

UNIVERSIDAD DE CONGRESO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EVALUACIÓN INTEGRAL PSICONEUROLÓGICA (EIPSIN)
DE LA CIENCIA PSICOLÓGICA A LA SOCIEDAD

Director: Esp. Lic. Emanuel Pompilio
Co-director: Lic. García Fernando

Pompilio, Emanuel

Evaluación integral psiconeurológica : de la ciencia psicológica a la sociedad / Emanuel Pompilio ; Fernando García. - 1a ed. - Mendoza : Ediciones Universidad de Congreso - EdiUC, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: online

ISBN 978-631-91076-1-6

1. Neuropsicología. I. García, Fernando II. Título

CDD 150.2

Director editorial: Dr. Gustavo Made

Coordinación editorial: Ed. Lucía Gabrielli

Colaboradores: Equipo de Secretaría de Comunicación
y Relaciones Institucionales

Primera edición: 2025

© Ediciones Universidad de Congreso, 2025

Colón 90. Ciudad de Mendoza. CP 5500

Tel. 0054 261 4230630

ediuc@ucongreso.edu.ar

www.ucongreso.edu.ar

Hecho el depósito que prevé la Ley 11.723

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea digital, eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia sin permiso del editor.



AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE CONGRESO

Rector

Mg. Ing. Rubén Darío Bresso

Vicerrector Académico

Mg. Cdor. Emilio Berruti

Vicerrectora de Administración y Finanzas

Cdra. Irene Casati

Vicerrectora de Planeamiento

Arq. Karen Noval

Secretaria General

Lic. Norma García

Facultad de Ciencias Económicas y de la Administración

Decano Cdor. Emilio Berruti

Facultad de Ambiente, Arquitectura y Urbanismo

Arq. Karen Noval

Facultad de Estudios Internacionales

Decano Mg. Lic. Ernesto Lucio Sbriglio

Facultad de Ciencias Jurídicas

Decano Dr. Alberto Rez Masud

Facultad de Ciencias de la Salud

Decano Dr. Roberto Furnari

Facultad de Humanidades

Decano Dr. Gustavo Made

CONTENIDO

	2
Resumen	7
Abstract	8
Formulación del problema	9
Marco teórico	10
Los aportes de las neurociencias a la consolidación del movimiento cognitivo	10
La evaluación como uno de los pilares de la psicología	11
La integración de un modelo de evaluación cognitiva y psicológica	12
Los principios fundantes que articulan la psicoterapia cognitivo-integrativa	13
Unificación de un modelo de informe que permita la complejidad	15
La dimensionalidad de la personalidad en la complejidad de ser humano	16
Métodos	20
Hipótesis de investigación	20
Objetivos	20
Objetivos generales	20
Objetivos específicos	20
Consideraciones éticas	21
Participantes	22
Diseño metodológico	22
Instrumentos	22
Resultados	23
Análisis descriptivo	23
Análisis de consistencia interna	54
Análisis correlacional	56
Análisis factorial	58

Discusiones	67
Conclusión	70
Recomendaciones	70
Referencias bibliográficas	71
Apéndice 1 - Consentimiento informado	75
Apéndice 2 - Evaluación Integral Psiconeurológica	76
Apéndice 3 – Baremos, explicación de puntuación y transformación puntajes de los instrumentos	97
Apéndice 4 – Modelo de Informe Evaluación Integral Psiconeurológica	120
Apéndice 5 – Sugerencias para el uso profesional	136
Glosario	137

Evaluación Integral Psiconeurológica (EIPSIN)

De la Ciencia Psicológica a la Sociedad

Equipo de Investigación

Director: Esp. Lic. Emanuel Pompilio

Co-Director: Lic. García Fernando

Investigadores colaboradores

Lic. Verónica Lorenzo

Lic. Zarina Mesa

Lic. Florencia Bussetti

Lic. Laura Merlo

Becarios

Sebastián De Lucca

Brisa Castro

Camila Estévez

Alumnos colaboradores

Andrea Soria

Agustina Arias

Lourdes Pucciarelli

Selena Carpio

Julieta Cerraro

Camila Morán

RESUMEN

El estudio aborda la escasez de guías en Argentina para evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas y propone la creación de un protocolo de evaluación integral que unifique los perfiles psicológicos y cognitivos. Se aplicaron instrumentos validados localmente que evalúan la consistencia interna y la correlación entre ellos. La metodología empleada fue cuantitativa, correlacional y exploratoria y se aplicó a una población universitaria. Se utilizaron diversos instrumentos, incluidos la Entrevista Semiestructurada Ad-Hoc, ACE III, AQ-10, EDO-10, d2, Test de Fluencia Verbal, IFS, Mini-SEA, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Escala de Autoeficacia General, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Síntomas Revisado, Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad, Escala PANAS, Escala de Locus de Control de Rotter, Cuestionario de Trampas Vitales y Satisfacción de Necesidades.

El análisis mostró que la Memoria Episódica Lógica de Signoret correlaciona positivamente con el Mini-SEA, lo que sugiere que una mejor capacidad de memoria está asociada con un mayor reconocimiento emocional. La Fluencia Verbal Semántica y de Acción tuvo una correlación negativa con la apertura, lo que indica una relación inversa entre habilidades verbales e impulsividad. El Locus de Control de Rotter correlacionó positivamente con la sintomatología depresiva, lo que sugiere que una percepción de falta de control puede agravar los síntomas psicológicos. La Autoeficacia General se asoció negativamente con la ansiedad y la depresión, y por lo tanto apoya que la autoeficacia contribuye a una mejor regulación emocional. El análisis factorial identificó seis componentes principales, lo que explica el 63% de la varianza, agrupados en paradigmas: biológico, afectividad, afectivo, cognitivo, personalidad/self y sistémico. La consistencia interna del instrumento fue muy buena (Alfa de Cronbach = 0.77), lo que supone la necesidad de aplicar el instrumento completo para obtener resultados más fiables.

En conclusión, los hallazgos subrayan la complejidad de las interrelaciones entre dimensiones psicológicas y proporcionan una base teórica sólida para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas en psicología. La buena consistencia interna del instrumento y la identificación de componentes clave indican que este enfoque multidimensional es eficaz para evaluar y comprender el comportamiento humano integralmente y la realización de un informe acorde a dichas características.

Palabras clave: evaluación neuropsicológica; evaluación psicológica; integración; informe neuropsicológico; informe psicológico.

ABSTRACT

The study addresses the scarcity of guidelines in Argentina for psychological and psychiatric evaluations, proposing the creation of an integral assessment protocol that unifies psychological and cognitive profiles. Locally validated instruments were applied, evaluating internal consistency and correlation among them. The methodology employed was quantitative, correlational, and exploratory, applied to a university population. Various instruments were used, including the Ad-Hoc Semi-structured Interview, ACE III, AQ-10, EDO-10, d2, Verbal Fluency Test, IFS, Mini-SEA, Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, General Self-Efficacy Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Revised Symptoms Inventory, List of Adjectives for Personality Assessment, PANAS Scale, Rotter's Locus of Control Scale, Vital Traps Questionnaire, and Needs Satisfaction Scale.

The analysis showed that Signoret's Logical Episodic Memory positively correlated with the Mini-SEA, suggesting that better memory capacity is associated with greater emotional recognition. Semantic and Action Verbal Fluency had a negative correlation with openness, indicating an inverse relationship between verbal skills and impulsivity. Rotter's Locus of Control positively correlated with depressive symptomatology, suggesting that a perception of lack of control can exacerbate psychological symptoms. General Self-Efficacy negatively associated with anxiety and depression, supporting the idea that self-efficacy contributes to better emotional regulation. Factor analysis identified six main components, explaining 63% of the variance, grouped into paradigms: biological, affectivity, affective, cognitive, personality/self, and systemic. The internal consistency of the instrument was very good (Cronbach's Alpha = 0.77), suggesting the need to apply the complete instrument to obtain more reliable results.

In conclusion, the findings underline the complexity of the interrelationships between psychological dimensions and provide a solid theoretical basis for future research and practical applications in psychology. The good internal consistency of the instrument and the identification of key components indicate that this multidimensional approach is effective for assessing and understanding human behavior comprehensively and the preparation of a report in line with these characteristics.

Keywords: neuropsychological assessment; psychological assessment; integration; neuropsychological report; psychological report.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En Argentina, existen pocas guías que orienten sobre las evaluaciones psicológicas y psiquiátricas, no así baterías rígidas neurocognitivas. Existen diversos intentos de protocolizar conjuntos de instrumentos, ninguno de ellos da lugar a un perfil psicológico y a un perfil cognitivo en sí mismo. Se requiere armar baterías rígidas que permitan abordar diversas áreas. Por ende, este proyecto de investigación plantea tener en cuenta ejes de evaluación que todo proceso debe llevar a cabo.

Se buscará evaluar la consistencia interna de los instrumentos seleccionados, siendo requisito de eliminación una baja. Asimismo, se utilizarán instrumentos validados en Argentina, y en caso de necesidad se incorporan instrumentos validados en el resto Latinoamérica y en caso excepcional en España. También se evaluará la correlación entre los instrumentos a utilizar. Se buscará comparar los datos con baterías completas como NeuroPsi y pruebas de screening general cognitiva. Por otro lado, se utilizará comparar validaciones hechas de otros instrumentos que permitan una evaluación psicológica integral, como la FECCI que nos servirá como punto de partida.

El objetivo del presente estudio es la realización de un nuevo protocolo, de fácil administración, de corta duración y de fácil acceso, sensible y específica para la evaluación del funcionamiento psicológico y cognitivo. Se buscará abarcar la emocionalidad, personalidad y otros trastornos mentales graves. Asimismo, en cuanto a las funciones cognitivas, se evaluará las funciones ejecutivas, la atención, memoria, lenguaje, habilidades visuo-constructivas y cognición social.

También se plantea la realización de un informe unificado que nos permita volver a los datos obtenidos durante el proceso de evaluación y que a su vez favorezca el uso de un lenguaje común entre los diferentes profesionales que se desempeñan en la salud mental.

MARCO TEÓRICO

Los aportes de las neurociencias a la consolidación del movimiento cognitivo

Gardner (2000) plantea que la consolidación del movimiento cognitivo se dio en torno a cinco características esenciales: 1) sus raíces en la tradición filosófica clásica; 2) su énfasis en las representaciones, los signos, los símbolos, los esquemas y las ideas; 3) la metáfora de la computadora; 4) la atenuación de la importancia atribuida a los afectos y la cultura; y 5) la realización de estudios interdisciplinarios entre las ciencias fundantes.

El neurólogo Henry Head (1861-1940) introdujo un esquema mental que fue usado por varios psicólogos cognitivos, como Piaget, Bruner y Ausubel, para su desarrollo teórico y que fundaron los cimientos de la psicología del aprendizaje.

Donald Hebb (1904-1985) es un neurocientífico que trabajó con Lashley y analizó los efectos de la cirugía y el daño cerebral a través de pruebas de inteligencia, y planteó la teoría de los ensamblajes neuronales que comprende los cambios metabólicos de las neuronas cuando se transmite la información a través de los axones (Hebb, 1958). Roger Sperry (1913-1994) se abocó al estudio de las asimetrías cerebrales tras notar que los pacientes epilépticos a los que se les practicaba una comisurotomía (escisión del cuerpo caloso) tenían alteraciones neuropsicológicas debido a la desconexión entre los dos hemisferios. Estos estudios aportaron evidencias sobre la dominancia hemisférica y la lateralización de las funciones cerebrales con respecto a diversas tareas cognitivas perceptuales, mnémicas y de razonamiento verbal y numérico que generaron nuevos interrogantes sobre las relaciones entre la mente y el cuerpo (Sperry, 1968, p. 181).

(...) Las neurociencias introdujeron una serie de evidencias que pueden ser resumidas en los siguientes principios, y que son especialmente relevantes para nuestra aproximación relacional, a la par que marcan diferencias –sin negar las convergencias– con las aproximaciones fundamentalmente cognitivas:

1. El desarrollo humano (y el cambio) sucede en un contexto trans-subjetivo (en el que se originan las subjetividades).
2. Las emociones son el motor (operan como marcadores somáticos de toda experiencia significativa) y preceden a la cognición.
3. En la comunicación intersubjetiva predomina lo no verbal (es decir, los patrones de conocimiento relacional implícito no verbal, pre-simbólico). Antecede al lenguaje la experiencia somático-emocional no formulada, pero pre-configurada (como Conocimiento Relacional Implícito).
4. La dinámica de la conexión empática (que radica en el sistema de las neuronas espejo) regula las posibilidades de conexión-desconexión, desde la comunicación en la díada al grupo social.
5. La inferencia de intenciones dirige la experiencia, y abre así el espacio privilegiado de la cognición.
6. El tiempo del desarrollo es el de la oportunidad, no una secuencia cronológica. La regulación psíquica de las necesidades fisiológicas mediante el Sistema de Vinculación integra el sistema que estructura el desarrollo temprano, que continuará en el sistema de apego, lo que se configura mediante patrones característicos.
7. El desarrollo (y el cambio psíquico) tiene lugar en el diálogo entre mentes. Se observa en la progresiva construcción de las capacidades de mentalización.
8. El desarrollo (como el cambio psíquico) no es lineal ni sigue una tendencia progresiva, sino que es caótico y dinámico (Ávila-Espada, 2020, p. 33).

Así, siguiendo a Ávila-Espada (2020), la *condición humana*, si es plena, es decir, si se puede expresar como *subjetividad habitada*, deriva de la intersubjetividad (patrones de conocimiento relacional implícito marcados emocionalmente) y de la cooperación intencional (ámbito configurado como cognición). Deriva de un espacio centrado en el «nosotros», que se configuró en la estructura del Sistema de Neuronas Espejo, donde el *desarrollo es específico a cada sujeto y sus contextos*, y se articula en la identificación social (el «sí mismo» que atribuimos a los otros más el sentimiento de «ser-como-tú» activado en el encuentro con los otros) que es el resultado de preservar el *espacio compartido centrado en el nosotros*. La progresiva afirmación del sentimiento básico del «sí mismo» en la persona se organiza a través del reconocimiento que recibe en sus vínculos intersubjetivos, y es la expresión final de un proceso de desarrollo saludable (Ávila-Espada, 2020, p. 33).

La configuración de la identidad personal que se manifiesta como madurez de la subjetividad humana requiere un equilibrio dinámico y contextual, en los diferentes tiempos del ciclo vital, de los siete sistemas motivacionales que regulan la acción y la experiencia humana (Reafiliación con los grupos; Cuidando a los otros; Autoafirmación y Exploración de preferencias y capacidades; Responder con oposición/retraimiento; Sensualidad –satisfacción sensorial, excitación sexual y liberación orgásmica–). En esta inter-determinación evolutiva se configuran los patrones nucleares que organizan la experiencia subjetiva: identidad, patrón de apego dominante, calidad de los procesos de mentalización; expresión y regulación emocional; todos ellos se integran en la calidad de *relacionalidad* alcanzada por la persona en su desarrollo. Los déficit, fallas o la desregulación en cualesquiera de los aspectos mencionados se manifiesta a través del sufrimiento humano, que puede cristalizar en síntomas y síndromes psicopatológicos duraderos, que a su vez operan también como adaptaciones patológicas que permiten recuperar el equilibrio psíquico posible, sea en el nivel de la ansiedad y sus reguladores (ej., los procesos obsesivos y fóbicos), en la desregulación emocional (alteraciones en el estado de ánimo), en las relaciones interpersonales disfuncionales o en el sacrificio de la conexión con la realidad que se aprecia en la denominada experiencia psicótica (Lichtenberg et al., 2011, pp. 33-34).

La evaluación como uno de los pilares de la psicología

A lo largo de la historia, la creación de instrumentos ha sido una de las bases en la cual la psicología se consolida para realizar abordajes y diagnósticos efectivos. A partir de la segunda guerra mundial la proliferación de técnicas de evaluación ayudó a que la ciencia psicológica se consolidara.

Durante muchos años, la evaluación de los pacientes estuvo centrada en el estudio de las variables del individuo afectado por una perturbación. Era la consecuencia de la extensión a este terreno del modelo de examen médico. Sin embargo, con el paso del tiempo, se fue imponiendo la idea de que los trastornos de los cuales nos ocupamos no son sino expresiones de fenómenos interaccionales y lo que vemos como síntomas en un paciente es una manifestación focal de un fenómeno más amplio que abarca las relaciones de ese paciente en contextos interpersonales (Fernández Álvarez, 2006, p. 158 citado en Pompilio et al., 2022, p. 36).

La evaluación psicológica suele entenderse como un procedimiento que puede servir para: 1) distinguir conductas duraderas, 2) predecir la forma en que una persona habrá de responder en determinadas situaciones o 3) encontrar eventos o tratamientos que pueden ayudar a una persona a cambiar algo que le genera dificultades (Beutler et al., 2003, Fernández Álvarez, 2006, p. 149 citado en Pompilio et al., 2022, p. 36).

En cambio, la evaluación neuropsicológica valora las funciones cerebrales superiores y su correlato con la conducta. Entre las funciones cognitivas que deben ser evaluadas, encontramos la memoria, la atención, las funciones ejecutivas, el lenguaje y la cognición social, entre otras (Pompilio et al., 2022, p. 36).

En la actualidad tenemos un gran banco de instrumentos para abordar diferentes posibles síntomas, pero no una estructura establecida con diversos instrumentos fiables para tener una visión lo más general posible en nuestra práctica.

La integración de un modelo de evaluación cognitiva y psicológica

En psicología, existen cientos de modelos psicoterapéuticos que coexisten, algunos presentan validez empírica y otros no. ¿Hay un modelo superior al otro? Esta es una pregunta que muchos autores se han hecho a lo largo de la historia y que la respuesta todavía no se encuentra. Por esto, se plantea actualmente diferentes maneras de vinculación entre lo que conocemos y en qué podemos mejorar para abordar los fenómenos que muchas veces se nos escapan del foco de estudio.

Se hace necesario el desarrollo de una visión de salud mental que integre gran parte de las particularidades que la experiencia nos demuestra. Es necesario solidificar y mejorar las evaluaciones y tratamientos que nosotros realizamos, buscando mejorar la calidad de vida al paciente, posibilitando los mejores tratamientos.

Durante las últimas décadas, ha habido un gran avance en torno al estudio de perfiles cognitivos como también estandarización de test. Hemos podido ser más precisos y efectivos en nuestras evaluaciones. Y en las aportaciones que estas nos pueden dar a los psicólogos clínicos. El punto de conexión entre la rehabilitación y la psicoterapia se desdibuja tradicionalmente en estamentos rígidos de difícil conexión. Un entretejido que en la práctica desaparece quedando solo en aportes teóricos sin articulación (Pompilio et al., 2022, p. 5-6).

La FECCI (Ficha de evaluación clínica integral, a partir de ahora FECCI) plantea una evaluación diagnóstica integral, cuya finalidad no es una mera categorización del paciente, sino que concibe a la evaluación como algo dinámico que tiende a facilitar la intervención terapéutica, pues se considera que el sistema diagnóstico es valioso en la medida en que aporte en predicción y probabilidad de éxito del proceso de psicoterapia. Es así que una evaluación diagnóstica «solo tendrá sentido si es capaz de precisar el pronóstico, esclarecer etiología y potenciar el cambio» (Opazo, 1999, citado en Texia Bejer, 2010, p. 39).

El FECCI integra escalas validadas a nivel internacional (E.P.Q. de Eysenk, Test de Asertividad de Rathus, Sub-Escala Gambrill y Ritchie, etc.) y otras escalas desarrolladas por el equipo de profesionales del ICPSI, a partir de la práctica clínica (Escala de Síntomas, Depresión, Ansiedad, Autoimagen, Irracionalidad Cognitiva, Satisfacción de Necesidades, Repertorio de Conductas Sociales, Satisfacción de Pareja, Vulnerabilidad Biológica, Escala de Sentido de Vida, Perfeccionismo). En total contiene 19 escalas clínicas de puntaje cuantitativo (Texia Bejer, 2010, p. 39).

El FECCI posee las ventajas y desventajas de un auto-reporte; por ello se complementan los datos aportados por la ficha con la observación clínica. Una ventaja importante de este instrumento es que obliga a mirar cada uno de los sub-paradigmas contemplados en el Supraparadigma Integrativo, así como al sistema Self del paciente. Así, aporta a la facilitación de la relación diagnóstico - psicoterapia. El desglose específico de cada paradigma permite observar el funcionamiento del sujeto en esa área y establecer procedimientos terapéuticos específicos (Opazo, 2001 citado en Texia Bejer, 2010, p. 39).

