categoría “Aportes clínicos del psicólogo” articula todos los momentos del proceso de entrevista que implican el rol activo del psicólogo como entrevistador. En los registros analizados se consignan tanto las observaciones clínicas como las decisiones tomadas durante el desarrollo de la entrevista, en función de las características particulares de los pacientes.

En primera instancia, las observaciones clínicas se relacionaron con variables contextuales como la edad, el nivel educativo, los antecedentes y las características del paciente. Se evaluó si el desempeño observado resultaba acorde o no con dichas variables, registrando rendimientos inferiores a lo esperable, dificultades específicas en memoria, atención, evocación o flexibilidad cognitiva, así como diferencias entre tareas simples y complejas. En este sentido, se observaron casos como el de H, en el que lograba resolver consignas básicas, pero presentaba dificultades en aquellas que requerían mayor abstracción o complejidad, lo cual se registró en relación con su edad y nivel educativo (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Asimismo, las observaciones clínicas permitieron dar cuenta del funcionamiento de la persona más allá del resultado cuantitativo de las pruebas. Se registraron la influencia emocional, las interrupciones del discurso, latencias prolongadas entre pregunta y respuesta, la necesidad de reiterar o simplificar consignas, la rigidez conductual, los movimientos repetitivos o las dificultades para sostener el contacto visual. Por ejemplo, el caso S presentó “dificultad en las primeras consignas del primer test”, lo cual se registró en relación con cómo se encontraba “emocionalmente previo a la toma” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). Además, se registró que, tras los momentos de labilidad emocional durante la entrevista, se presentaron dificultades en el rendimiento cognitivo. En el caso S.B, al consultar aspectos del grupo familiar, la paciente “entró en llanto de manera repentina” por el reciente fallecimiento de su hermana y se mantuvo angustiada durante el encuentro. Posteriormente, durante las pruebas, presentó dificultades en el aprendizaje de consignas, en la comprensión

de nuevas instrucciones y en la flexibilidad para cambiar de tarea, repitiendo respuestas de consignas previas. En estos casos, los registros dejaron constancia de que los resultados debían considerarse en relación con el contexto emocional atravesado durante la evaluación. Otro ejemplo de observación clínica se presenta en el caso A.O., donde, durante la administración del MoCA, se detectó que “su velocidad de respuesta era adecuada, pero se interrumpió a sí misma para comentar recuerdos o pensamientos no vinculados a la tarea” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

Por último, se observó que, durante el desarrollo de las entrevistas, en reiterados casos el psicólogo realizó ajustes clínicos en función del estado emocional y cognitivo del paciente. Estas decisiones incluyen modificaciones en el ritmo de la entrevista, pausas, reformulaciones de consignas y momentos de intercambio no estructurado cuando el estado emocional interfería con la tarea evaluativa. Dado que en la mayoría de los casos los pacientes manifestaron nerviosismo y ansiedad, los registros muestran que las decisiones se tomaron a partir de las observaciones clínicas realizadas en el momento. Por ejemplo, en el caso de G, “durante la entrevista se mostraba visiblemente ansiosa, se acariciaba constantemente las manos, se rascaba la cabeza y se acomodaba varias veces en la silla”. Por ello es que luego de las pruebas cognitivas se decidió sumar el Test de Ansiedad de Hamilton” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). En otros casos, como el de S, se consignó que “debido a la desorganización del discurso fue necesario pedirle que nos permitiera completar primero los datos personales básicos, para asegurar la sistematicidad del registro y mantener el encuadre” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025). Asimismo, el psicólogo, como entrevistador, intervino para adaptar la modalidad de las preguntas, combinando consignas más estructuradas con apoyos concretos para facilitar la comprensión y la comunicación. En algunos registros se necesitó postergar, interrumpir o reordenar la administración de pruebas neuropsicológicas cuando el estado emocional del paciente se encontraba alterado. Por ejemplo, en el caso SB, “mantuvimos un momento de charla más distendida para que ella pudiera regularse y que su emoción no afectase significativamente en las pruebas”. En esta misma línea, se registró que M “al realizar la subprueba de fluidez verbal, la paciente manifiesta que le duele la cabeza y pide un vaso de agua”. Se frenaron las pruebas para que tomara agua y, cuando manifestó estar lista para seguir, se continuó” (Registro de Práctica, Bocco M. Paula, 2025).