Asimismo, hemos de plantear que no existe unicidad en cuanto a los informes de evaluación, es decir, no existe un único tipo de informe que sea único para la evaluación psicológica, como para la evaluación cognitiva. Existen modelos con características comunes, pero no un único modelo que todo psicólogo pudiera tener y realizar. Esto aportaría a un lenguaje común entre profesionales.

Se hace necesario el desarrollo de una visión de salud mental que integre gran parte de las particularidades que la experiencia nos demuestra. Es necesario solidificar y mejorar las evaluaciones y tratamientos que nosotros realizamos, buscando mejorar la calidad de vida al paciente, posibilitando los mejores tratamientos (Pompilio et al., 2022, p. 36).

El proyecto de investigación apunta principalmente a la estructura de un protocolo unificado de evaluación que permita ver tanto el funcionamiento mental como cerebral de las personas, guía de administración y modelo de informe integrado.

Los principios fundantes que articulan la psicoterapia cognitivo-integrativa

Existe amplio consenso de que el territorio de la psicoterapia está cubierto por cuatro grandes vectores teóricos: el psicodinámico, el humanista, el sistémico y el comportamental (Länge y Kriz, 2012).

La TC apareció como una alternativa teórica diferente, asociada borrosamente con la ciencia cognitiva en ascenso. Sin embargo, en el curso de su desarrollo, la TC se incluyó en el tronco de la terapia comportamental, formando un eje común, dentro del cual se alojaron diversos enfoques con matices, en algunos casos, muy contrastantes. Creemos que es posible considerar el amplio cauce cognitivo-comportamental como una corriente con un potencial asimilador para operar como eje articulador de los diferentes enfoques que integran ese campo y de las otras perspectivas teóricas. Para eso es necesario desarrollar un modelo que no intente accionar de manera reduccionista respecto de los diferentes abordajes sino apoyarse en ellos y avanzar hacia una elaboración teórica que tenga como eje ciertos principios organizadores fundamentales. Los tres principios fundamentales que sirven para facilitar dicha integración son: a) el empleo de un modelo de procesamiento de información conectivo amplio; b) la evaluación de los procesos disfuncionales y la elaboración de los diseños terapéuticos apoyadas en examinar de manera conjunta la conducta y la experiencia; c) la consideración de la personalidad y sus disfunciones como eje articulador del diagnóstico y la terapéutica (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017, pp. 165-166).

1. El uso de un modelo amplio de procesamiento de la información

Los seres humanos están sometidos a una incesante tarea constructiva con miras a organizar la siempre dinámica realidad en que les toca vivir y a las cambiantes circunstancias con que se enfrentan a lo largo de su evolución vital. La forma, la consistencia y, por sobre todas las cosas, el nivel de satisfacción alcanzado en ese proceso tienen efectos que se distribuyen en un continuo de funcionalidad / disfuncionalidad. Es funcional cuando el individuo alcanza un balance satisfactorio respecto de su estado general o, en otros términos, cuando logra ejercer un sentido de agencia personal acorde con las metas de su guion personal. A veces, la organización no resulta adecuada y se traduce en estados disfuncionales que afectan el estado físico, psíquico y social del individuo. Las tareas necesarias para organizar la realidad a lo largo del ciclo vital (y para auto-organizarse) es crecientemente compleja y deben ajustarse en el marco de las relaciones dialécticas que tienen lugar entre el individuo y el contexto primario y secundario. Dichas operaciones implican procesar la información que circula en el sistema, que tiene múltiples niveles y una serie de propiedades: recursividad, retroalimentación, equifinalidad, teleología.

Cada ser humano opera como un sistema procesador de significados cuyas complejas y crecientes exigencias no puede ser abarcado con un modelo explicativo apoyado en un modelo de procesamiento lineal o secuencial. Este principio puede aplicarse para dar cuenta de todas las circunstancias que debe enfrentar el individuo: resolver problemas o encontrar soluciones para eventos de la vida cotidiana, manejar sus emociones ante situaciones de carga variable, distribuir sus capacidades para hacer frente a situaciones dilemáticas, etc. Para evaluar y comprender mejor los fenómenos clínicos (y subclínicos) se necesita contar con un dispositivo analítico que pueda abarcar la complejidad del sistema procesal humano que opera con muchas funciones en paralelo. Esta conectividad de la mente y del sistema nervioso que la sostiene, puede abordarse de manera consistente contando con un marco explicativo que tenga en cuenta esa red funcional. Para operar en ese nivel de análisis necesitamos modelos de procesamiento cognitivo que permitan abarcar esa complejidad: un modelo basado en la teoría de los sistemas dinámicos que pueda dar cuenta de los procesos de organización en tiempo real; un modelo que considere la cognición situada y encarnada que permita explicar los procesos psicológicos en condiciones específicas, como expresión de una determinada configuración física y corporal; un modelo de procesamiento que atienda al carácter extendido de la mente como un sistema con propiedades emergentes que opera en contextos concretos, activando mecanismos de regulación cognitiva, emocional y social (Osbeck, 2009). Un modelo integrativo de análisis de procesamiento, capaz de articular esos niveles, permite contar con un esquema amplio y dinámico con el que es posible traducir los principios conceptuales y operativos de los diferentes modelos de psicoterapia en un lenguaje convergente.

2. Diseño y aplicación de intervenciones que atiendan a todos los niveles de la conducta y experiencia de las personas

En el transcurso de su vida, los seres humanos luchan por encontrar el mejor equilibrio posible entre dos necesidades contrapuestas. Por un lado, la de tener que hacer frente a los cambios que provienen de dos frentes: uno interno, asociado por sus procesos de desarrollo y atado a los factores evolutivos, otro vinculado con los cambios originados en su entorno y que derivan de eventos circunstanciales. Por otro lado, los individuos necesitan preservar la unidad de su sistema personal, de modo de afirmar su identidad y el reconocimiento para sí mismos y frente a los demás. Cambio e identidad son requerimientos sometidos a una tensión permanente. En su tarea por cumplir con esas necesidades, las personas actúan tratando de alcanzar el equilibrio dinámico más satisfactorio posible. La conducta es el conjunto de acciones que el ser humano acomete, de manera incesante, para cumplir con las numerosas exigencias que le demanda la realidad en que vive. Sus efectos o consecuencias pueden ser funcionales o disfuncionales según el grado en que lograr alcanzar un adecuado balance de satisfacción. Esto dependerá de una compleja red de variables, pero siempre estará intencionalmente orientado a lograr la mayor adaptación posible a las circunstancias que le toca vivir. Para realizar un buen diagnóstico, tanto de una situación funcional como disfuncional, nuestro punto de partida debe ser la exploración y evaluación de los comportamientos implicados en esa situación. En los procesos disfuncionales en general y en los trastornos en particular, los síntomas son la primera expresión que aqueja al paciente. La desregulación emocional, el episodio maniaco o la crisis de pánico, por ejemplo, son fenómenos que podemos comprender y abordar partiendo del examen de las conductas involucradas en esas situaciones. Nuestro primer acceso para el diagnóstico clínico y para pensar una eventual intervención terapéutica es examinar las conductas y ponderar el grado de desadaptación que implican. Para acceder a ello, hay que tener presente que la actividad psíquica (tanto funcional como disfuncional) no se reduce al incesante despliegue de comportamientos que lleva a cabo cada individuo día a día. Todas las acciones, tanto abiertas como encubiertas, están articuladas y sirven a un sistema de organización que está constituido por la experiencia personal de ese individuo. Ese sistema responde a varios principios: unidad, totalidad, continuidad e intencionalidad y de su constancia depende la identidad, fundamental para asegurar la integridad de la persona. Esto debe ser especialmente tenido en cuenta ante las situaciones disfuncionales, pues también allí el individuo busca encontrar alguna forma de equilibración, aun para situaciones que pueden ser en extremo difíciles de enfrentar. De allí, la imperiosa necesidad de proceder en todo momento a la validación de la experiencia disfuncional. Un buen diagnóstico clínico y una buena intervención terapéutica serán, por lo tanto, aquellos que pueden tener en cuenta, de manera fuertemente integrativa, la perspectiva de las conductas en que se despliega la disfuncionalidad del paciente y la experiencia en la que están insertas esos comportamientos.

3. La personalidad como eje central

La TCC, en todas sus variantes, y la psicoterapia, en general, están destinadas a ayudar a personas que presentan situaciones disfuncionales que les provocan alguna forma de dolor o insatisfacción. Muchas veces esto se expresa a través de síntomas. El uso de manuales y guías de tratamiento es de gran utilidad para orientar los abordajes generales en el campo de la salud mental. Pero las manifestaciones disfuncionales (síntomas, problemas de comunicación, dificultades en la performance, etc.) están siempre ancladas en patrones básicos de la organización personal. En cada individuo, la estructura de su personalidad no solo tiene poder causal sobre sus acciones, sino que modula su experiencia. Estudiar en todos los pacientes la organización de su personalidad es un elemento integrador fundamental para disponer de una evaluación totalizadora de los fenómenos clínicos y para poder construir diseños de intervención terapéuticos que atiendan a la complejidad de la experiencia.

En los últimos años comprobamos que la personalidad incide de manera significativa en todas las patologías y es un componente que debe ser considerado para el diseño terapéutico. Esto no debe aplicarse solamente cuando se detecte un trastorno de personalidad franco y definido. Muchas formas disfuncionales de la personalidad constituyen también dimensiones que inciden en

el curso de las perturbaciones del comportamiento y tienen mucha influencia sobre el pronóstico terapéutico. Las perturbaciones emocionales (la ansiedad y la depresión) fueron las primeras situaciones clínicas en las que se comprobó dicha influencia. Pero, en la actualidad, ese fenómeno se ha comprobado como una variable de mucho peso en todo el arco psicopatológico. Los estilos de personalidad (funcionales o disfuncionales) son decisivos para ajustar el abordaje de patologías tan diversas como la depresión mayor, el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada o el trastorno bipolar (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017, pp. 166-167).

Unificación de un modelo de informe que permita la complejidad

Se buscó la realización de un modelo articulado de informe que permitiese la complejidad del fenómeno abordado, donde se dividió en diversos paradigmas teniendo en cuenta el modelo cognitivo-integrativo.

El modelo integrativo involucra una lectura renovada de la psicoterapia y de los datos que tienen validez científica en la psicología, donde se busca la re-contextualización para darle una coherencia y proyección a futuro. Es decir, predecir la conducta (Opazo Castro, et al. 2001).

Dicho modelo toma como eje central el Self, del modelo posracionalista de Vittorio Guidano.

Siguiendo a Uribe y Lopera:

La teoría del apego como marco integrador del desarrollo psicoafectivo humano le posibilita a la teoría posracionalista entender cómo la calidad afectiva de los vínculos en la infancia contribuye al desarrollo de la identidad del individuo. Mary Ainsworth (cit. Bretherton, 1992) le aportó a Bowlby la diferenciación de tres patrones básicos de apego dentro de los cuales se pueden clasificar a la mayoría de los infantes humanos: el apego seguro (llamado posteriormente de Tipo B), descrito como aquel que el infante organiza a partir de unos cuidadores capaces de calmar sus estados emocionales negativos y que constituyen una base confiable a partir de la cual explorar el entorno; el apego ambivalente (o Tipo C, coercitivo), que caracteriza a los niños que perciben el estilo de crianza de sus padres como impredecible, recurriendo a la exageración de sus estados afectivos negativos para coaccionar la respuesta de sus cuidador; y el apego evitante (o de Tipo A), el cual se organiza en el infante a partir de experiencias tempranas de pérdida y rechazo, ante las cuales el niño inhibe la expresión afectiva para evitar futuros rechazos. Guidano retoma los patrones de apego y sus correspondientes subtipos para comprender los estilos afectivos propios de las diferentes configuraciones de personalidad que él propuso. (...) Se le suma la capacidad para discriminar los estados (emocionales y cognitivos) propios del organismo y los de los otros miembros del grupo, llamado mentalismo (Uribe y Lopera, 2011, pp. 42-43).

Para Guidano (1994), la identidad personal, también llamada el «sí-mismo», constituyó el centro de su pensamiento clínico; para él, dado que el conocimiento es autorreferencial, la experiencia entonces es tal en cuanto tiene un significado personal para quien la vive; el sí-mismo, para Vittorio Guidano, es un sistema cognitivo-afectivo complejo de evaluación y reevaluación de la experiencia como fenómeno aperceptivo holístico, en función de una imagen consciente de sí que asimila mediante el lenguaje esta experiencia de acuerdo con sus límites y características. Guidano distinguió estos dos niveles de la experiencia llamando «Yo» al nivel de la experiencia inmediata y «Mí» a la imagen consciente que procesa dicha experiencia a través del lenguaje. El nivel de la experiencia inmediata («Yo») le permite al ser humano percibir más de lo que experimenta y experimentar más que aquello a lo que atiende conscientemente (Guidano, 1987); el nivel de la explicación, a partir del lenguaje, ordena el contenido informativo de la experiencia en secuencias con un inicio, un desarrollo y un final; a este contenido estructurado en escenas se le llama la *estructura narrativa de la experiencia humana*; toda experiencia humana presenta un orden cronológico, temático y causal (Guidano, 1994). Sin embargo, la experiencia inmediata en curso es codificada y ordenada en función de una imagen de sí, la cual se ve naturalmente obligada a dejar en un nivel tácito elementos de la experiencia mediante el *autoengaño* (Guidano, 2001). La experiencia inmediata es pre-reflexiva; mediante un proceso reflexivo y lingüístico se organiza como una historia, la historia propia; por ello la construcción de la identidad personal es un proceso de interpretación, apropiación y reconfiguración de la experiencia pre-reflexiva (Arciero, 2009, pp. 43-44).

Este sistema de doble proceso es llamado mismidad y se desarrolla desde el momento del nacimiento del sujeto a partir de la calidad de los vínculos significativos que este forma con sus cuidadores, los cuales le proveen al sujeto unas características emotivas propias; en otras palabras, los vínculos afectivos tempranos proveen al sujeto unos límites emocionales idiosincrásicos, los cuales gracias al desarrollo cognitivo se consolidan dentro una autoimagen que es separada de los otros y permanece consistente en el tiempo a través de las diferentes etapas de la vida, que a menudo pueden resultar discrepantes y contrarias a tal autoimagen (Guidano, 1987, 1994).

Cada persona posee una identidad completamente única. Sin embargo, las diferentes emociones que pueden experimentar los humanos y los tipos de vínculos de apego que se pueden formar son limitados y característicos de la especie y por ello se pueden destacar unos pocos tipos de identidades en función del modo en el que esta se auto-organiza. Guidano (1987) a estos tipos de personalidad los llamó Organizaciones de Significado Personal (OSP), las cuales se refieren a la organización de los procesos de conocimiento personal que emerge gradualmente en el curso del desarrollo individual. Cada individuo, aunque vive en una realidad social «objetivamente» compartida, construye activamente en un nivel superior de experiencia perceptual su visión propia, única desde su interior. Las características definitorias más importantes de las OSP son su evolución temporal y plasticidad, en particular, su habilidad para sobrellevar cambios durante la vida (algunas veces de naturaleza bastante radical) y aún continuar manteniendo un sentido estable de unicidad y continuidad histórica (p. 92) (p. 44-45).

Uribe y Lopera (2011) esboza que Guidano planteó cuatro organizaciones de significado personal: *depresiva*, caracterizada por tener una autoimagen consciente generalmente negativa, constantemente anticipa las pérdidas, por lo que su experiencia se organiza sobre esta base, teniendo un patrón de apego evitante. Por otro lado, planteó la *fóbica*, de autoimagen positiva, donde el estilo de crianza es caracterizado por una restricción indirecta de la conducta exploratoria y el niño desarrolla una imagen del mundo como peligroso, tipo de apego ambivalente. Otra es la *obsesiva*, cuyo dominio emocional se da de manera ambivalente y dicotómico de sí mismo, y se desarrolla en polaridades de todo o nada. El patrón de apego característico es mixto (evítate y coercitivo). Y, por último, la *dápica*, cuyo término es tomado a partir de los desórdenes alimentarios psicógenos, el sí mismo es vacilante y ambiguo, y se aferra a los valores convencionales de manera perfeccionista.

Es necesario tener en cuenta que lo que se busca explicar con las organizaciones de significado personas es cómo las personas organizan su experiencia y cómo estas les dan significado a los hechos que acontecen en la realidad.

La dimensionalidad de la personalidad en la complejidad de ser humano

Los modelos cognitivos-integrativos han tenido que evolucionar a la par de los nuevos avances de la psicología, por ende, se debe incorporar la dimensionalidad no solo de la personalidad sino también afectiva en el abordaje del informe permita comprender la dinámica psicológica.

El FFM postula cinco dimensiones fundamentales de la personalidad: amabilidad, responsabilidad (o escrupulosidad o restricción), extraversión (o afectividad positiva), neuroticismo (o afectividad negativa) y apertura a la experiencia (o falta de convencionalismo). Cada dimensión incluye un polo negativo: hostilidad o ira (opuesto a amabilidad), negligencia o irresponsabilidad (opuesto a responsabilidad), introversión (opuesto a extraversión), estabilidad emocional (opuesto a neuroticismo) y convencionalismo o cerrazón (opuesto a apertura a la experiencia). Además, el modelo considera factores de segundo orden (llamados *facetas*), englobados dentro de cada uno de los cinco grandes factores de primer orden. Tanto estos, como sus facetas correspondientes, tienen un carácter dimensional, es decir, fluctúan en intensidad a lo largo de un continuo. El significado y las consecuencias de cada atributo estarían dados por la ubicación dentro de este continuo (Gamba et al., 2020, p.16).

Si nos posicionamos desde esta perspectiva, los trastornos de la personalidad podrían entenderse como variantes patológicas de los dominios y las facetas de la personalidad normal (Fernández Álvarez, Consoli y Gómez, 2016). En otras palabras, en un modelo de estas características, se considera que los trastornos mentales no son, en realidad, cualitativamente diferentes de la normali-

dad. Los elementos característicos de las disfunciones serían los mismos de la personalidad normal, pero bajo formas extremas (por exceso o por defecto), y lo que daría lugar a una personalidad patológica sería la combinación de los rasgos/tendencias básicas con la influencia ambiental. Este planteamiento redundante en una conceptualización del cuadro que nos brinda el acceso a mucha mayor información sobre el consultante, en comparación con aquella derivada de la descripción contenida en los criterios diagnósticos según un modelo categorial. No se buscará ya definir las posibles variantes de un TP, sino conocer cuáles son los rasgos específicos (y la intensidad con que se manifiestan) que caracterizan la patología de personalidad de un paciente dado. Sobre esta base, se puede realizar un diseño de intervención mucho más ajustado a las necesidades de cada sujeto (p. 16-17).

Para una mejor comprensión del fenómeno de abordaje es necesario hablar de la terapia de esquemas de Young, la cual evolucionó a partir de la terapia cognitivo-conductual de Beck y combina diferentes elementos de otras escuelas, como la teoría del apego, constructivista y dinámicos. Lo que dio lugar al desarrollo de una terapia que se centra en los esquemas tempranos de desarrollo.

Los supuestos de los que parte el modelo de Young, para ser considerado como una alternativa al modelo de Beck, son los siguientes:

1. No todos los pacientes tienen acceso fácil a sentimientos, pensamientos e imágenes.
2. No siempre es posible aislar problemas claros e identificarlos para el tratamiento.
3. A veces el paciente no está motivado para la tarea y tiene problemas para aprender estrategias de autocontrol, siendo esta una de las características más destacadas de los pacientes con trastornos de personalidad.
4. No siempre es fácil desarrollar una relación de colaboración paciente-terapeuta, dificultad que es también muy destacada en pacientes con trastornos de personalidad.
5. En función a lo anterior, podemos considerar que pueden existir, con cierta frecuencia, dificultades en la relación terapéutica con este tipo de pacientes con estos trastornos.
6. No todos los patrones conductuales y cognitivos se pueden cambiar con el análisis empírico, el discurso lógico, la experimentación, etc. (Rodríguez Vílchez, 2009, p. 60).