9. CONCLUSIONES

9.1 CONCLUSIONES TEÓRICAS

El presente trabajo se centró en analizar la entrevista psicológica como herramienta dentro de las evaluaciones neuropsicológicas realizadas en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba. A partir del análisis y de la propia experiencia, se buscó profundizar en la comprensión del lugar que ocupa la entrevista en el proceso evaluativo, de los aspectos clínicos y contextuales que se indagan y de los aportes específicos del psicólogo en este dispositivo. La sistematización realizada no solo permitió una lectura crítica de la experiencia, sino que también promovió la formulación de nuevas preguntas que enriquecen la práctica clínica. A continuación, se presentan las conclusiones que sintetizan los resultados más relevantes en relación con los objetivos del trabajo.

En primer lugar, a partir del análisis de la práctica realizada, se concluye que la entrevista psicológica constituye una herramienta clínica central y estructurante dentro de las evaluaciones neuropsicológicas. La misma permite organizar, orientar y dar sentido al conjunto del proceso evaluativo. La entrevista dentro de dicho proceso no se limita a un momento introductorio, sino que atraviesa todo el desarrollo de la evaluación, tal como señalan Ardila y Rosselli (2007), quienes destacan el valor de la observación clínica continua para la formulación de hipótesis diagnósticas. A medida que se va obteniendo información del paciente, se permite ir articulando lo cognitivo, emocional, contextual y conductual. Desde la experiencia durante la entrevista, se pudo observar a cada paciente en su totalidad, desde una concepción de la misma que no recolecta datos aislados, sino que prioriza la comprensión integral del paciente y busca información contextualizada. Como plantea Bleger (1985), el psicólogo, en las evaluaciones neuropsicológicas, no solo observó, sino que se incluyó en el proceso; y la entrevista se convierte en un campo dinámico, donde el vínculo entre entrevistador y entrevistado permite observar un fragmento de la vida del sujeto en esa interacción. De este modo, la práctica evidenció que la entrevista orienta el proceso evaluativo, permite obtener la información necesaria para contextualizar los resultados de las pruebas y construir hipótesis diagnósticas iniciales acordes con la singularidad de cada caso, y constituye una relación con cada paciente.

La entrevista psicológica, en su curso y propósito, cumple múltiples funciones dentro del proceso de evaluación neuropsicológica, tal como se evidencia en los resultados del presente trabajo. Principalmente, da lugar al encuadre que, a través de la explicitación de los objetivos, la naturaleza y la metodología de la evaluación, organiza el proceso evaluativo, del cual emergen un contexto, roles y objetivos definidos (Bleger, 1964). El encuadre estabilizado presentó, en la práctica, concurrencias con manifestaciones emocionales positivas, observándose una disminución de las ansiedades iniciales y una mejora en la predisposición de los pacientes frente a la evaluación, tal como plantean Ardila & Rosselli (2007). Asimismo, se experimentó que durante la entrevista psicológica se permite construir un vínculo de confianza entre el paciente y el psicólogo entrevistador, lo cual resultó relevante para favorecer la colaboración y sostener una participación activa a lo largo de toda la evaluación.