Siguiendo a Rodríguez Vílchez (2009), el concepto principal del modelo de Young es, como ya se ha comentado, el de esquema disfuncional temprano. En todos sus trabajos Young ha definido el concepto de esquema disfuncional temprano de la siguiente manera: los esquemas disfuncionales tempranos son temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos. Los esquemas disfuncionales tempranos reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo en relación con el ambiente. En función de esto:

1. Se autoperciben, por eso son más difíciles de cambiar.
2. Son claramente disfuncionales y, por tanto, mantenerlos tiene consecuencias negativas.
3. Se activan por acontecimientos relevantes o coherentes con un esquema concreto.
4. Están asociados a niveles elevados de afecto.
5. Son consecuencia de experiencias disfuncionales con los padres, los hermanos, etc., es decir, de experiencias que tenemos con las personas significativas de nuestra vida, sobre todo, en los primeros años de la vida (p. 61-62).

El origen de los esquemas se debería a necesidades emocionales no satisfechas en las experiencias tempranas del desarrollo y esto llevaría a posibles alteraciones a futuro. Young plantea cinco dimensiones principales donde se agrupan los esquemas:

1. La dimensión de desconexión y rechazo incluye individuos criados en ambientes que carecen de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad. Los adultos criados en este tipo de ambiente asumen que no van a encontrar en la vida su deseo de amor, aceptación, seguridad y empatía. Los esquemas dentro de esta dimensión recogen las diversas «posibilidades» o «consecuencias» de este tipo de privaciones. Un niño sin afecto o sin aceptación tendrá una cierta probabilidad de desarrollar un esquema como el de imperfección/vergüenza.
2. La dimensión de perjuicio en autonomía y desempeño refleja un ambiente infantil muy complicado y sobreprotector. En sus relaciones en la vida adulta, estos individuos son demasiados dependientes de los demás y creen que carecen de las habilidades adecuadas para afrontar situaciones por ellos mismos. Es fácil que un niño excesivamente protegido desarrolle esquemas disfuncionales tempranos como, por ejemplo, el de dependencia/incompetencia.
3. Los individuos incluidos en la dimensión de límites inadecuados normalmente fueron criados por padres permisivos y demasiado indulgentes, lo cual pudo contribuir a que se creyeran superiores, como adultos carecen de autodisciplina y pueden tener un sentimiento de autoridad en sus relaciones con los demás, llegando incluso a ser insensibles ante las necesidades y deseos de las otras personas.
4. La dimensión de la tendencia hacia el otro está fomentada por experiencias tempranas en las que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás. En sus interacciones en la vida adulta se preocupan más del bienestar de los demás y de ganar su aprobación que de sus propias necesidades. Esquemas como el de subyugación sería un buen ejemplo de esta dimensión.
5. La última dimensión, la de sobrevigilancia e inhibición; e desarrolla cuando se educa a los niños en el perfeccionismo, en una familia rígida. En su vida adulta presenta un exceso de control, con reglas extremadamente elevadas. Por ejemplo, es normal que un individuo criado en ese ambiente desarrolle un esquema disfuncional temprano que lo lleve a interpretar sus experiencias en función del éxito o del fracaso (Rodríguez Vílchez, 2009, p. 64).

Los esquemas desadaptativos de la primera dimensión son: abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/vergüenza y aislamiento social. De la segunda, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad, enmarañamiento y fracaso. De la tercera, grandiosidad y autocontrol; de la cuarta, subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento; y de la última dimensión, negatividad/pesimismo, control excesivo/inhibición emocional, normas inalcanzables y condena.

Siguiendo a Rodríguez Vílchez (2009), los esquemas se perpetúan, pues, a través de tres mecanismos primarios: las distorsiones cognitivas, los patrones vitales autoderrotistas y los estilos de afrontamientos de esquemas. Mediante las distorsiones cognitivas los individuos perciben de forma equivocada las situaciones, de tal manera que el esquema se refuerza acentuando la información que confirma el esquema y minimizando o negando cualquier información que va a contradecirlo. Un individuo puede bloquear las emociones conectadas con un esquema de forma bastante efectiva. Cuando se bloquea el afecto, el esquema no alcanza el nivel de la conciencia de manera que la persona no puede hacer nada por cambiarlo o por curarlo. En relación con los patrones vitales, conductualmente, el individuo realiza patrones equivocados, seleccionados de forma inconsciente, y permanecen en situaciones y relaciones que disparan y perpetúan el esquema, evitando, por tanto, situaciones interpersonales que van a facilitar que cure o modifique el esquema. Por ejemplo, una persona con el esquema de desconfianza/abuso va a relacionarse, sin darse cuenta, con personas críticas, exigentes o controladoras, que abusaran de ella en cierta medida, lo que conducirá a la perpetuación del esquema. El tercer mecanismo de perpetuación del esquema son los estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas. Para entenderlo, debemos asumir

que Young distingue en su modelo entre los componentes del esquema y las conductas. Es decir, los esquemas se componen, como hemos visto, de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones, pero no de conductas. La conducta formaría parte del estilo de afrontamiento. Para Young, el esquema dispara la conducta. Los pacientes desarrollan estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas al comienzo de sus vidas para poder adaptarse a los esquemas, de manera que estas estrategias o estas respuestas desadaptativas facilitan que no tengamos que experimentar las emociones intensas y arrolladoras que normalmente causan los esquemas. Este tipo de respuestas pueden servir para evitar el esquema, pero no para curarlo y, por tanto, lo único que facilitan es perpetuar o mantener el esquema (p. 65).

() las intervenciones y tratamientos relevantes, en el contexto de la práctica clínica en Salud Mental son los que nos permiten acceder a todos los planos implicados en la subjetividad: la emoción que configura la conexión intersubjetiva, que permite, con la progresiva consolidación de las capacidades de mentalización, usar la inferencia de intenciones en el diálogo con el otro, y el reconocimiento que el otro da a al sujeto para configurar su sentimiento de sí, y como síntesis de todo ello, desde la emoción sentida al conocimiento construido, configurar la identidad en la que el sujeto se piensa a sí mismo, sujeto de sí y en el mundo. A este ámbito de experiencia podemos llegar de la mano de las tradiciones clínicas psicodinámicas, humanistas, sistémicas y cognitivo-constructivistas, a condición de que aceptemos la complejidad y radical imposibilidad de describir, jerarquizar, comprender y explicar *plenamente* los procesos psíquicos de la naturaleza humana (Ávila-Espada, 2020, p. 34).

(...) es importante tener en cuenta la necesidad de integrar a la cognición, el estudio de los fenómenos culturales y afectivos, que también forman parte del complejo psicológico que determina la naturaleza plural del hombre (...) (Arias, 2021, p. 190).

MÉTODOS

Hipótesis de investigación

Hipótesis: Un protocolo integrado permitirá un abordaje completo del sujeto a evaluar.

Hipótesis 2: La evaluación cognitiva y psicológica deben estar unidas para una intervención acorde a las características cognitivas y psicológicas del paciente en la actualidad.

OBJETIVOS

Objetivos generales

Diseñar un protocolo de evaluación integral.

Elaborar un informe de evaluación integral.

Objetivos específicos

Especificar instrumentos de evaluación psicológica.

Especificar instrumentos de evaluación cognitiva.

Correlacionar los instrumentos de evaluación psicológica y cognitiva.

Detallar parámetros estructurados para realizar un informe acorde a las características que aspiramos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los participantes del proyecto de investigación serán informados por escrito acerca de los propósitos, riesgos posibles, alcances, confidencialidad y devolución de resultados. Asimismo, se les informara que podrán optar por culminar su participación, así como la no inclusión de sus datos, en cualquier momento. Se adjunta consentimiento informado (ver apéndice 1).

Las leyes y códigos que regulan la presente la investigación son:

- Ley nacional de salud mental. Ley 26657 (2010)
- Código de ética del colegio profesional de psicólogos de Mendoza (2013)
- Guía para investigaciones con seres humanos. Resolución 1480/2011. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011)
- Código de Nuremberg (International Military Tribunal at Nuremberg, 1949)
- Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos (WMA, 1084-2013)
- Informe de Belmont: Principios éticos y guía para la protección de sujetos humanos de investigación (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research, 1979)
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005)
- Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con los seres humanos (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016)

PARTICIPANTES

Participaron veintiún personas, doce de género autopercebido mujeres y nueve de género autopercebido hombres mayores de edad. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado (ver apéndice 1) y se dividió en dos encuentros de aproximadamente una hora cada uno.

DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología empleada será de corte cuantitativo, y alcance correlacional, y exploratorio, consistirá en la aplicación de diversos instrumentos validados en nuestro medio y se aplicará a población universitaria no patológica mayores de edad. Los datos serán recopilados de forma manual y ordenados, normalizados y analizados a través del software SPSS.

Los instrumentos que se aplicaran serán los siguientes (vale aclarar que pueden ser modificados según criterios de exclusión como validez, tiempo de administración o que otro instrumento nos aporte mayor información que el preseleccionado).

Instrumentos

Entrevista semiestructurada (ad-hoc): se subdividió en antecedentes iniciales/personalidad/self; paradigma biológico; paradigma ambiental/conductual; paradigma cognitivo; paradigma afectivo; paradigma inconsciente; paradigma sistémico; otros comentarios que quisiera hacer el sujeto y se agregó una tabla diseñada para que el evaluador marque el estado psíquico actual basándose en la semiología observada durante el proceso. En cada uno de los paradigmas se articularon las técnicas abajo mencionadas sobre la base de la evaluación de estas y de los datos que arrojaba con el fin de encontrar una articulación óptima. Al final se agregó una tabla unificada de puntajes que facilitara la realización del informe posterior. La entrevista que se tomó como modelo de articulación fue la FECI pero se buscó incorporar antecedentes de importancia neuropsicológica y la división por paradigma para mayor solidez.

ACE III (Addenbrooke's Cognitive Examination III): instrumento compuesto por cinco subescalas, atención, memoria, lenguaje, fluencia verbal y habilidades visuoespaciales. El puntaje máximo es de 100 puntos. Presenta un alfa de Cronbach 0,87. (Bruno et al., 2017).

AQ-10 (Autism-Spectrum Quotient): instrumento que funciona como tamizaje para evaluar sintomatológica específica del trastorno del espectro autista. Presenta un alfa de Cronbach de 0,56 (López, 2020).

EDO-10 (Escala de detección de olvidos): este cuestionario brinda información sobre el rendimiento cognitivo y conductual del paciente, es administrado al familiar y/o cuidador. La respuesta afirmativa a las preguntas significa que el paciente había tenido cambios significativos en el último tiempo. La escala fue completada por el informante en la sala de espera. La puntuación total es el número de respuestas positivas. Las preguntas incluidas en la EDO-10 indagan las áreas cognitivas de memoria, atención, orientación, funciones ejecutivas, estado anímico y anosognosia. Presenta un alfa de Cronbach de 0.75 (Ceverino et al., 2019).

d2: test de cancelación que implica la presentación simultánea de estímulos visualmente similares, permite obtener una medida útil de los procesos de atención y concentración. Presenta un alfa de Cronbach de 0,97 (Bates, 2004).

Test de Fluencia Verbal: se usa para evaluar la capacidad de almacenamiento semántico, la habilidad de recuperación de la información y la indemnidad de las funciones ejecutivas (Butman, et al., 2000).

IFS (INECO Frontal Screening): test compuesto por diferentes subescalas cuyo propósito es evaluar las funciones ejecutivas. Las subescalas que lo conforman son programación motora; instrucciones en conflicto; Go-No Go; intervalo de dígitos hacia atrás; memoria de trabajo verbal; memoria de trabajo espacial; capacidad de abstracción, y control inhibitorio verbal. El total de las subescalas da un puntaje máximo de 30 puntos con un alfa de Cronbach de 0,80 (Torralva, et al., 2009).

Subpruebas episódica y lógica de Signoret: son dos subpruebas que pertenecen a la batería de eficacia mnésica de Signoret (BEM 144). En nuestro medio se realizó su validación. Permiten conocer el aprendizaje, el recuerdo y almacenamiento en la memoria (Leis, et al. 2018).

Mini-SEA (Mini Social Cognition and Emotional Assessment): incluye los estímulos que mostraron mayor sensibilidad y especificidad para la detección de déficits en la cognición social. Está compuesto por versiones abreviadas de dos pruebas clásicas: la prueba de «faux pas» y la prueba de reconocimiento de emociones faciales de caras de Ekman (Claens et al., 2021).

Inventario de depresión de Beck: inventario que se utiliza habitualmente en la clínica para detectar sintomatología depresiva. Presenta un alfa de Cronbach de 0,80. La puntuación total obtenida permite establecer distintos rangos de depresión, es decir: ausencia de depresión (0 a 9), rango de depresión entre leve y moderada (10 -18), depresión entre moderada y grave (19-29) y depresión grave (30-63). El punto de corte en nuestro país es de 13 (Posada, et al., 2005).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): instrumento autoadministrable que consta de dos escalas independientes con 20 enunciados cada una y que mide distintos aspectos de la ansiedad. La STAI-R mide la frecuencia de presentación de una propensión ansiosa relativamente estable a percibir las situaciones en términos de amenaza; en dicha escala, el sujeto debe señalar entre 4 opciones (donde 0 equivale a «casi nunca» y 3 a «casi siempre») la opción que mejor indique cómo se siente en general, en la mayoría de las ocasiones; mientras que en la STAI-E, que mide la ansiedad como una condición emocional transitoria caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, y presenta un formato de respuesta similar en términos de intensidad (0 = «nada», 3 = «mucho»), enfatiza el momento presente, cómo se siente ahora mismo. No se han propuesto puntos de corte clínico, se ofrecen datos percentilares en función del sexo y la edad (Posada, et al., 2005).

Escala de Autoeficacia General (EAG): contempla una evaluación con escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta, por lo que la puntuación de cada ítem puede oscilar entre 1 y 4 puntos en tanto que las puntuaciones totales lo hacen entre 10 y 40 puntos. El alfa de Cronbach es de 0,76.

Escala de autoestima de Rosenberg: consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta: desde extremadamente de acuerdo (4) a extremadamente en desacuerdo (1). Consta de 5 ítems directos y 5 inversos (ítems inversos: 3, 5, 8, 9 y 10). Alfa de Cronbach de 0,70.

Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90 R): compuesto por 90 ítems reactivos a síntomas característicos de síndromes y conformado por 9 dimensiones. También permite calcular tres índices generales combinando las respuestas a todos los reactivos: Índice de Severidad Global [ISG] (indicador del nivel actual de malestar percibido); Total de Síntomas Positivos [TSP] (total de síntomas reconocidos como presentes), e Índice de Malestar Sintomático Positivo [IMSP] (que evalúa el estilo de respuesta). Se incluye además una serie de siete ítems adicionales discretos (referidos a trastornos del sueño, comportamiento alimentario, etc.) no incluidos en ninguna de las escalas (Oscar Sánchez, et al., 2009).

Listado de adjetivos para evaluar personalidad: instrumento en forma de autoinforme que evalúa las dimensiones de los «cinco grandes». Es de breve corta duración y sencillo de puntuar. Consta de 67 adjetivos descriptores. Se puntúa en escala Likert de 5 puntos que va de (1) «no me describe en absoluto» a (5) «me describe tal como soy». Posee un alfa de Cronbach que oscila entre 0,75 y 0,84 (Sánchez et al., 2013).

Escala PANAS (PANAS VR): consta de 20 ítems, 10 miden estados afectivos positivos y 10 negativos. La escala parte de un modelo dimensional en el cual se plantea que el afecto se compone de dos factores de orden superior. Alfa de Cronbach para afecto negativo de 0,84 y positivo de 0,75 (Flores-Kanter, et al., 2018).

Escala de locus de control de Rotter: consta de 29 ítems, 23 dirigidos a evaluar expectativas generalizadas de control sobre los refuerzos y 6 ítems distractores. Cada ítem se compone de dos fases, una relativa a expectativas de control externo y la otro interno. De la escala se extrae una puntuación total a partir de la suma de ítems contestados en la dirección externa, a mayor puntuación, mayor control externo. Alfa de Cronbach de 0,65 (Brenlla et al., 2010).

Cuestionario de las trampas vitales: instrumento en el cual el sujeto puntúa en dos partes, cuando era niño y en la actualidad, sobre la base de afirmaciones que oscilan de 1 «totalmente falso» a 6 «me describe perfectamente». Esta técnica permite comprender qué trampas vitales han predominado y predominan en el sujeto en la actualidad. Se basa en los constructos teóricos de la terapia de esquemas de Young y Klosko.

Satisfacción de necesidades: se realizó un modelo en escala Likert de 1 «muy insatisfecho» a 5 «muy satisfecho» de las necesidades que presenta al momento actual el sujeto. Se tomó como modelo de la FECI pero se adecuó a nuestra población en cuanto a terminología y una estructura más sencilla de puntuación (Texia Bejer, 2010).

RESULTADOS

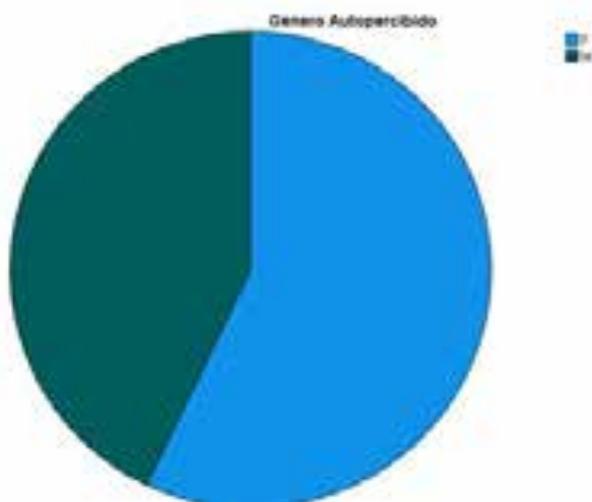
Análisis descriptivo

Tabla 1: Género autopercebido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Femenino(F)	12	57,1	57,1	57,1
Válido	Masculino(M)	9	42,9	42,9	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Nota. Esta tabla muestra la distribución por género de la población evaluada.

Figura 1: Distribución gráfica por género autopercebido



Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población evaluada por género autopercebido.

Tabla 2: Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Memoria Episódica verbal Signoret - Aprendizaje Serial	,117	20	,200*	,979	20	,916
Memoria Episódica verbal Signoret - Recuerdo Serial	,163	20	,173	,930	20	,152
Memoria Episódica verbal Signoret - Reconocimiento	,305	20	,000	,704	20	,000
Memoria Episódica verbal Signoret - Recuerdo con clave semántica	,214	20	,017	,817	20	,002
Memoria Episódica lógica Signoret - Recuerdo inmediato	,214	20	,017	,941	20	,251
Memoria Episódica lógica Signoret - Recuerdo diferido	,228	20	,008	,894	20	,031
Test Fluencia Verbal subprueba Fonológica	,178	20	,097	,955	20	,451
Test Fluencia Verbal subprueba Semántica	,126	20	,200*	,968	20	,720
Test Fluencia Verbal subprueba De acción	,152	20	,200*	,973	20	,808
Test D2 Atención-Aciertos	,130	20	,200*	,979	20	,922
Test D2 Atención-Omisiones	,153	20	,200*	,907	20	,055
Test D2 Atención-Comisiones	,278	20	,000	,623	20	,000

Escala de autoestima de Rosenberg	,126	20	,200*	,968	20	,719
Escala de locus de control de Rotter	,136	20	,200*	,953	20	,408
Escala de autoeficacia general	,135	20	,200*	,931	20	,165
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala Estado	,127	20	,200*	,968	20	,704
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala Rasgo	,104	20	,200*	,962	20	,593
Inventario de Depresión de Beck	,204	20	,028	,904	20	,050
INECO Frontal Screening puntuación Total	,151	20	,200*	,967	20	,684
Escala de detección de olvidos	,156	20	,200*	,924	20	,117
Tamizaje de Trastornos del espectro autista en adultos (AQ-10)	,140	20	,200*	,936	20	,202
Mini-SEA puntaje total	,093	20	,200*	,958	20	,508
Mini-SEA subscore Faux pas	,126	20	,200*	,960	20	,541
Mini-SEA subscore Emoción	,101	20	,200*	,977	20	,893
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) – Total	,145	20	,200*	,947	20	,329
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) – Atención	,286	20	,000	,774	20	,000
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) – Memoria	,144	20	,200*	,950	20	,372

Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Fluencia Verbal	,211	20	,020	,838	20	,003
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Lenguaje	,241	20	,004	,838	20	,003
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Habilidades Visuoespaciales	,244	20	,003	,840	20	,004
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Índice de Severidad Global	,223	20	,010	,855	20	,006
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Total de síntomas positivos	,186	20	,067	,951	20	,380
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Índice de malestar sintomático positivo	,148	20	,200*	,902	20	,045
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Somatización	,219	20	,013	,929	20	,150
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Obsesiones y Compulsiones	,232	20	,006	,871	20	,012
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Sensitividad Interpersonal	,195	20	,045	,897	20	,036
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Depresión	,151	20	,200*	,920	20	,099
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ansiedad	,227	20	,008	,940	20	,240
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Hostilidad	,123	20	,200*	,957	20	,484
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ansiedad Fóbica	,172	20	,124	,878	20	,017
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ideación Paranoide	,158	20	,200*	,910	20	,063
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Psicoticismo	,200	20	,035	,912	20	,070

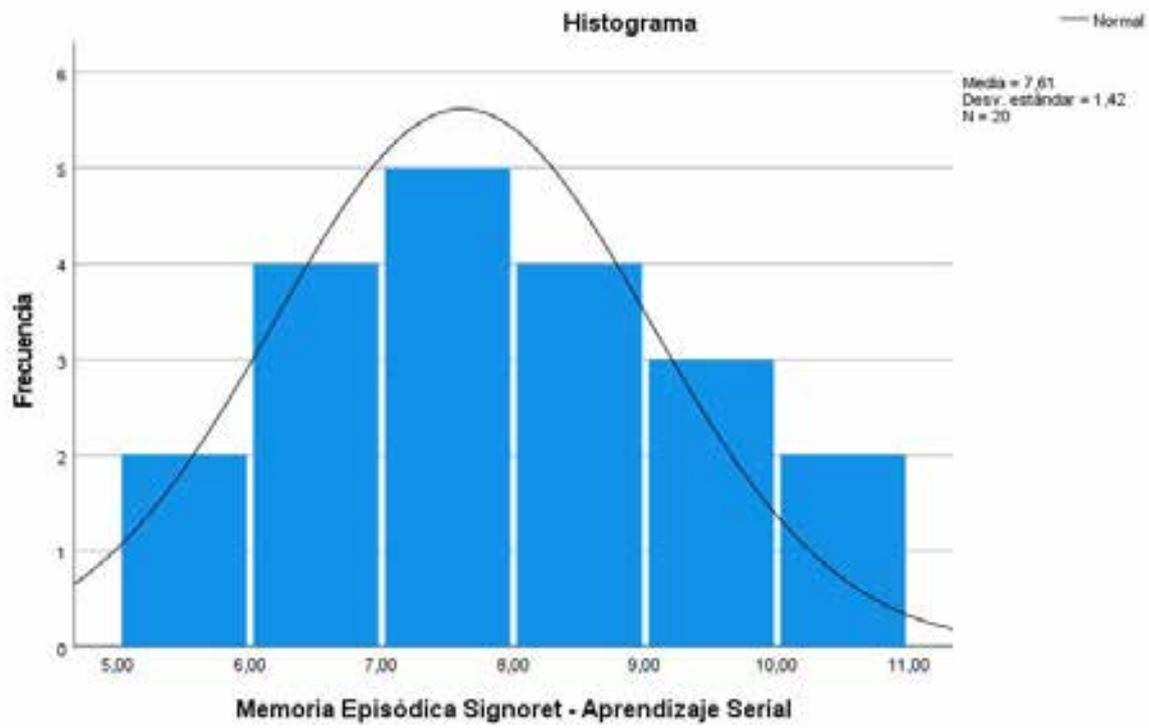
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) – subescala Extraversión	,171	20	,130	,906	20	,053
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) – subescala Amabilidad	,105	20	,200*	,977	20	,883
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) – subescala Responsabilidad	,129	20	,200*	,971	20	,773
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) – subescala Neuroticismo	,169	20	,136	,951	20	,383
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) – subescala Apertura	,155	20	,200*	,954	20	,429
PANAS Afectividad Negativa RASGO	,091	20	,200*	,985	20	,979
PANAS Afectividad Positiva RASGO	,110	20	,200*	,970	20	,757
PANAS Afectividad Negativa ESTADO	,148	20	,200*	,935	20	,196
PANAS Afectividad Positiva ESTADO	,104	20	,200*	,964	20	,620

* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Nota. Esta tabla muestra las pruebas de normalidad realizadas.

Figura 2: Histograma Memoria Episódica lógica de Signoret - Aprendizaje Serial



Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 3: Histograma Memoria Episódica lógica de Signoret - Recuerdo Serial

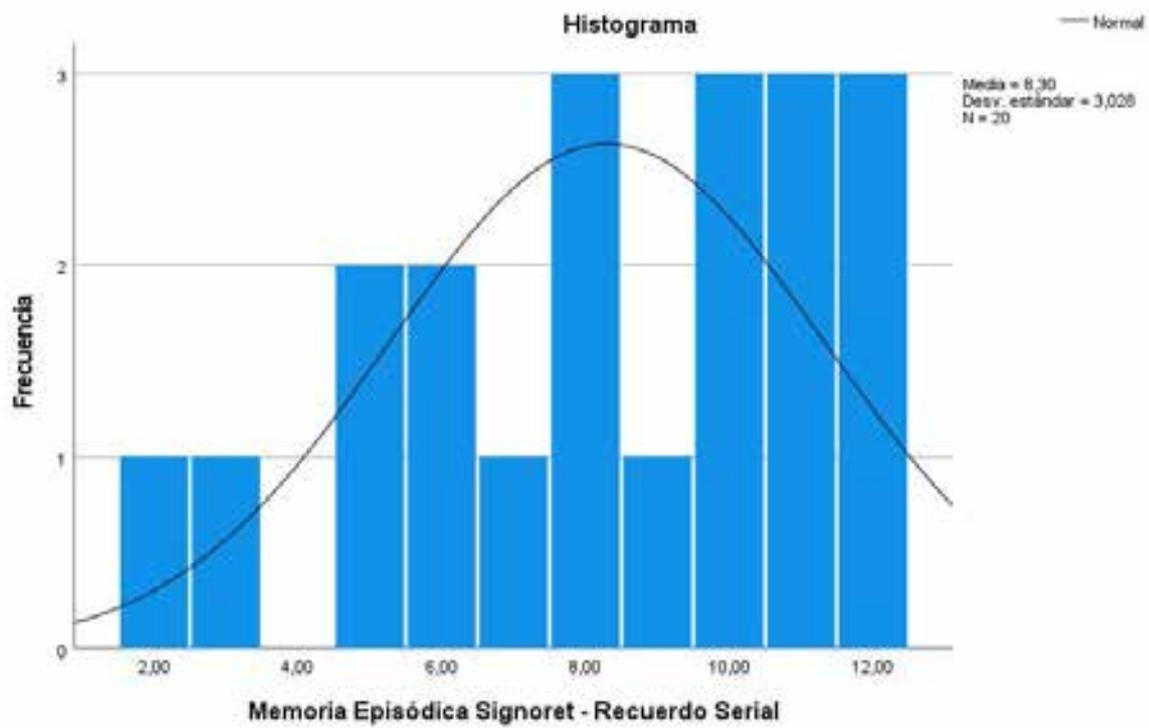
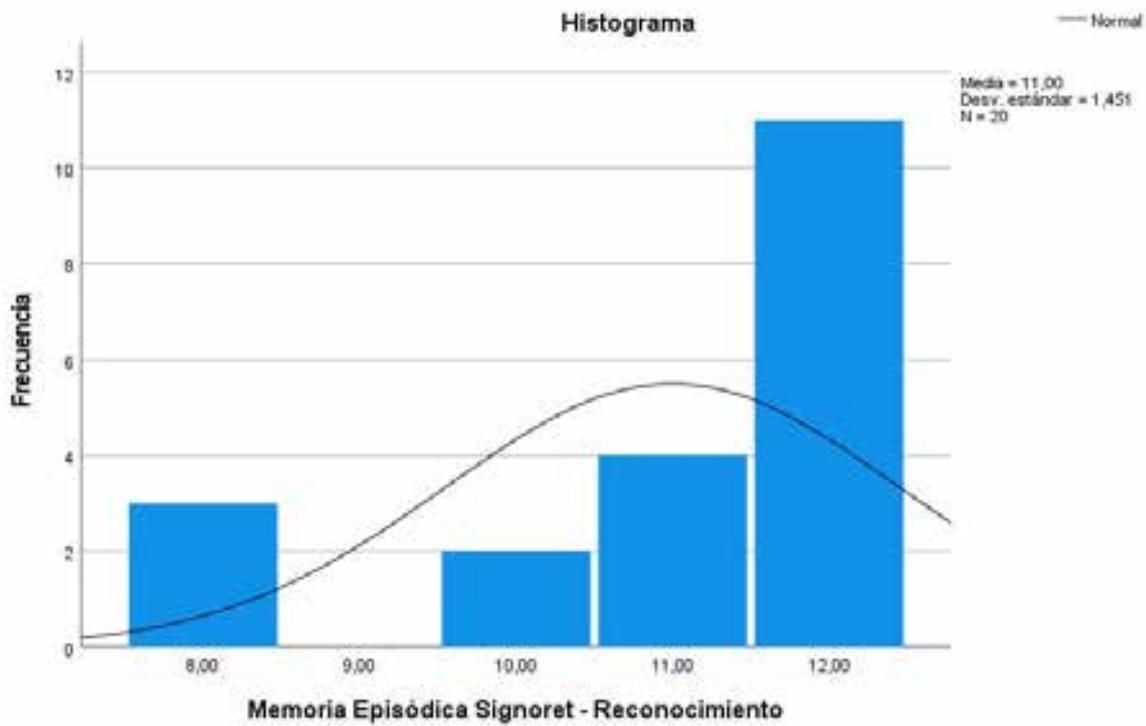
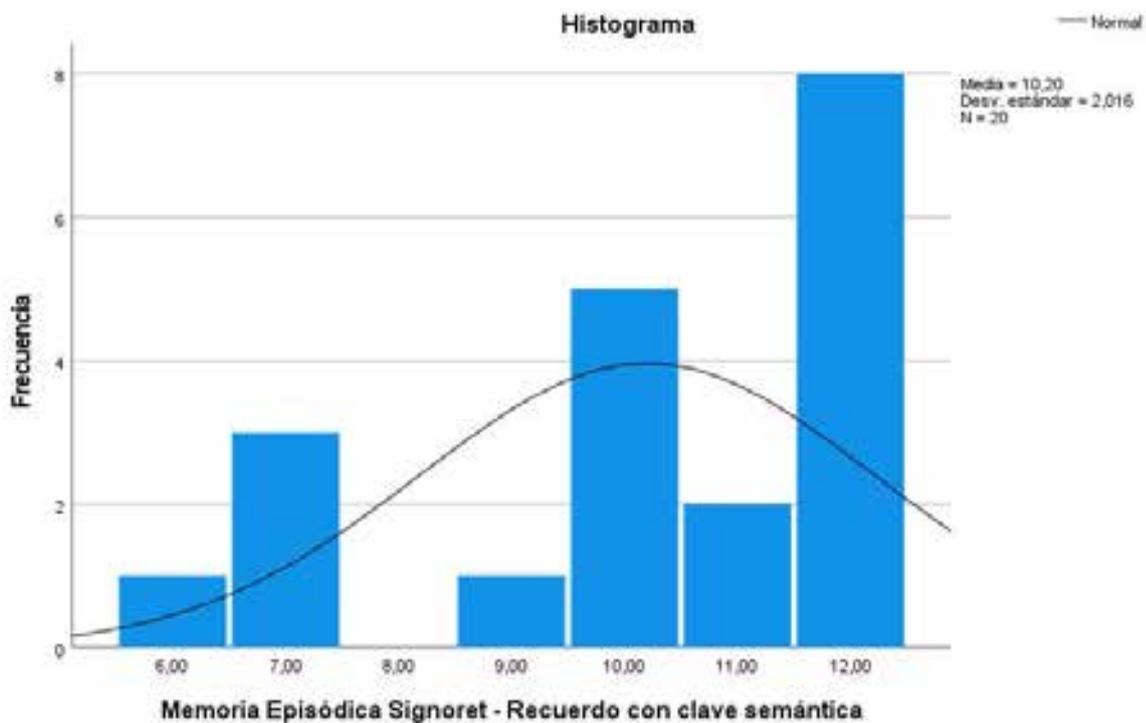


Figura 4: Histograma Memoria Episódica lógica de Signoret - Reconocimiento



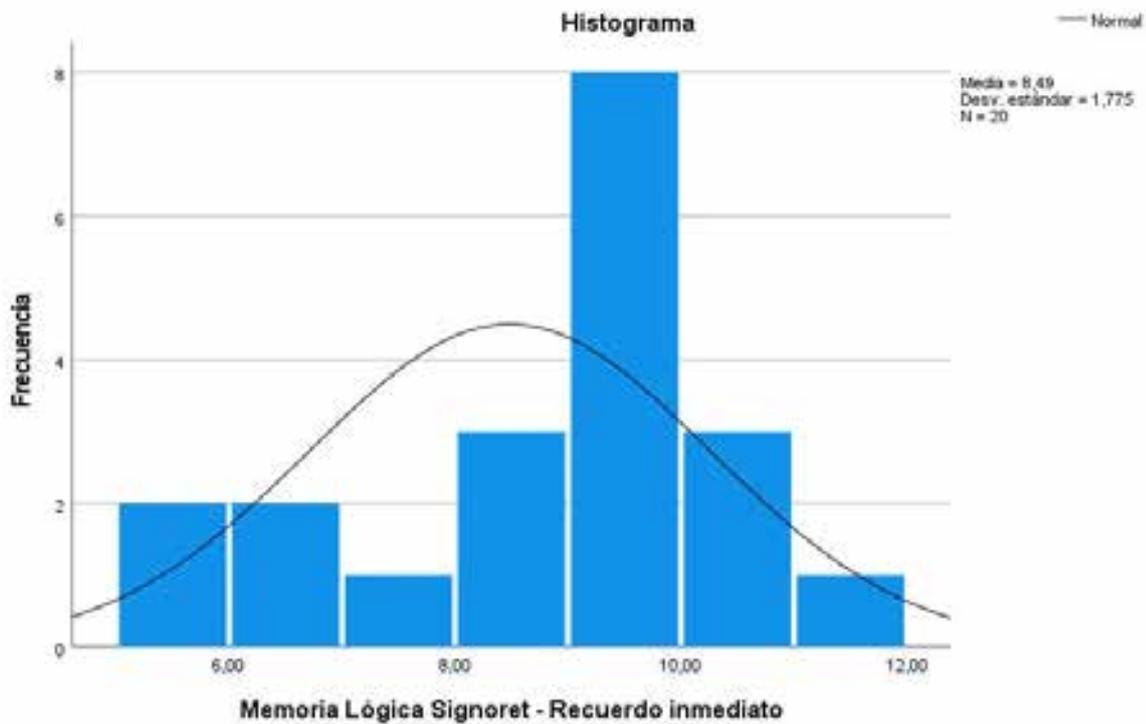
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 5: Histograma Memoria Episódica lógica de Signoret - Recuerdo con clave semántica



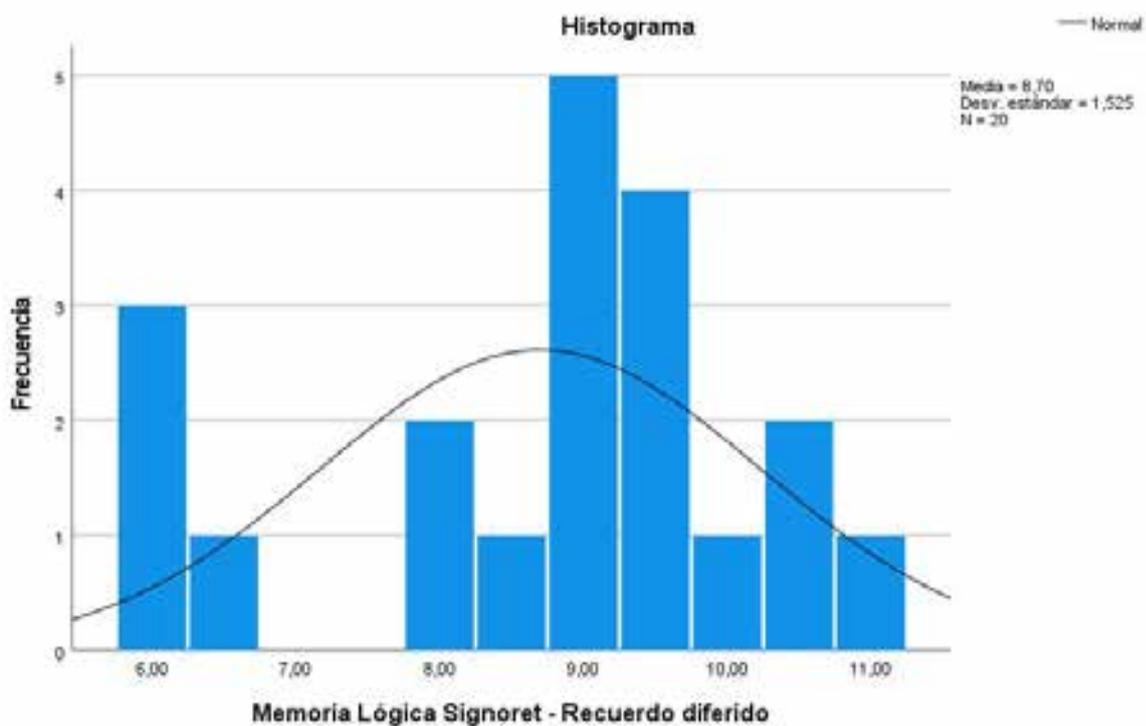
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 6: Histograma Memoria Episódica lógica de Signoret - Recuerdo inmediato



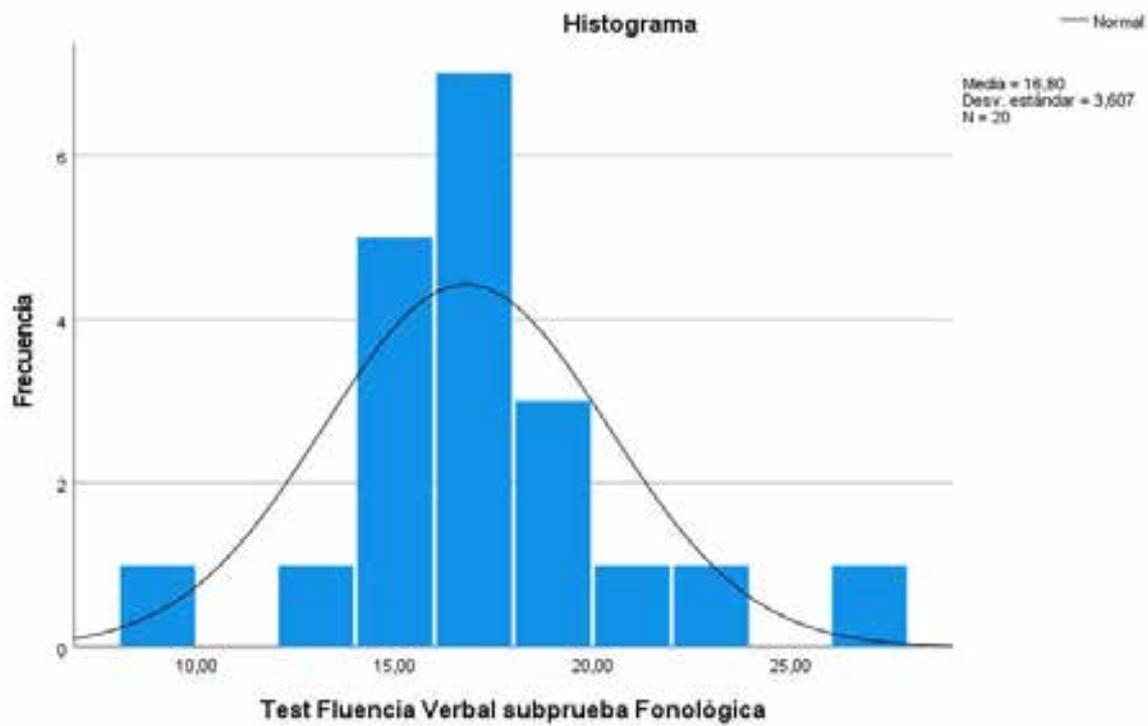
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 7: Histograma Memoria Episódica Lógica de Signoret - Recuerdo diferido