Así también, resulta interesante observar durante la entrevista cómo se indaga el motivo de consulta a través de una pregunta abierta inicial. Dicha exploración posibilita registrar el nivel de conciencia e insight de enfermedad y la exploración de la percepción subjetiva del problema. Es decir, como plantean Ardila & Rosselli (2007), se otorga la posibilidad de observar cómo percibe el propio paciente su estado actual, lo que resultó clave especialmente en entrevistas con adultos mayores. Sin embargo, se debe tener en cuenta la importancia, en casos de alto nivel de dependencia o sintomatología avanzada, de la posibilidad de complementar la información e historia clínica con terceros informantes. Tirapu Ustárriz (2007) plantea que existen diferencias entre la información que el paciente puede compartir y la que aporta la familia o los acompañantes. En la práctica, la realización de entrevistas complementarias resultó fundamental en casos específicos, en los que se logró acceder a datos que no siempre podían ser brindados por el propio paciente, lo que favoreció la observación de la autopercepción de la situación y una comprensión más integral de cada cuadro clínico.

Por otro lado, el análisis de los resultados permitió identificar que la entrevista psicológica posibilita obtener información acerca del perfil clínico y contexto vital del paciente, lo que permite comprender a cada persona en su singularidad y orienta la selección e interpretación de las pruebas neuropsicológicas. Entre las variables más significativas se encontraron la edad, el nivel educativo, la ocupación, el sueño, los antecedentes

psicopatológicos, la red de apoyo familiar y social, la autonomía en las actividades de la vida diaria, el consumo de sustancias y las condiciones actuales de salud. Tal como plantea el Colegio de Psicólogos de San Juan (s. f.), la indagación de estos aspectos permite al psicólogo realizar una integración más precisa y orientada de la persona evaluada. En la práctica, la exploración de estas variables permitió comprender el impacto funcional de las dificultades cognitivas en la vida cotidiana del paciente y establecer relaciones entre el desempeño en las pruebas y su contexto vital. La experiencia mostró una asociación entre algunas de las variables, por ejemplo, el nivel educativo y la ocupación. Se observó que la primera variable es fundamental, ya que la escolaridad es determinante en los resultados, tal como plantean Ardila & Ostrosk (2012). Esta variable guarda relación con la ocupación, la cual permite inferir el nivel de funcionamiento previo y la exigencia intelectual que el paciente sostuvo a lo largo de su vida (Allen & Gramlich, 2024). Asimismo, ambos factores deben ser interpretados en función de la edad, considerando que las capacidades cambian a lo largo del ciclo vital; por tanto, el psicólogo tuvo que poder diferenciar en cada caso, si el rendimiento era producto de una declinación progresiva esperable o de un déficit cognitivo, por lo que resulta fundamental obtener dicha información en la entrevista (Martínez Noguerras & Tirapu Ustarroz, s.f.; Zuluaga, 2013). Por otra parte, se concluye que existe una asociación entre el grado de dependencia en las AVD y la red de apoyo familiar y social, la cual resulta fundamental para el sostén y el acompañamiento del paciente (Allen & Gramlich, 2024). Especialmente en casos de renovación de CUD, los pacientes que contaban con una red de apoyo sólida lograban realizar sus AVD de manera más efectiva. Por último, la práctica muestra también que el sueño funciona como un indicador crítico de la salud general y el bienestar, tal como expone Horne (1988), y que las dificultades en el descanso suelen concurrir con antecedentes psicopatológicos y condiciones actuales de salud. En este sentido, la entrevista, además, posibilita descartar que el consumo de sustancias o patrones previos de conducta sean los responsables de la sintomatología presente (Ardila & Rosselli, 2007). Por lo tanto, resulta clave obtener información sobre el contexto vital de cada paciente en el momento de la entrevista para contextualizar su entorno vital.

En relación con los aportes del psicólogo, el rol del mismo en el Hospital Nacional de Clínicas se define por su capacidad de ir más allá de la administración técnica e interpretación cuantitativa de las pruebas. A través de la escucha clínica y la observación sistemática, el psicólogo construye una lectura integral del paciente, considerando tanto los aspectos verbales

como los conductuales y las manifestaciones emocionales observadas a lo largo de la entrevista. Tal como plantea Bleger (1985), al pensar la entrevista como un campo dinámico de observación clínica. A diferencia del psicometrista, el psicólogo tiene la habilidad clínica de poder reconocer diversos perfiles psíquicos y cognitivos, haciendo una lectura integral de cada paciente, interpretando los factores contextuales ya mencionados anteriormente (Jurado-Noboa, s.f.).

Durante todo el proceso, fue enriquecedor presenciar cómo el psicólogo se encuentra en un rol activo de observación e interacción para realizar intervenciones clínicas acordes con las necesidades de cada persona e identificar datos relevantes que el paciente no comunica de forma espontánea, tal como mencionan Fava et al. (2024). Los resultados de la práctica demuestran dicha participación activa en la toma de decisiones durante la entrevista y un ajuste estratégico constante durante la evaluación. Esta flexibilidad se manifestó desde la reformulación de consignas cuando no eran comprendidas y la gestión de pausas ante el cansancio o las emociones intensas, hasta la incorporación de instrumentos complementarios, como el Test de Ansiedad de Hamilton, para detectar signos de ansiedad o labilidad emocional que interfieren en el rendimiento.

Desde el análisis de la afectividad en el proceso de entrevista, se concluye que la dimensión emocional no se presenta como un factor aislado, sino que constituye una parte significativa e influyente en el proceso de evaluación. Los resultados reflejan que los pacientes manifiestan frecuentemente emociones intensas ante la instancia de evaluación, por lo que la participación activa del psicólogo se vuelve fundamental. Se observó que los estados de labilidad emocional intensa generan interferencias directas en la capacidad de sostener la atención, comprender consignas y mantener la flexibilidad cognitiva. Esto se explica a través de lo planteado por Martínez Noguera & Tirapu Ustarroz, (s.f.) donde el funcionamiento global del individuo incluye la interdependencia de los aspectos emocionales y cognitivos, por ejemplo factores como el estrés o la angustia pueden generar alteraciones neuropsicológicas momentáneas.

Finalmente se concluye que, la entrevista en evaluaciones neuropsicológicas en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba, se despliega como un espacio dinámico de interacción que organiza y orienta todo el proceso evaluativo. A través de la información obtenida durante las entrevistas, se permitió, en la práctica, valorar el estado cognitivo,

conductual, emocional y de autonomía funcional de cada paciente, así como orientar la interpretación de las pruebas para formular conclusiones y recomendaciones contextualizadas, cumpliendo así el objetivo general de las evaluaciones neuropsicológicas.

A partir de lo presentado, se considera que esta sistematización abre interrogantes para futuras investigaciones. En primer lugar, como se mencionó en la perspectiva teórica, el proceso de evaluaciones neuropsicológicas presenta tres fases generales; el presente trabajo profundizó en la primera: la entrevista inicial, dejando dos fases para profundizar desde la mirada de la psicología clínica. Asimismo, una mirada global del proceso evaluativo, que incluye sus tres momentos, contribuiría a una comprensión más amplia de dicho proceso.

Por otro lado, los resultados evidenciaron manifestaciones emocionales recurrentes frente al proceso de evaluación, por lo que resultaría interesante abordar de manera específica tanto las preconcepciones cuando se solicita la evaluación, como las emociones que se despliegan a lo largo del proceso. En la práctica realizada no se logró obtener suficiente información acerca de los procesos emocionales en relación con las evaluaciones, por lo que no se pudo profundizar en las mismas. Sin embargo, el proceso de evaluación neuropsicológica constituye un ámbito amplio y complejo, por lo que cada una de las subcategorías presentadas en los resultados podría profundizarse desde las perspectivas teóricas de las neurociencias y la psicología. Se destaca el proceso evaluativo neuropsicológico como un dispositivo del cual pueden surgir múltiples interrogantes, pero se considera especialmente relevante mantener como eje la mirada global y contextualizada que lleva a observar a cada persona como todo complejo y singular.