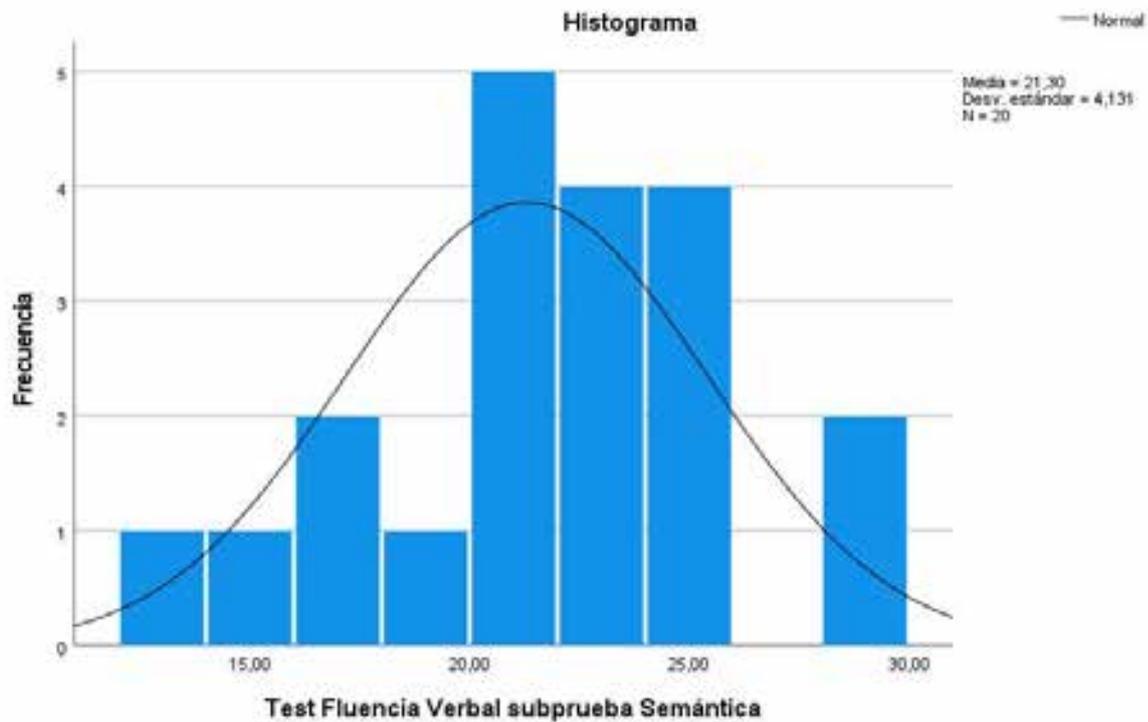
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 8: Histograma Test Fluencia Verbal subprueba Fonológica



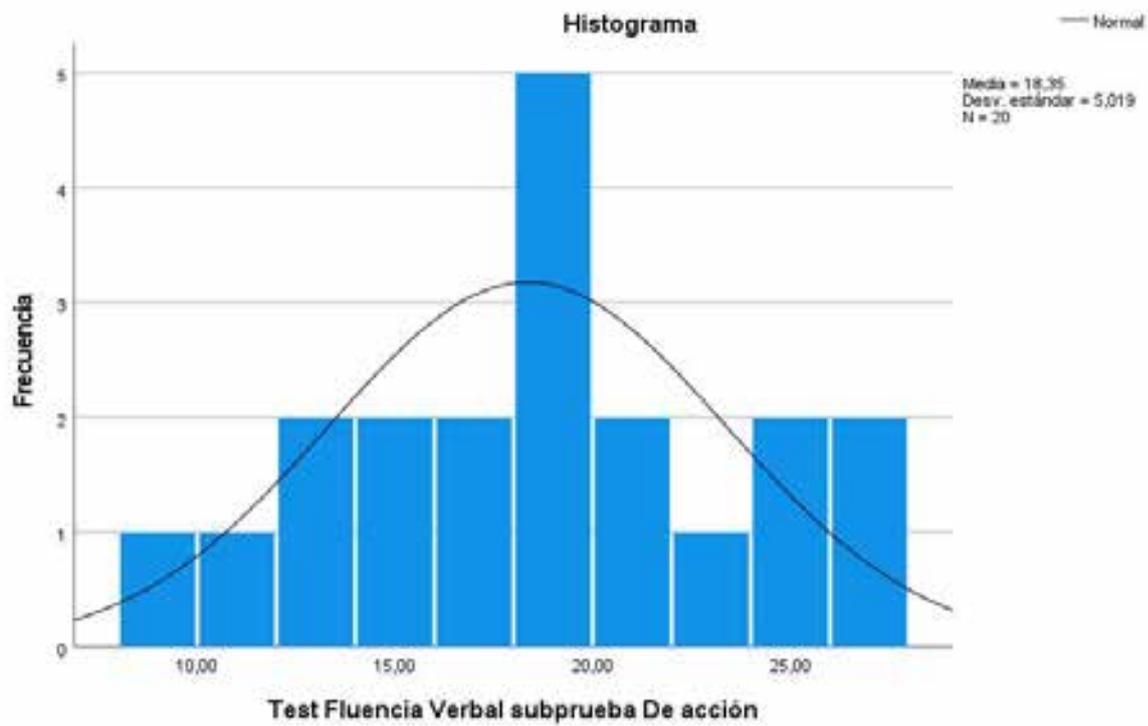
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 9: Histograma Test Fluencia Verbal subprueba Semántica



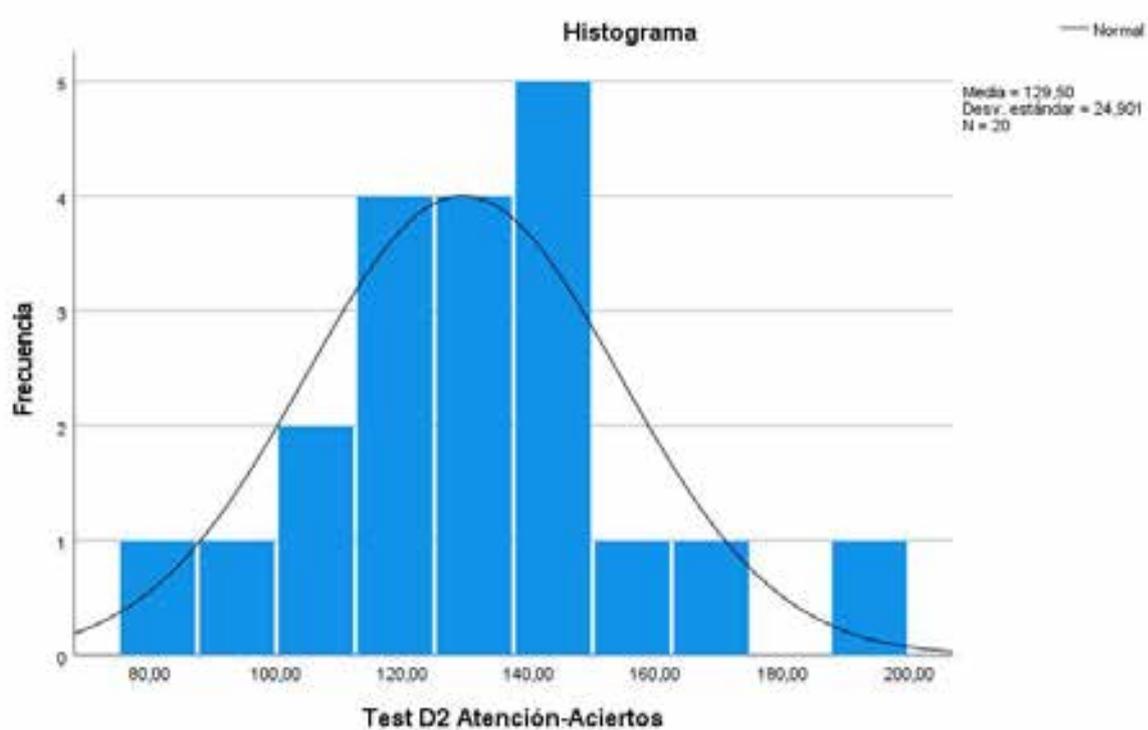
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 10: Histograma Test Fluencia Verbal subprueba de acción



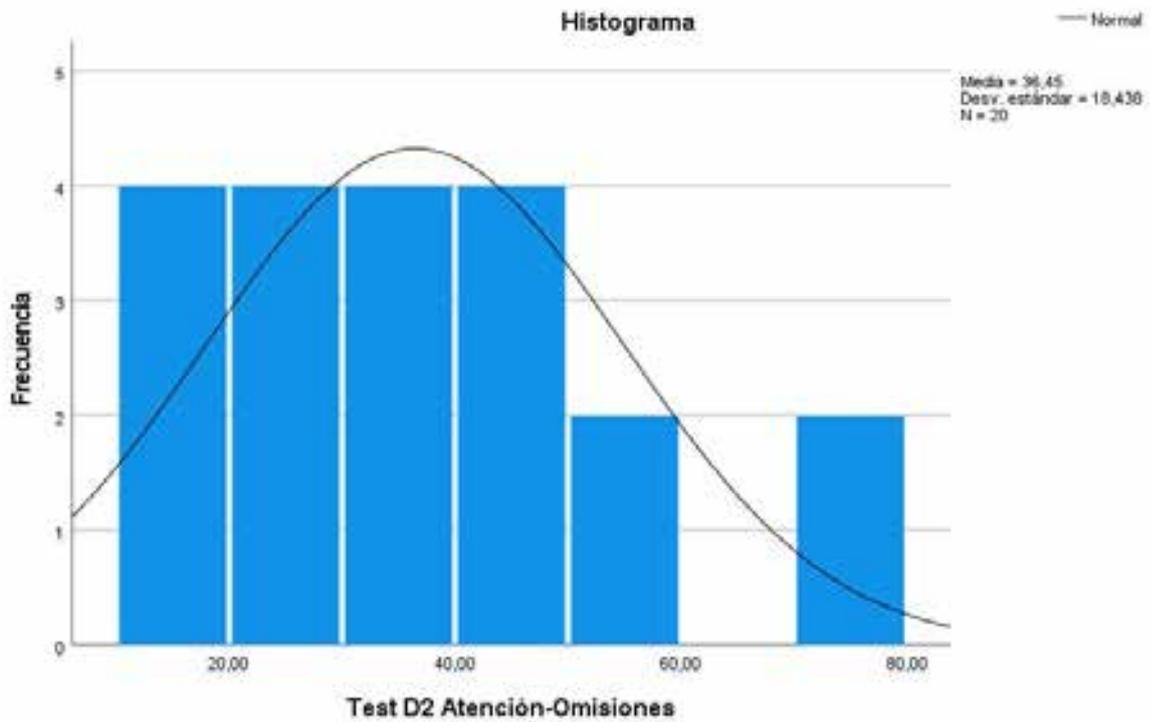
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 11: Histograma Test D2 Atención-Aciertos



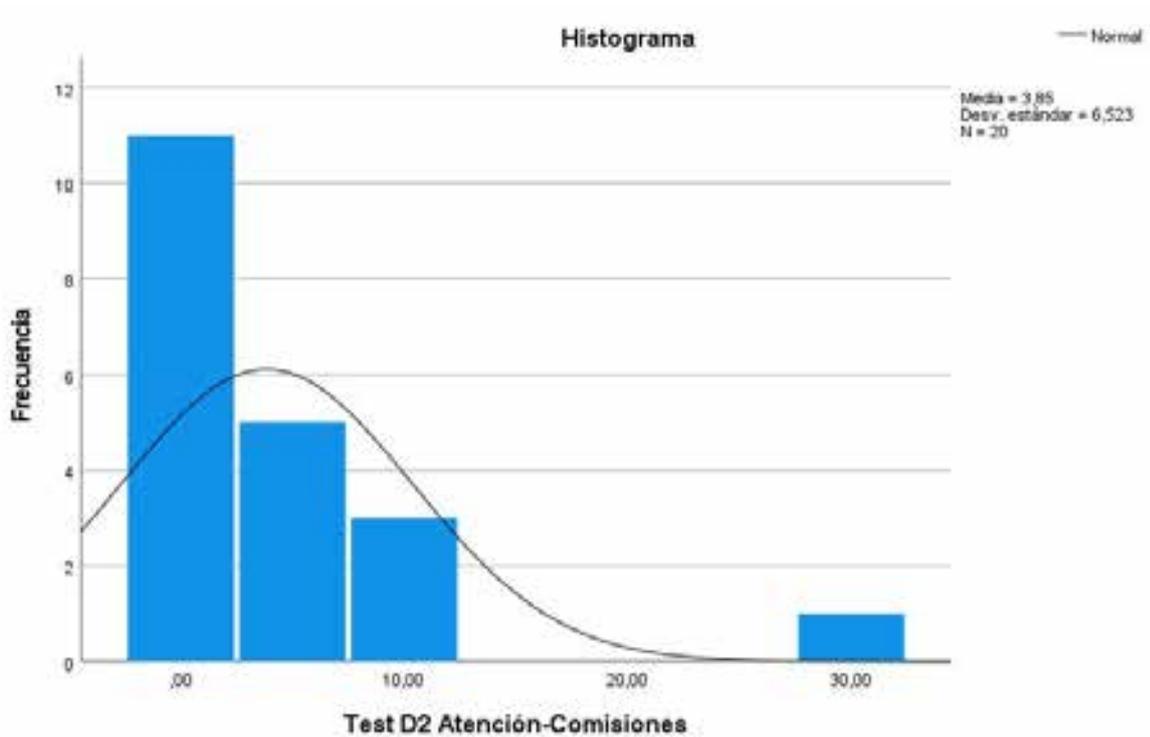
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 12: Histograma Test D2 Atención-Omisiones



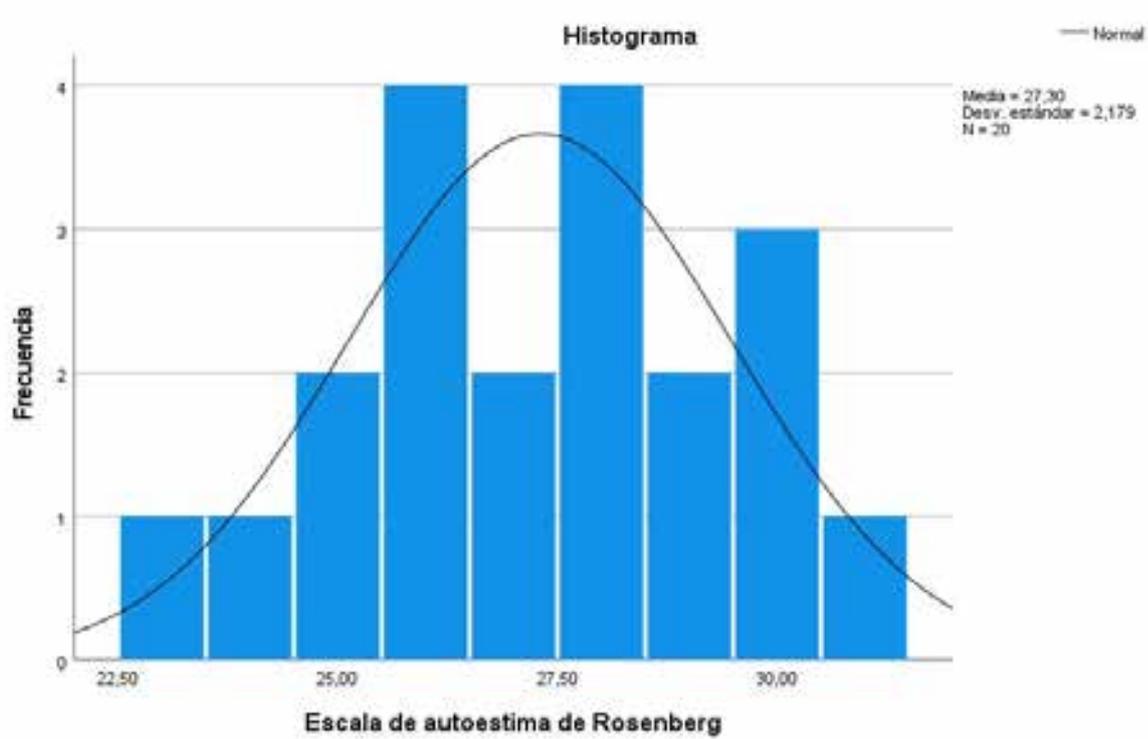
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 13: Histograma Test D2 Atención-Comisiones



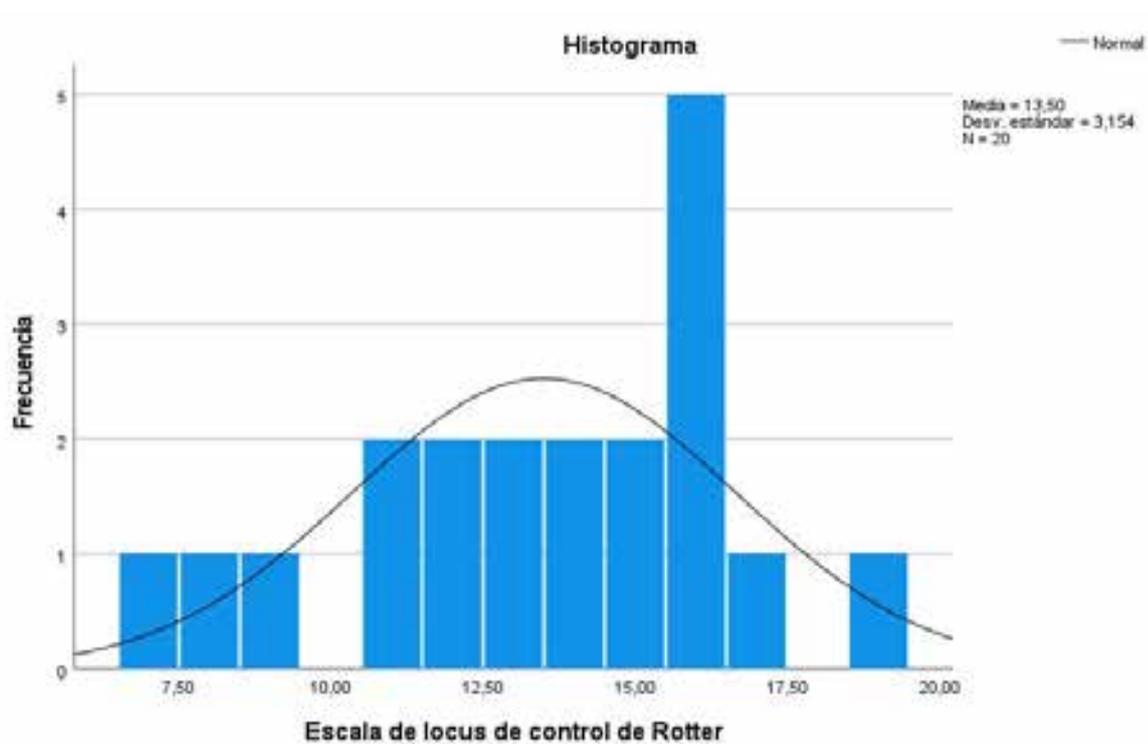
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 14: Histograma Escala de autoestima de Rosenberg