9.2 CONSIDERACIONES FINALES

Realizar la práctica profesional supervisada en el Hospital Nacional de Clínicas me otorgó la posibilidad de vivir una experiencia profundamente formativa, tanto en lo académico como en lo personal. A través del acercamiento al ámbito de la psicología clínica en el contexto hospitalario, como espacio que no había experimentado previamente, pude acercarme al dispositivo de evaluaciones neuropsicológicas. Las mismas se volvieron mi foco de interés desde el primer acercamiento a la institución, donde mi curiosidad por las neurociencias me llevó a dedicarle con el paso del tiempo más de 250 horas de práctica. Este contacto con la experiencia práctica permitió que los contenidos teóricos adquiridos a lo largo de la carrera se vieran confrontados con situaciones clínicas reales, atravesadas por la singularidad de cada paciente y por las condiciones propias del contexto institucional.

El mayor aprendizaje surge de reconocer, en cada caso, cómo el psicólogo, en la entrevista, toma como objeto de estudio a la persona en toda su complejidad, interesándose genuinamente por conocer cada caso en profundidad y logrando observar de manera continua, más allá del discurso del paciente. La entrevista psicológica durante la experiencia de práctica constituyó un espacio de aprendizaje continuo de habilidades tanto profesionales como humanas al lograr involucrarme en cada paciente, no solo mediante la obtención de información, sino mediante la profundización de su contexto vital. La entrevista en las evaluaciones me demostró que la mirada del profesional en psicología otorga un carácter único a cada interacción y posibilita el análisis del paciente desde la propia complejidad humana. El trabajo con casos en los que se presentaban diferentes demandas, modalidades de discurso y diversos perfiles cognitivos me fue confrontando con mis propios límites como estudiante en formación, pero, progresivamente, me permitió consolidar mi seguridad en el rol profesional. Tanto el acompañamiento del equipo en la institución como la supervisión constante por parte de la cátedra resultaron claves para poder transformar las dificultades y las vivencias en oportunidades de aprendizaje y reflexión.

Por otro lado, además de los aprendizajes clínicos, la práctica transitada me expuso a la realidad institucional de un servicio de salud mental en un hospital público nacional. Desde el primer registro de práctica, captó mi atención la ubicación del servicio en el hospital: un segundo piso al que se accede por una escalera angosta de un solo sentido. Esto se refleja también en los recursos que se le otorgan, en la sobrecarga de los profesionales y en la demanda constante, lo que lleva a listas de espera de más de 3 meses. Los desafíos que enfrenta el servicio y su personal invitan a la continua reflexión sobre los sistemas de salud, el lugar que se le otorga a la salud mental en las instituciones polivalentes y la importancia de seguir construyendo interdisciplinariamente la prevención y promoción de la salud en todas sus formas.

En definitiva, la experiencia de la sistematización de la práctica me permitió acercarme a la realidad de numerosas personas, lo que contribuyó al desarrollo de mis habilidades profesionales como psicóloga, pero también produjo en mí una transformación como persona. Cada encuentro, cada historia, cada padecimiento, cada tiempo compartido, cada paciente fueron ampliando progresivamente mi capacidad de ponerme en el lugar del otro, de escuchar con interés, de regular mis propias emociones, de aprender de las experiencias relatadas y de dejarme atravesar por el otro. Puedo concluir con certeza que las prácticas profesionales supervisadas en el Hospital Nacional de Clínicas durante el ciclo lectivo 2025 fueron una experiencia de crecimiento personal y profesional que académicamente finaliza con la realización de este proyecto integrador final, pero que con certeza sé que me van a acompañar por lo largo de mi carrera profesional.

10. ANEXO

10.1 GUÍA ORIENTATIVA PARA LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA EN EVALUACIONES NEUROPSICOLÓGICAS

La siguiente guía orientativa para la entrevista psicológica en evaluaciones neuropsicológicas fue elaborada en el marco de las PPS realizadas en el Hospital Nacional de Clínicas. Su construcción surge de la experiencia en el dispositivo, donde, a partir de la necesidad de una herramienta para la toma y el registro de información relevante, se elabora el siguiente recurso clínico.

La guía, como soporte flexible, contribuye al proceso de evaluación durante las entrevistas psicológicas iniciales. De esta forma, no fue pensada como un protocolo rígido de recolección de datos, sino una herramienta destinada a acompañar el momento de la entrevista, para favorecer una lectura integral de cada paciente. Su finalidad es favorecer la obtención de información relevante y necesaria para comprender la singularidad de cada caso y elaborar informes individualizados.

La elaboración de la misma se realizó de manera progresiva, comenzando a mediados de junio de 2025 y continuando a lo largo del año. La misma debió ser modificada de manera constante según la lectura bibliográfica, la supervisión por parte de los profesionales del servicio y su aplicación en la práctica. En este sentido, se volvió una herramienta situada, pensada para el contexto institucional específico en el que se desarrolló y cuyo uso se adapta a las situaciones clínicas reales de entrevistas, como apoyo para el ejercicio del rol profesional en evaluaciones neuropsicológicas.

Fecha: _____



UNC



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

**SERVICIO DE SALUD MENTAL
HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

SANTA ROSA 1564-ALBERDI-CÓRDOBA-TEL. 0351 4337050

Datos personales:

Nombre y apellido: _____ DNI: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ años
Domicilio: _____ Estado civil: _____
Ocupación: _____ Estudios alcanzados: _____
Derivación: _____ Dx: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Presentación a la entrevista: Acompañado/a Solo/a

Datos tercero informante: _____

Genograma:

Hábitos:

Sueño: Sin alteración Insomnio de mantenimiento Insomnio de conciliación| _____

Alimentación: Sin alteración Alteraciones| Observaciones: _____

Actividad física: No realiza Realiza | Frecuencia: _____ Tipo: _____

Actividades recreativas: _____

Fecha: _____

Alcohol: Sí No | Frecuencia: _____

Tabaco: Sí No | Frecuencia: _____

Otras sustancias: Sí No | Detalle: _____

Antecedentes:

Antecedentes clínicos: _____

Esquema de medicación actual:

Tratamientos: psicológicos/psiquiátricos: Psicoterapia Psicofármacos Internacionales.

Observaciones: _____

Antecedentes familiares psicopatológicos: _____

Autonomía de la vida diaria:

Tareas del hogar _____

Manejo de dinero _____

Orientación temporoespacial _____

Síntomas cognitivos: _____

Afectividad: _____

Estilo comunicativo: _____

Observaciones: _____

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. B., & Gramlich, C. A. (2024). *Neuropsicología* [Archivo PDF]. EBSCO.
https://research.ebsco.com/c/tltmmu/ebook-viewer/pdf/7573xn5f6f/page/pp_158
- Allen, J. B., & Gramlich, C. A. (2024). *Neuropsicología* [Archivo PDF]. EBSCO.
https://research.ebsco.com/c/tltmmu/ebook-viewer/pdf/evt6er3kij/page/pp_54?location=https%25253A%25252F%25252Fresearch.ebsco.com%25252F%25252Ftltmmu%25252Fsearch%25252Fdetails%25252Fevt6er3kij%25253Fdb%25253De000xww%252526limiters%25253DNone%252526q%25253Dneuropsychology%252526searchMode%25253Dboolean
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico* [Archivo PDF].
<https://alfredoardila.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/07/ardila-a-ostrosky-f-2012-guia-para-el-diagnostico-neuropsicologico.pdf>
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica* [Archivo PDF]. Editorial El Manual Moderno.
<https://www.fleni.org.ar/wp-content/uploads/2024/04/Manual-Neuropsicologia-Clinica-Ardila-y-Roselli.pdf>
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica: su empleo en el diagnóstico y la investigación*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31427632/20484274-Bleger-La-Entrevista-Psicologica-libre.pdf>
- Buendía, J. (s.f.). *Aproximación al desarrollo de la psicología clínica*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
https://www2.uned.es/dpto-psicologia-clinica/material/ps_clinica.pdf
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (s.f.). *Normativa*.
<https://cppc.org.ar/institucionales/normativa/>
- Colegio de Psicólogos de San Juan. (s.f.). *Cuestionario de datos personales en psicología* [Archivo PDF].
<https://colegiodepsicologossj.com.ar/cuestionario-de-datos-personales-psicologia>