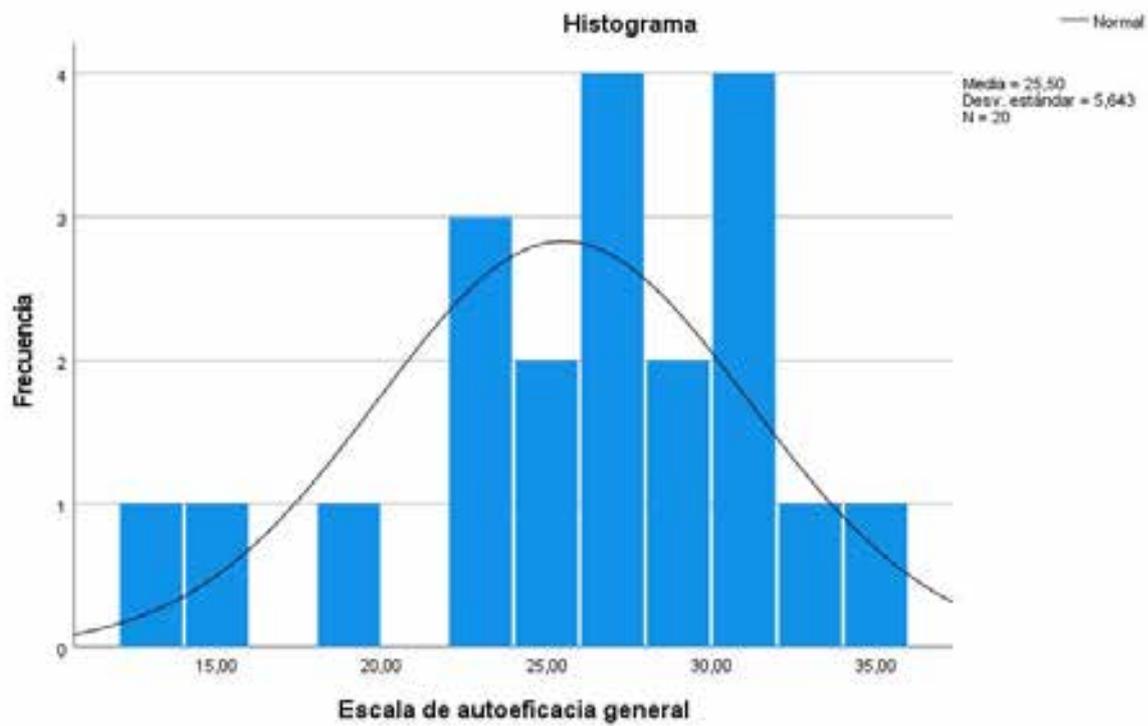
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 15: Histograma Escala de locus de control de Rotter



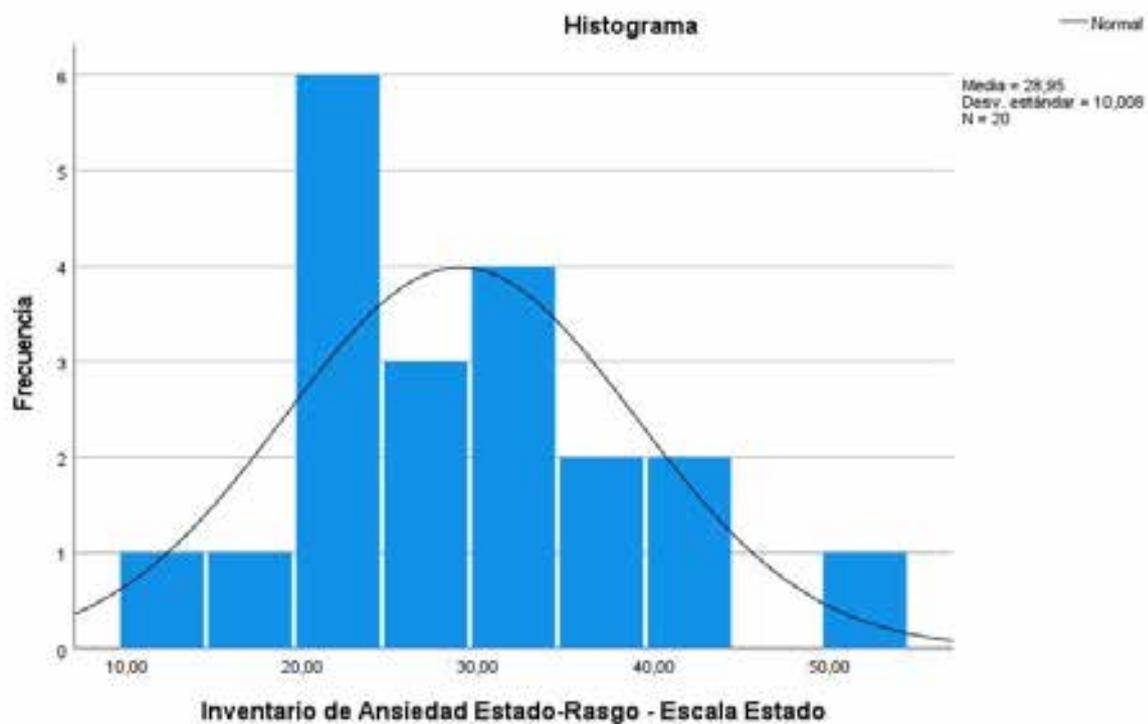
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 16: Histograma Escala de autoeficacia general



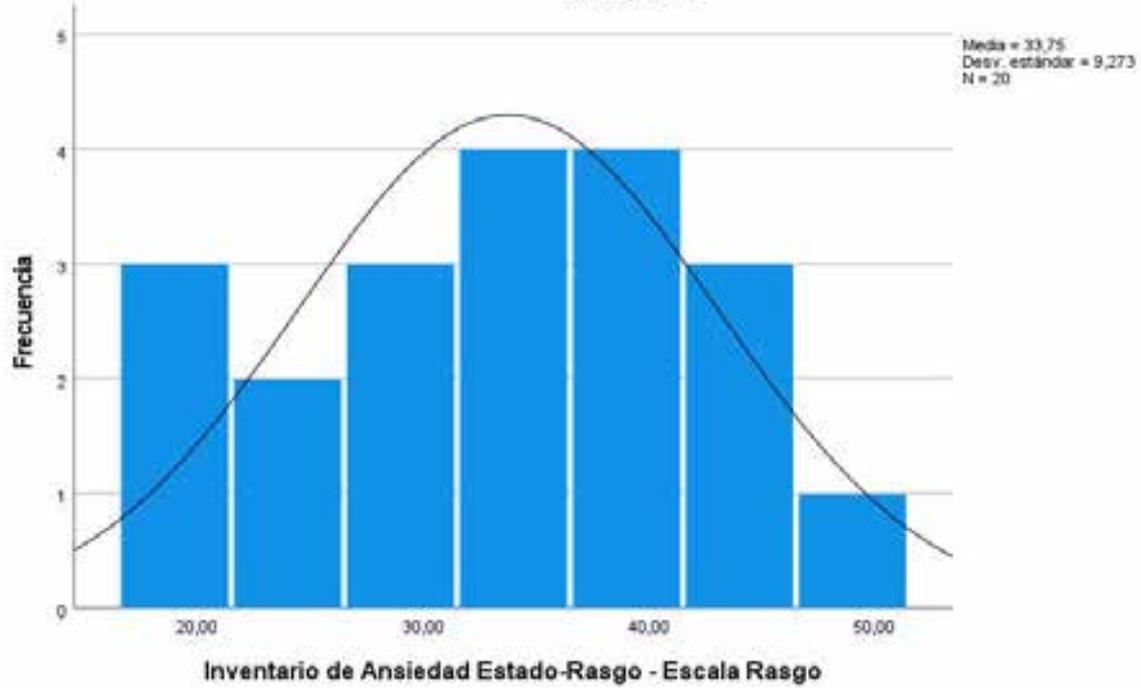
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 17: Histograma Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala Estado



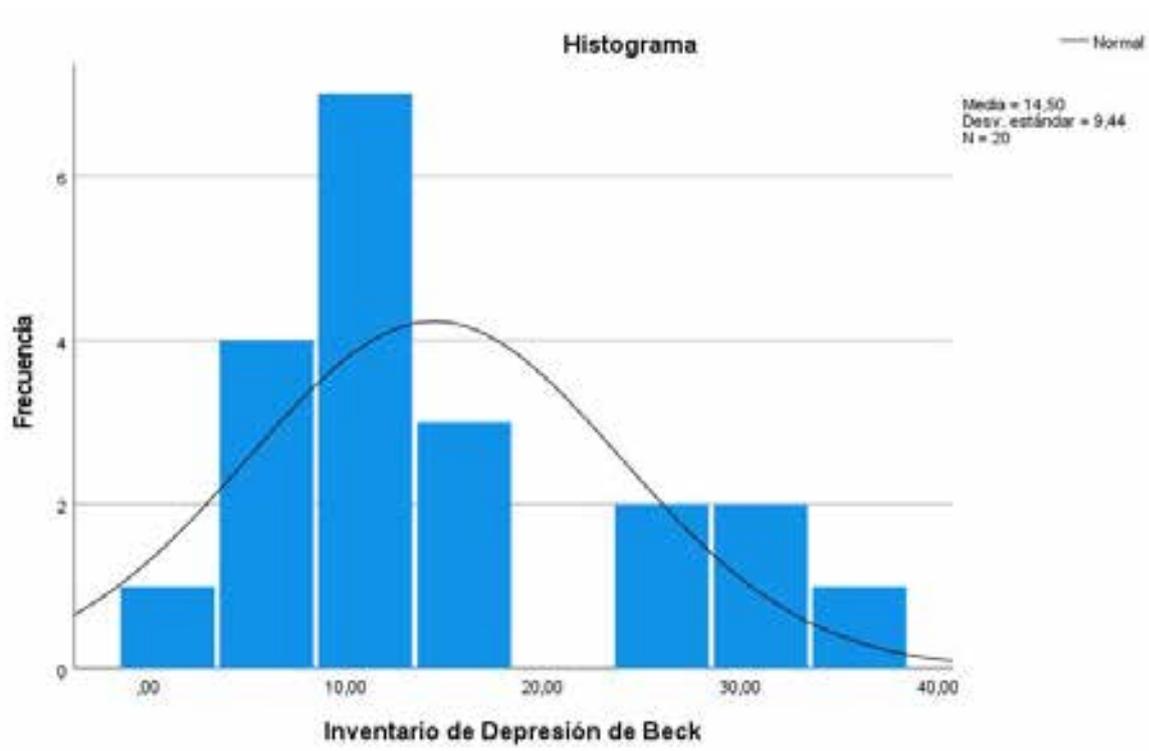
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 18: Histograma Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala Rasgo



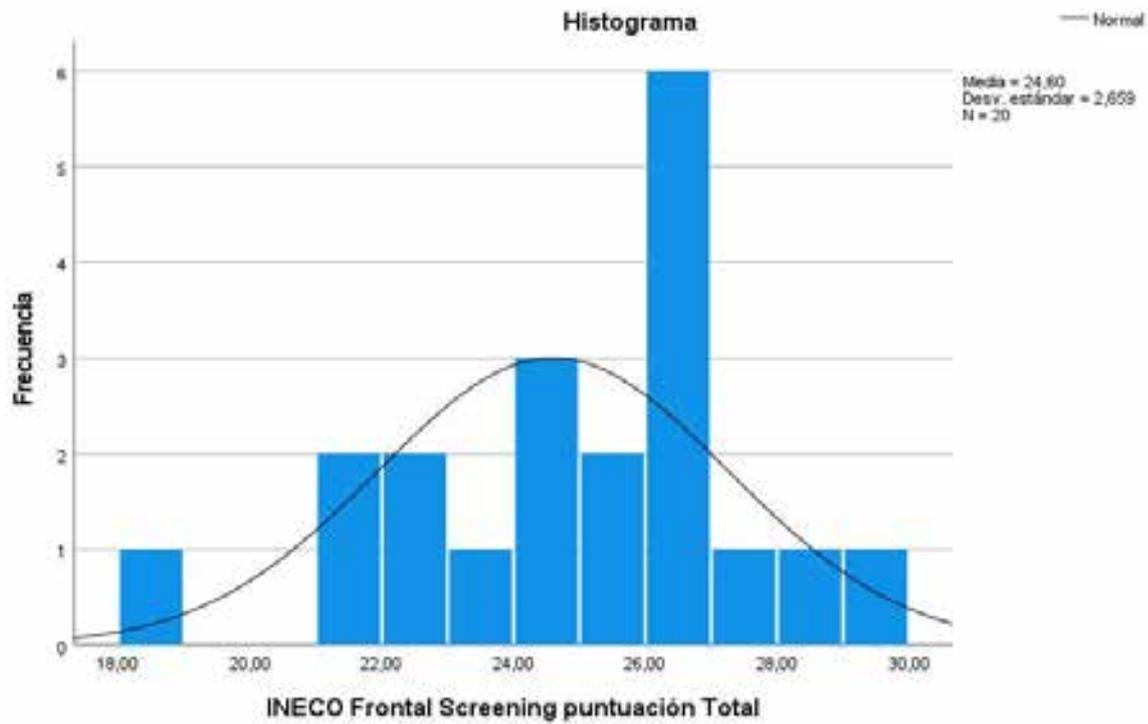
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 19: Histograma Inventario de Depresión de Beck



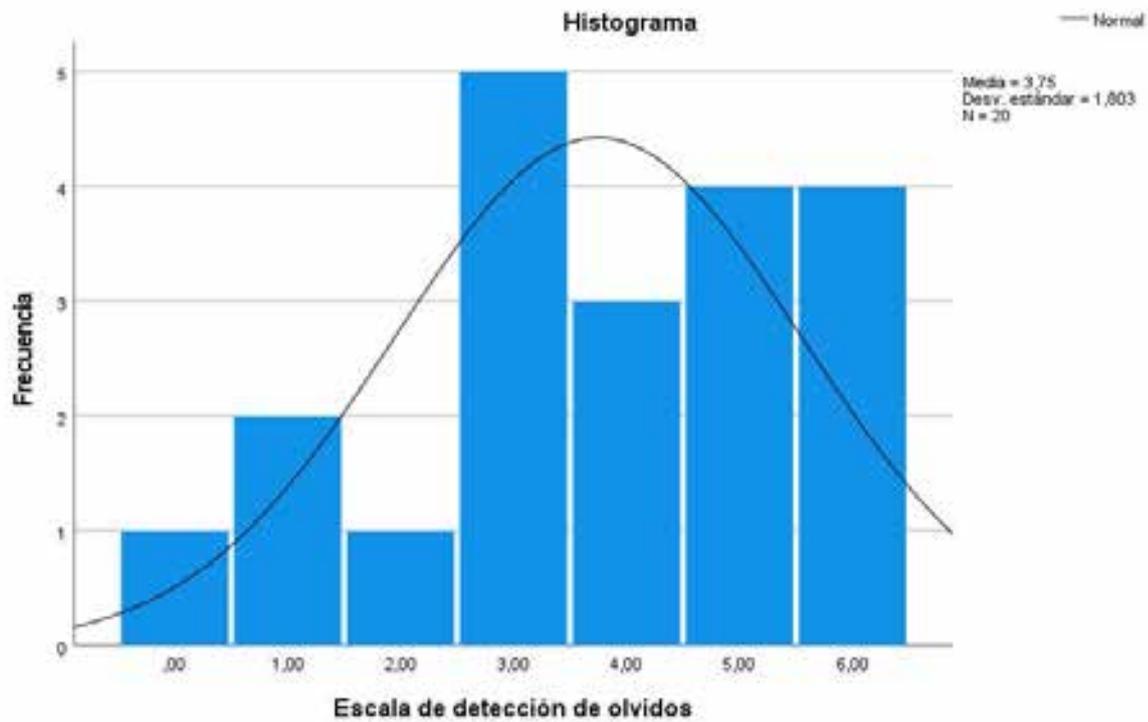
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 20: Histograma INECO Frontal Screening



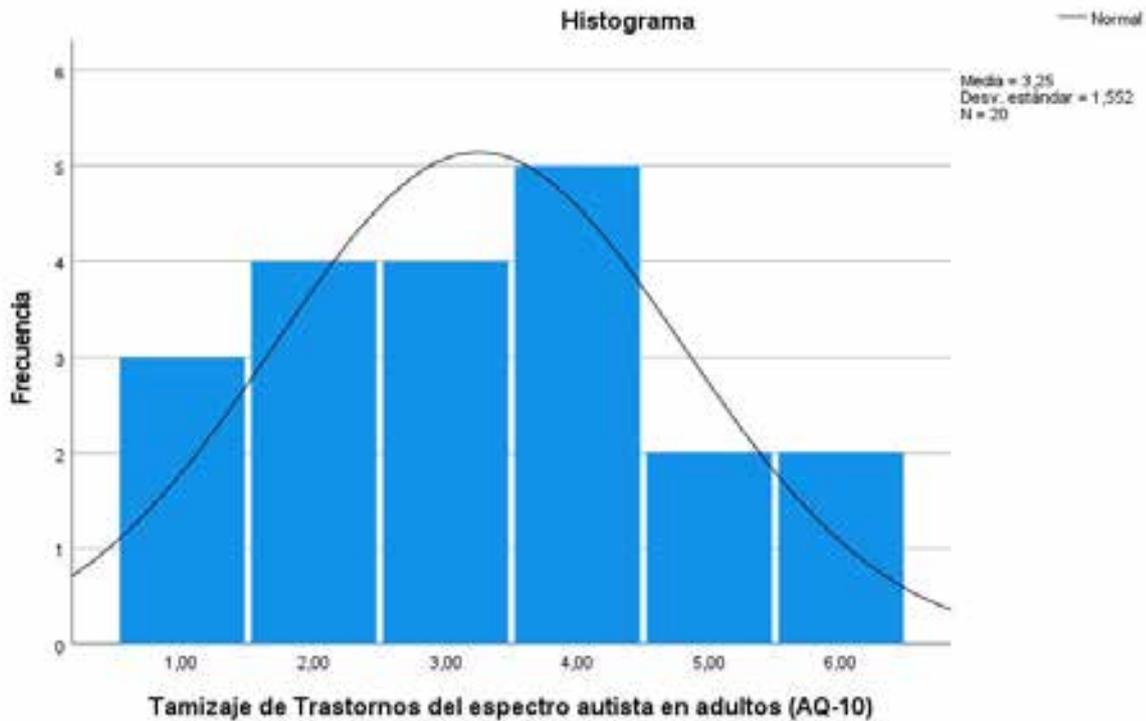
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 21: Histograma Escala de detección de olvidos



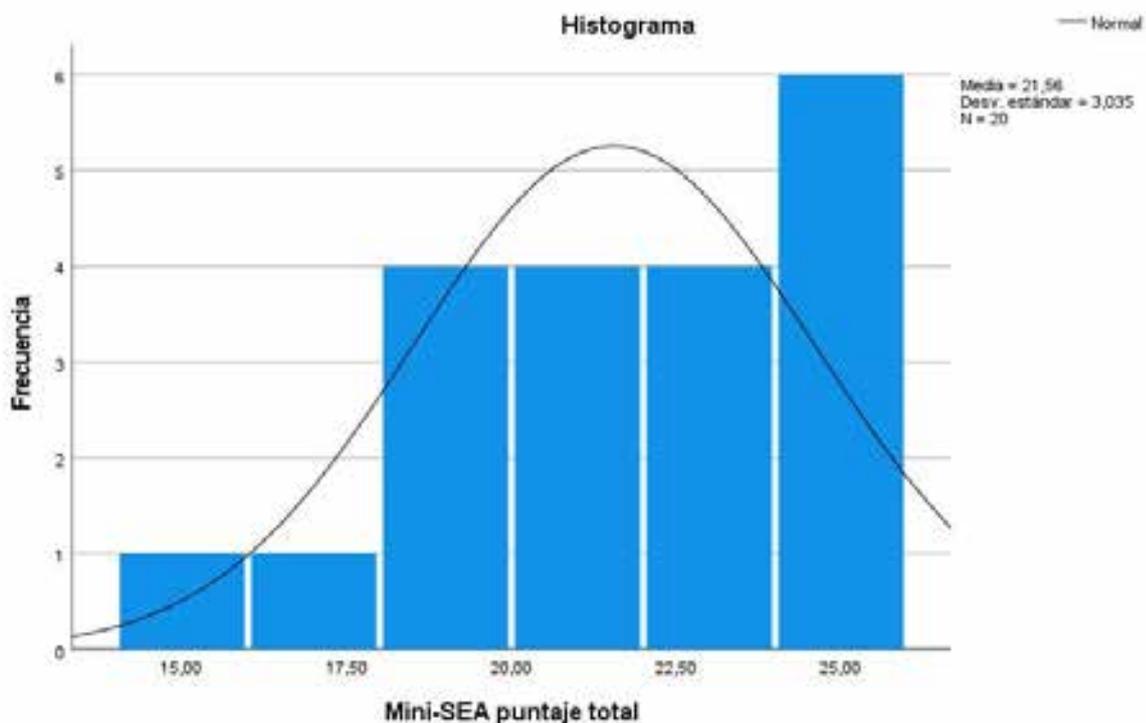
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 22: Histograma Tamizaje de Trastornos del espectro autista en adultos (AQ-10)



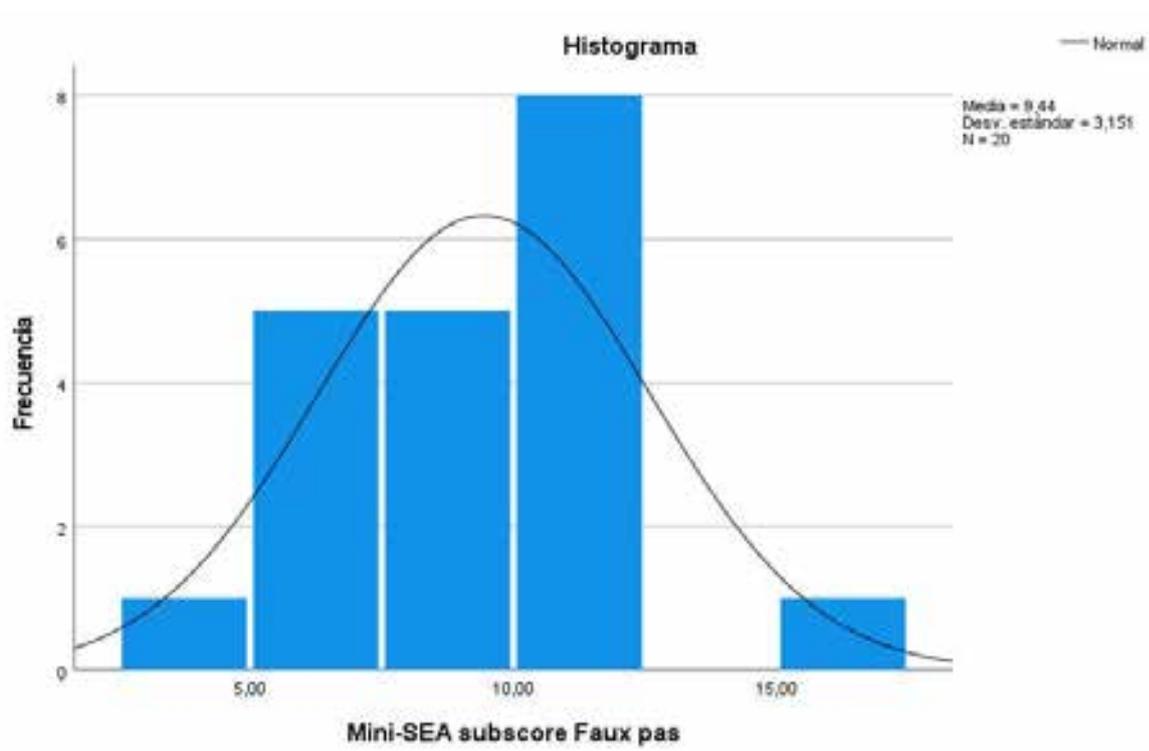
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 23: Histograma Mini-SEA puntaje total



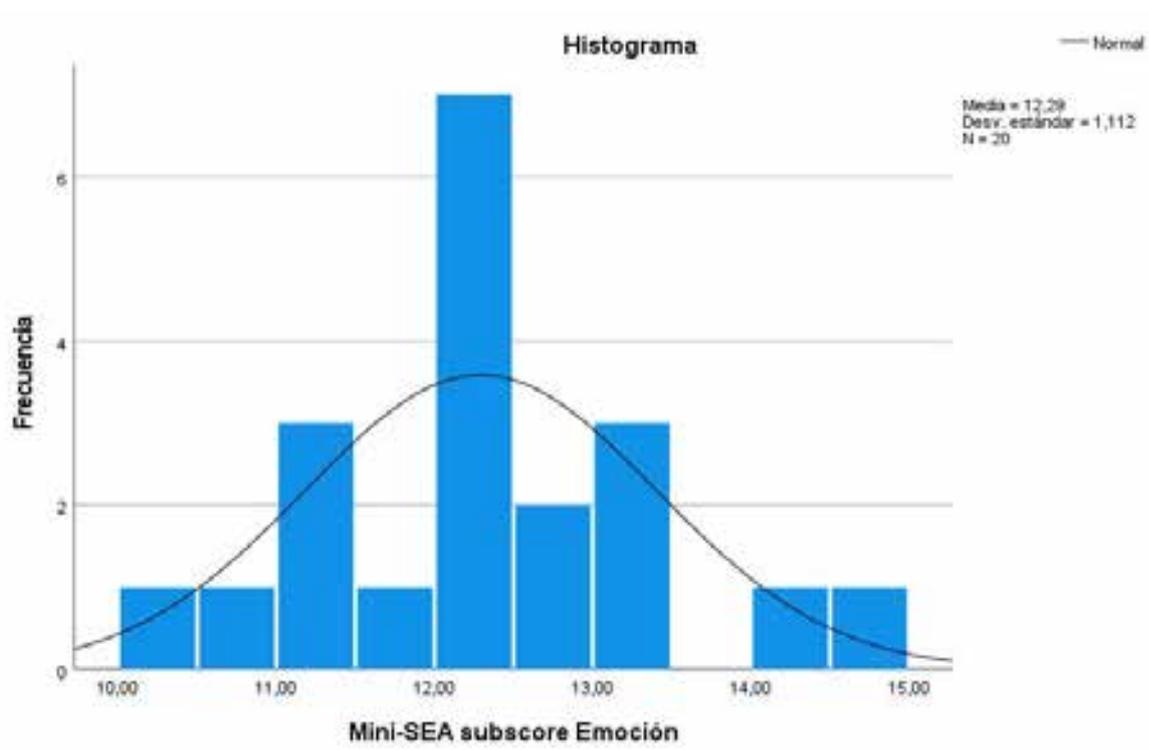
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 24: Histograma Mini-SEA subscore Faux pas



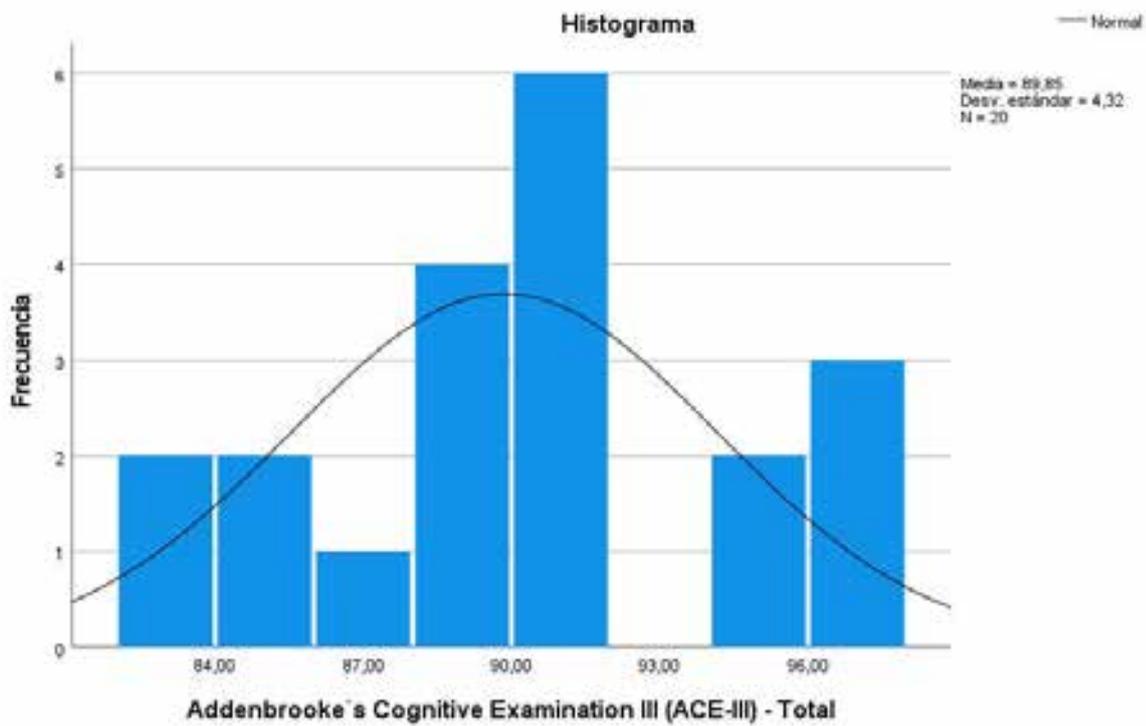
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 25: Histograma Mini-SEA subscore Emoción



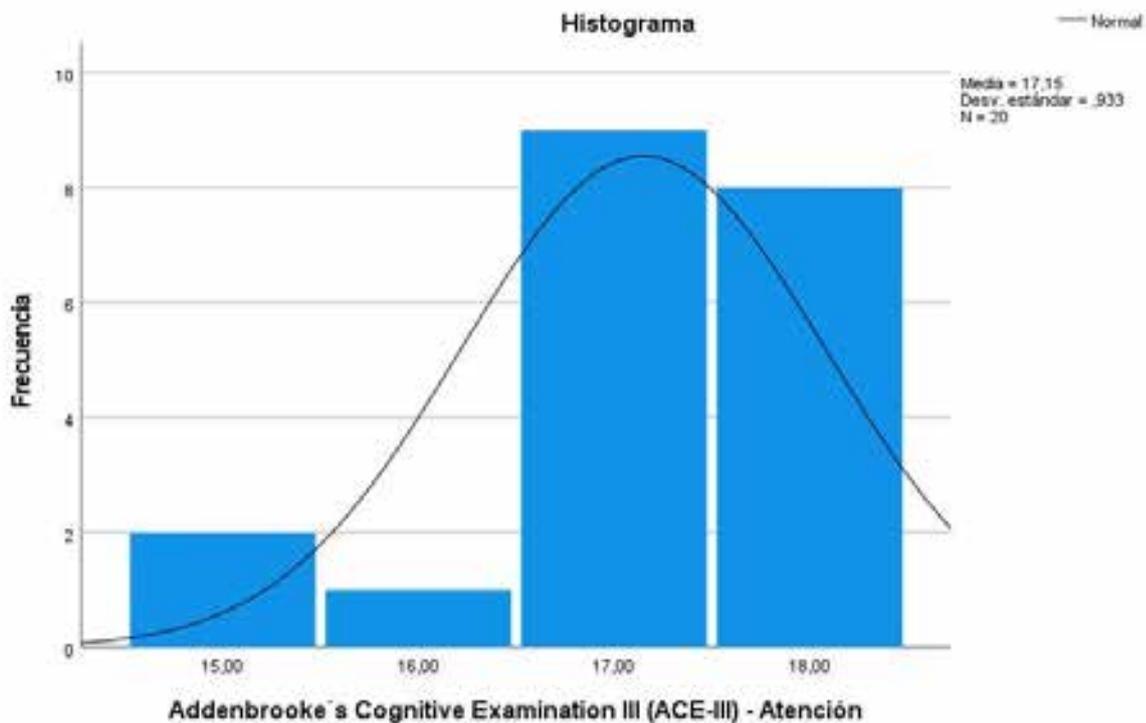
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 26: Histograma Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Total



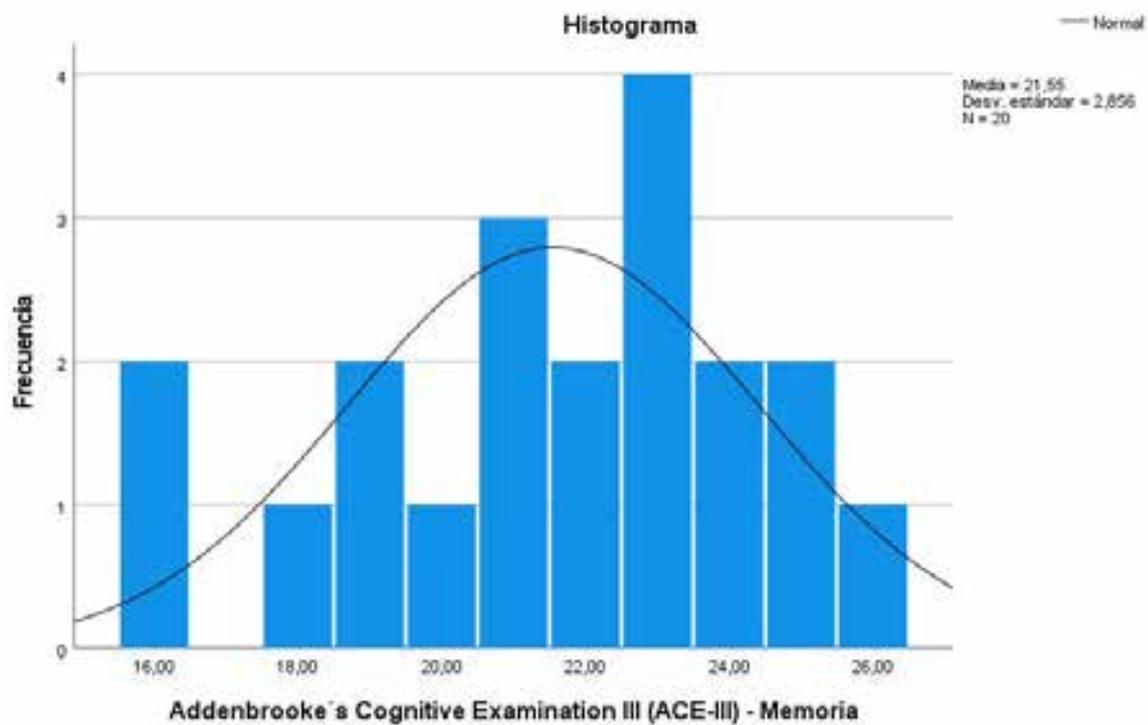
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 27: Histograma Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Atención



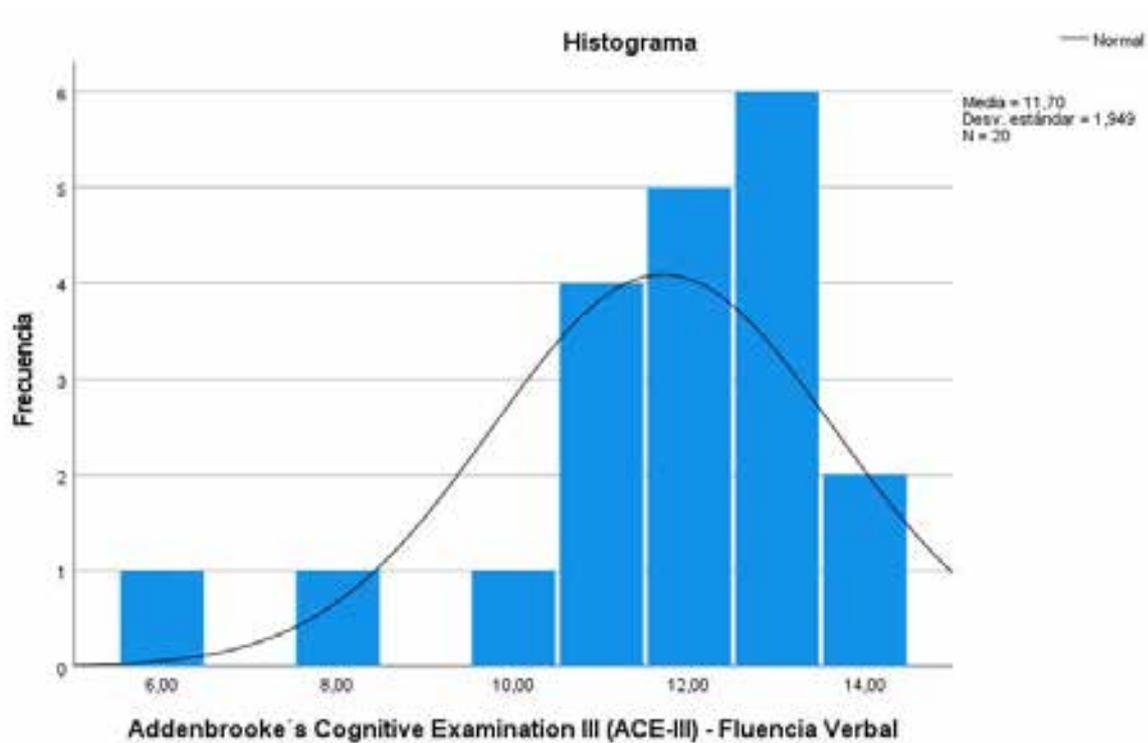
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 28: Histograma Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Memoria



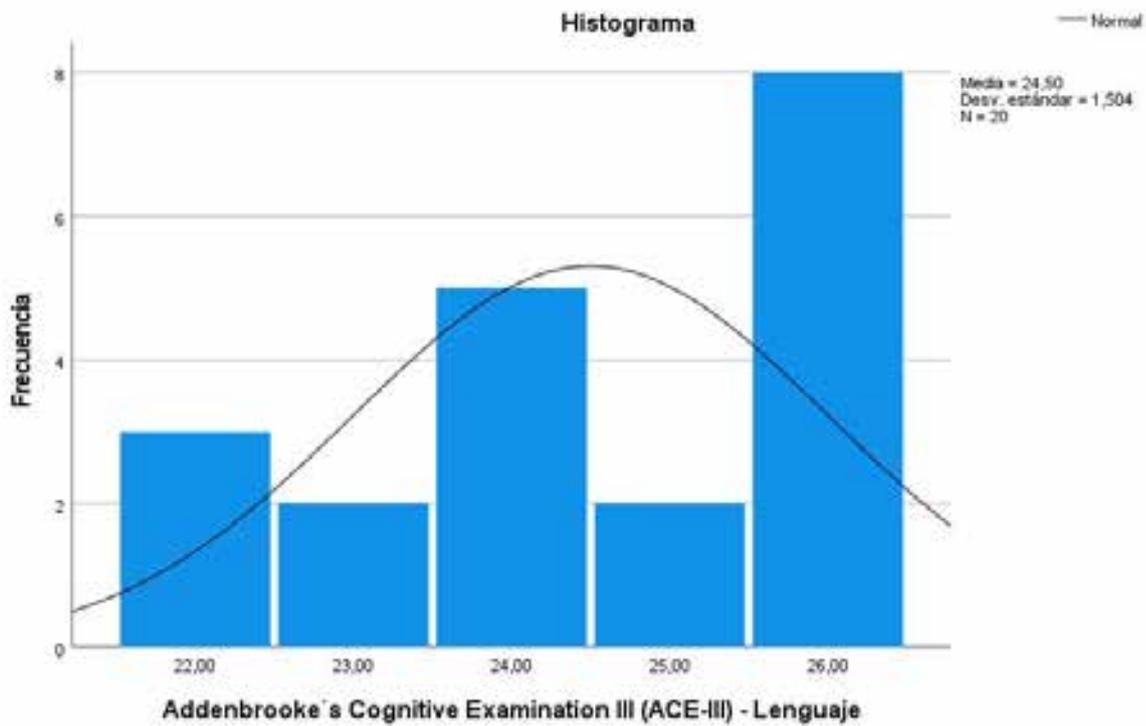
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 29: Histograma Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Fluencia Verbal