Congreso de la Nación Argentina. (1985). *Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Psicología N.º 23.277. Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23277-239>

Fava, G. A., Sonino, N., Aron, D. C., Balon, R., Berrocal Montiel, C., Cao, J., Concato, J., Eory, A., Horwitz, R. I., Rafanelli, C., Schnyder, U., Wang, H., Wise, T. N., Wright, J. H., Zipfel, S., & Patierno, C. (2024). Entrevista clínica: un método de medicina esencial pero descuidado. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 93(2), 94–99.
<https://doi.org/10.1159/000536490>

Guber, R. (1991). El registro de campo: primer análisis de datos. En *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (Cap. 12, pp. 251–271). Paidós.

Haz, A. M., Díaz, D. V., & Raglianti, M. H. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20(1), 23–28.

Hebben, N., & Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. Manual Moderno.

Hospital Nacional de Clínicas. (s.f.). *Autoridades*. Facultad de Ciencias Médicas UNC.
<https://hospitalnacionalclinicas.fcm.unc.edu.ar/autoridades/>

Hospital Nacional de Clínicas. (s.f.). *Reseña histórica*.
<https://hospitalnacionalclinicas.fcm.unc.edu.ar/resena-historica/>

Hospital Nacional de Clínicas. (s.f.). *Servicios*.
<https://hospitalnacionalclinicas.fcm.unc.edu.ar/servicios/>

Jurado-Noboa, M. B. (s.f.). *La contribución de la evaluación neuropsicológica a la atención médica primaria* [Archivo PDF]. Revecuatneurol.
<https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/La-Contribuci%C3%B3n-de-l>

[a-Evaluaci%C3%B3n-Neuropsicol%C3%B3gica-a-la-Atenci%C3%B3n-M%C3%A9dica-Primaria.pdf](#)

López Fuentetaja, A. M., & Iriondo Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(e1), 1–19.
<https://doi.org/10.5093/cc2019a2>

Martínez Noguerras, Á., & Tirapu Ustarroz, J. (s.f.). *Evaluación neuropsicológica* [Archivo PDF]. Dropbox.
<https://www.dropbox.com/scl/fi/xum9bmuushvsq5vtruynv/Evaluaci-n-neuropsicol-gica.pdf?e=1&rlkey=pz59u1yspu3tju6anxynw9jx&dl=0>

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Ley Nacional N.º 26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>

Miró, E., Cano Lozano, M. D., & Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11–27. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401401.pdf>

Pades Jiménez, A. (2020). *La entrevista clínica: Herramienta para cuidar*. Universidad de las Islas Baleares.
https://www.researchgate.net/publication/344333367_La_entrevista_clinica_Herramienta_para_cuidar

Pérez García, M. (2018). *La evaluación neuropsicológica* (2.ª ed. actualizada). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
<https://gabinetepsicologicodeterapiasbreves.com/wp-content/uploads/2023/03/LA-EVALUACION-NEUROPSICOLOGICA-2a-Edicion-actualizada.pdf>

Saforcada, E. (2008). La psicología en Argentina: Desarrollo disciplinar y realidad nacional. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(3), 462–471.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442305>

Tirapu Ustarroz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189–211.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000200005

Zuluaga, P. A. M. (2013). *La funcionalidad de la entrevista clínica en la evaluación neurocognitiva* [Archivo PDF]. Redalyc.
<https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856283007.pdf>