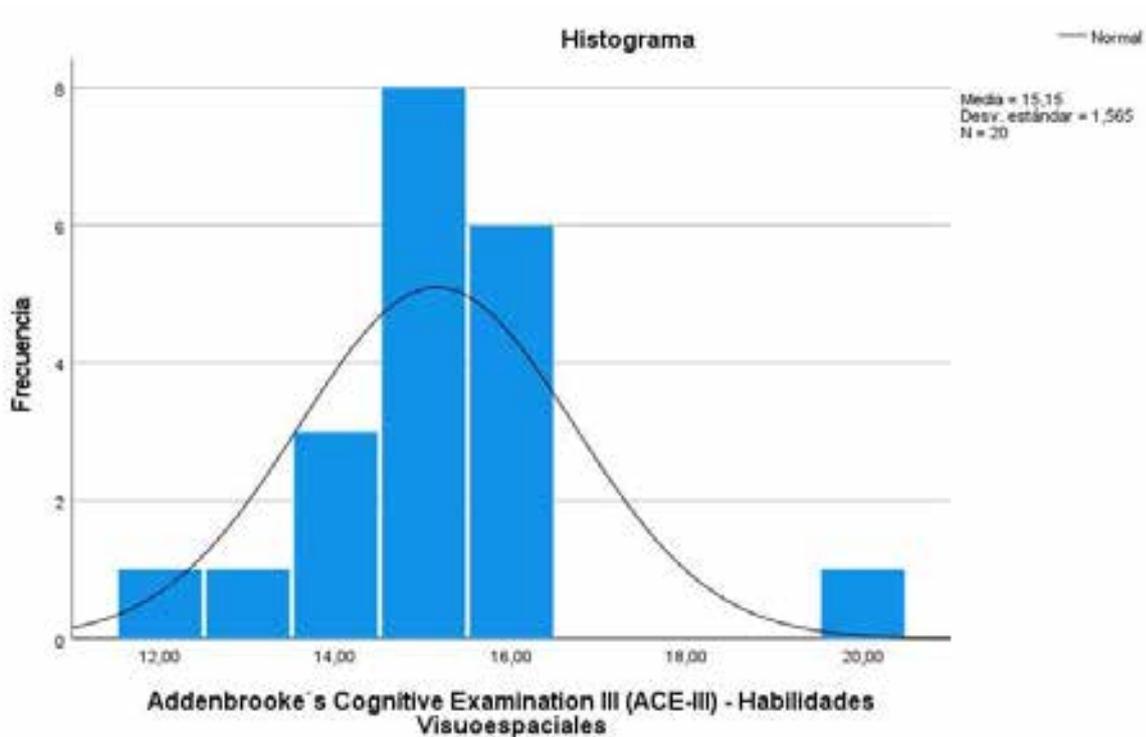
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 30: Histograma Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Lenguaje



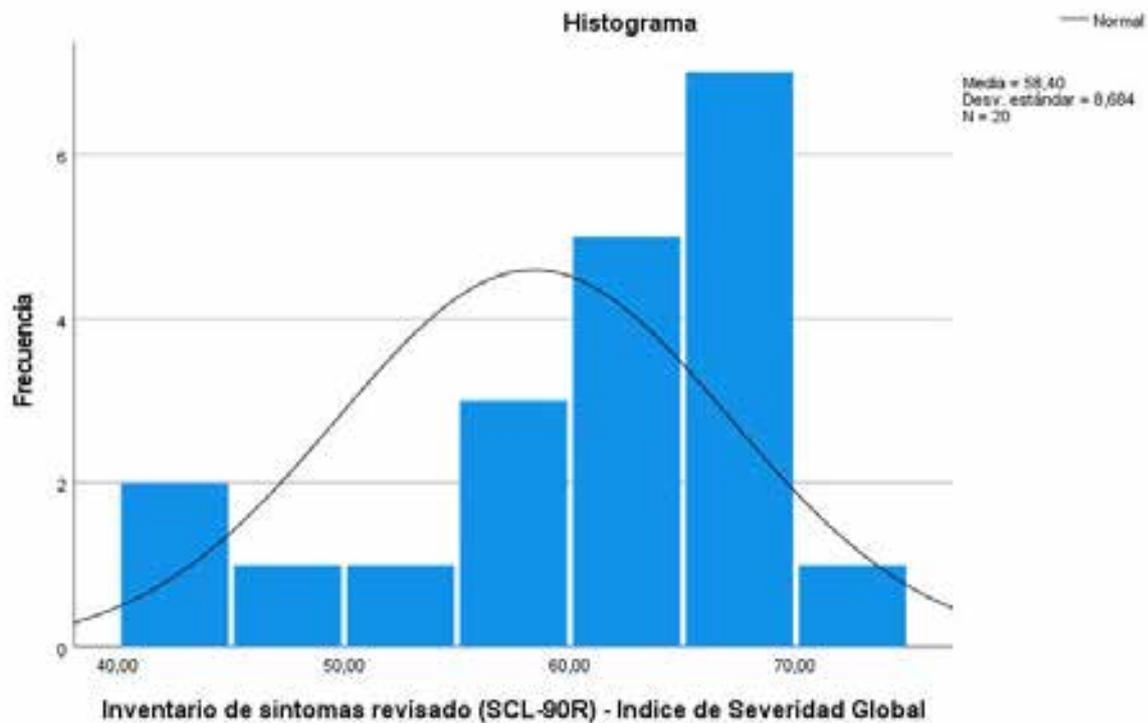
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 31: Histograma Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Habilidades Visuoespaciales



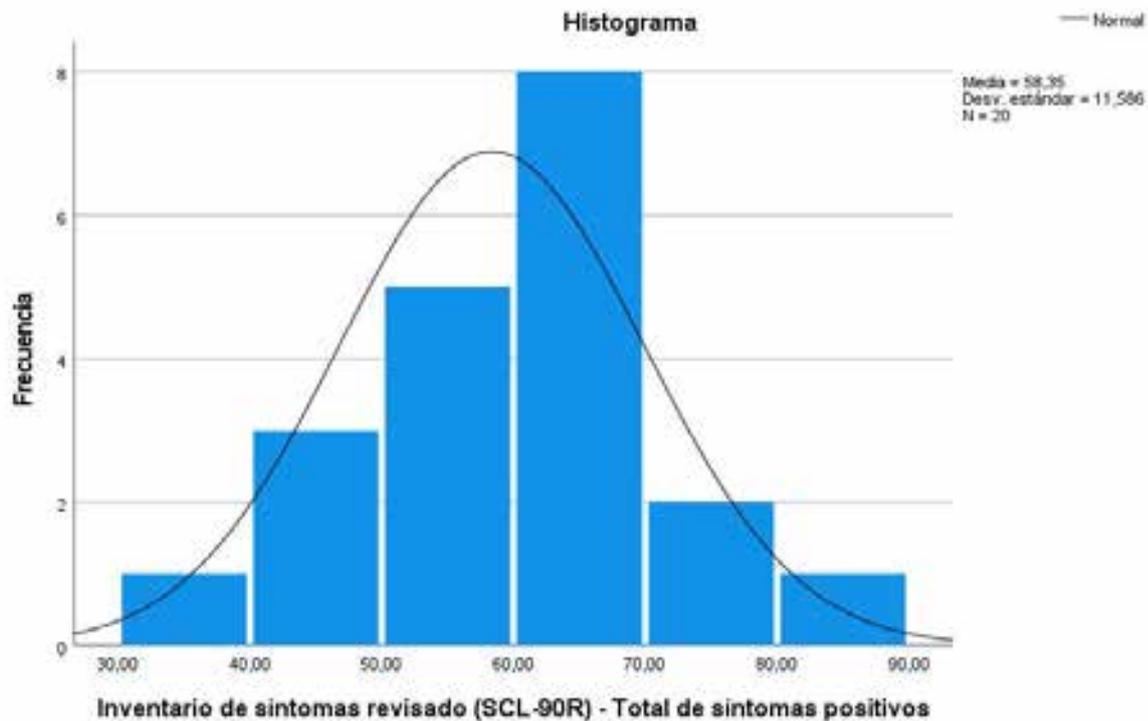
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 32: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Índice de Severidad Global



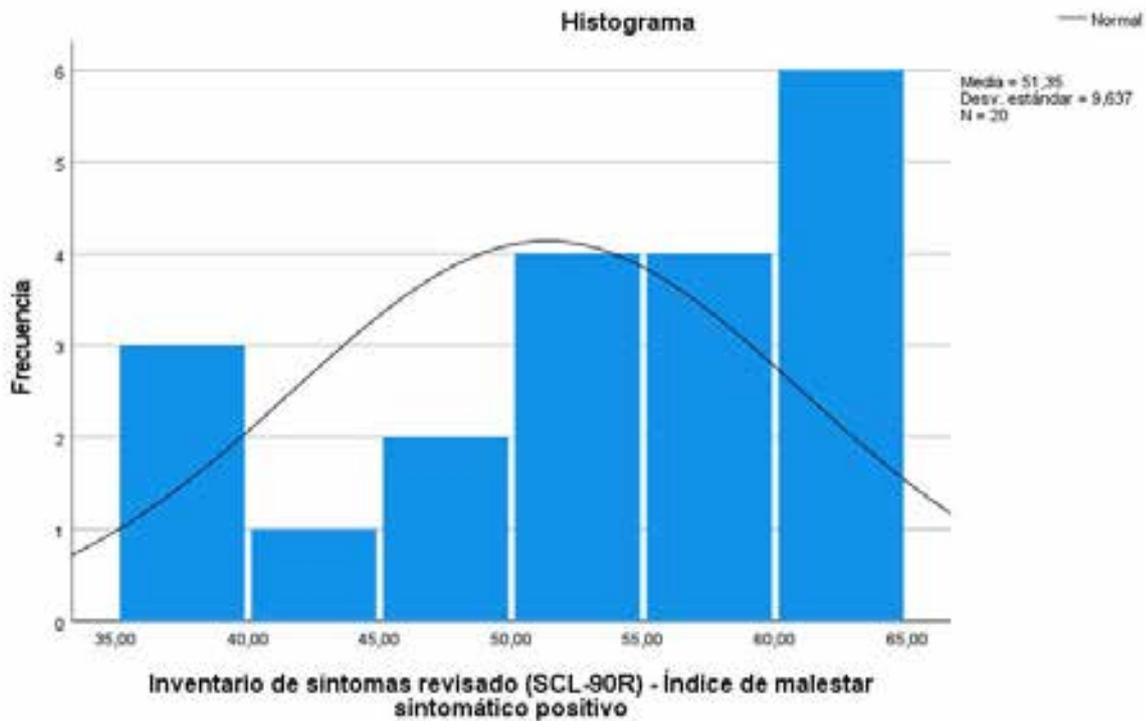
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 33: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Total de síntomas positivos



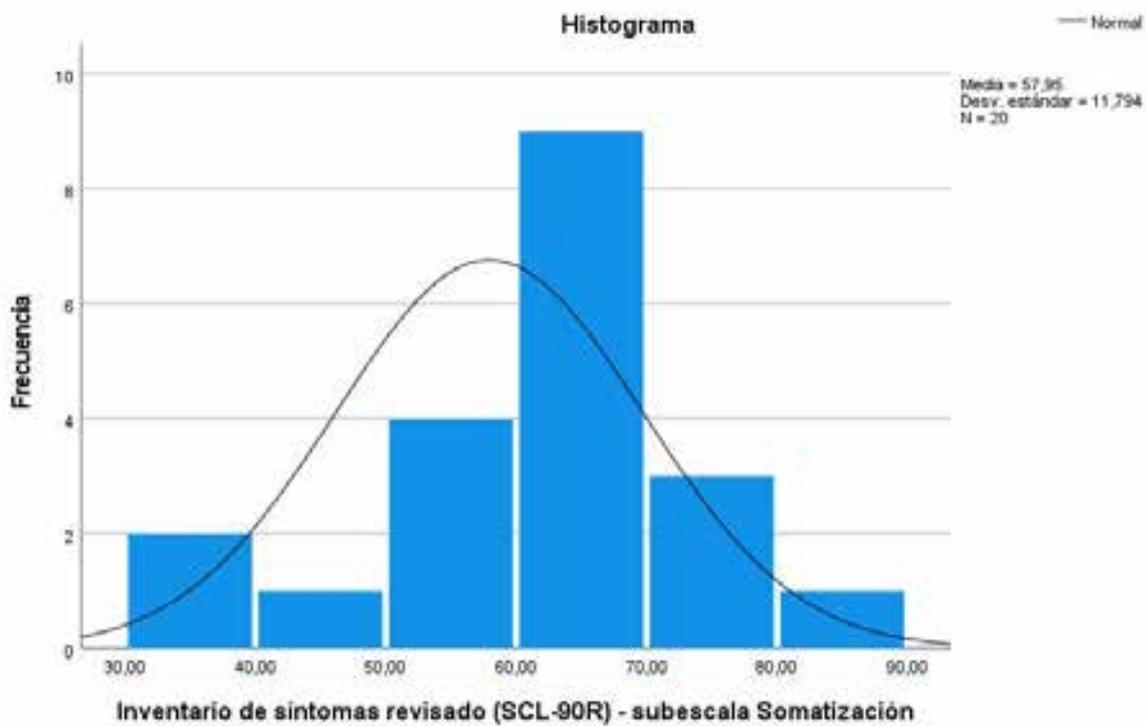
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 34: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Índice de malestar sintomático positivo



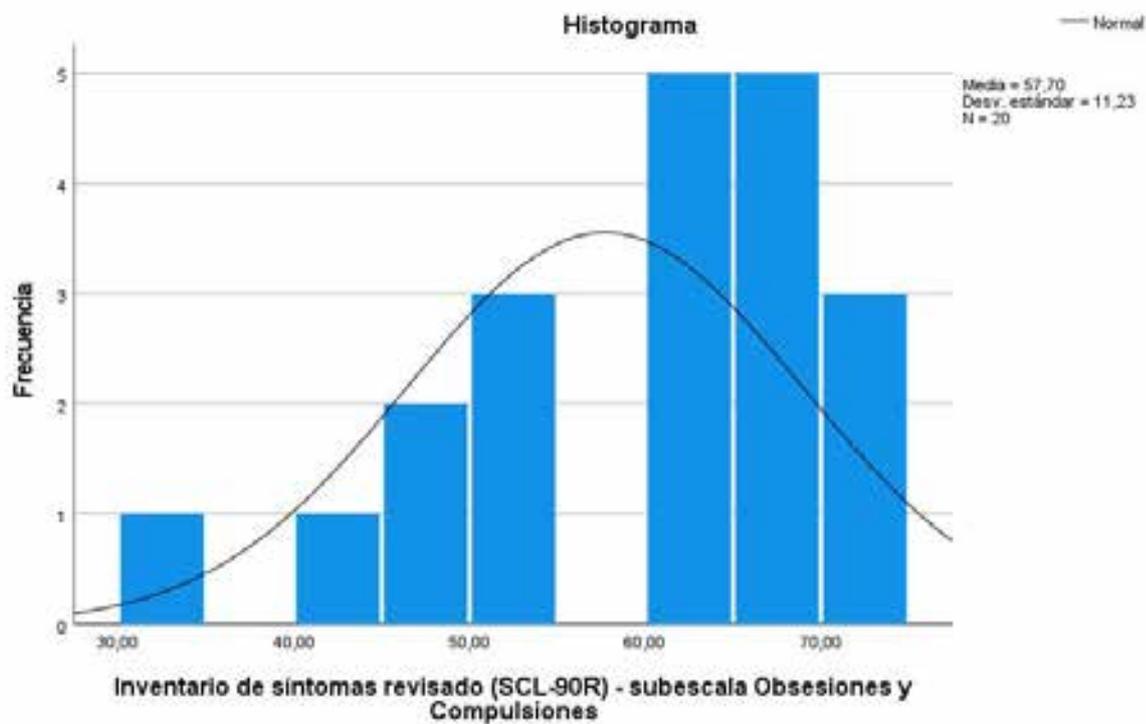
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 35: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Somatización



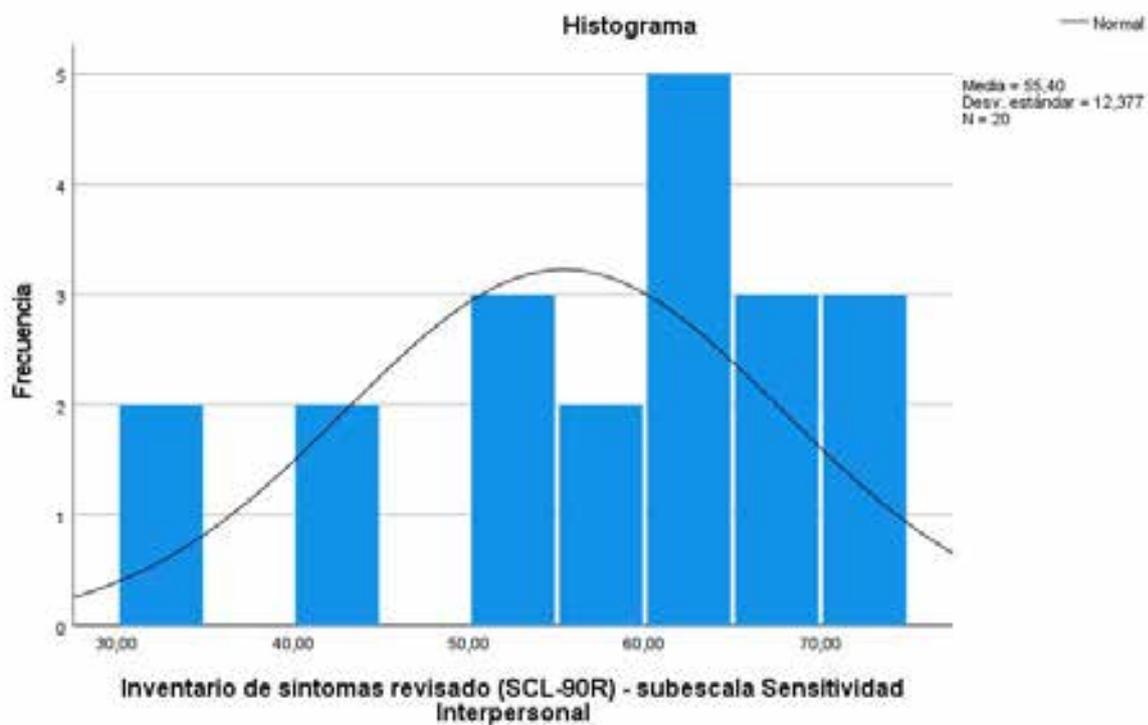
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 36: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Obsesiones y Compulsiones



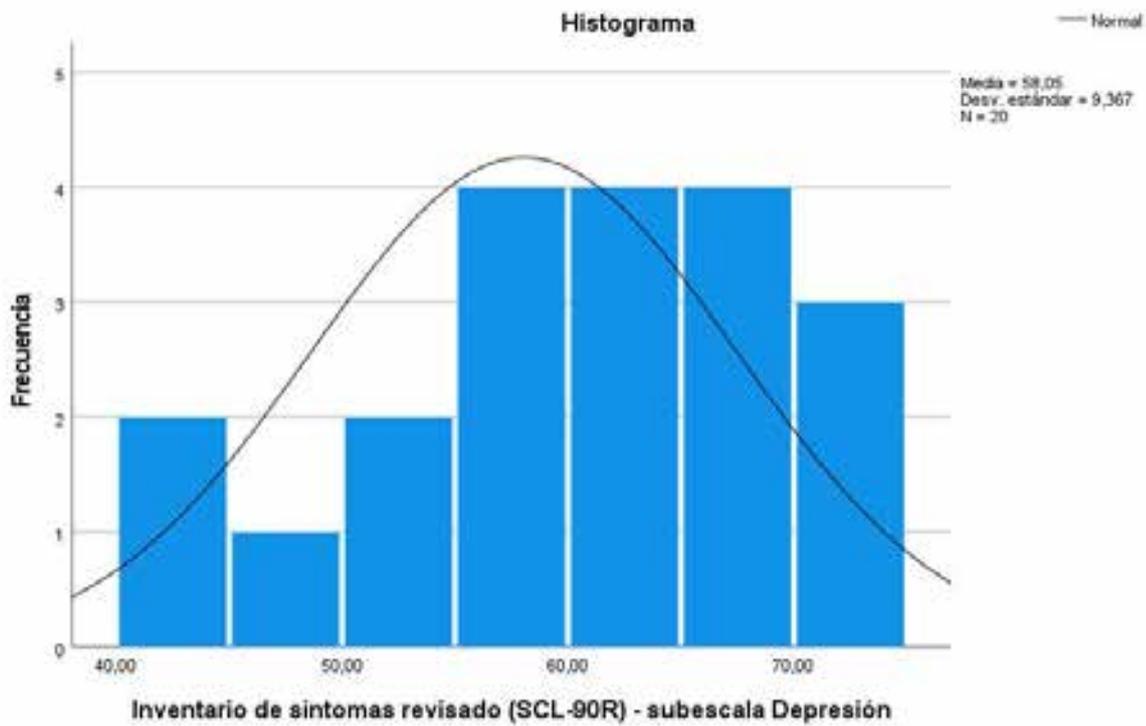
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 37: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Sensitividad Interpersonal



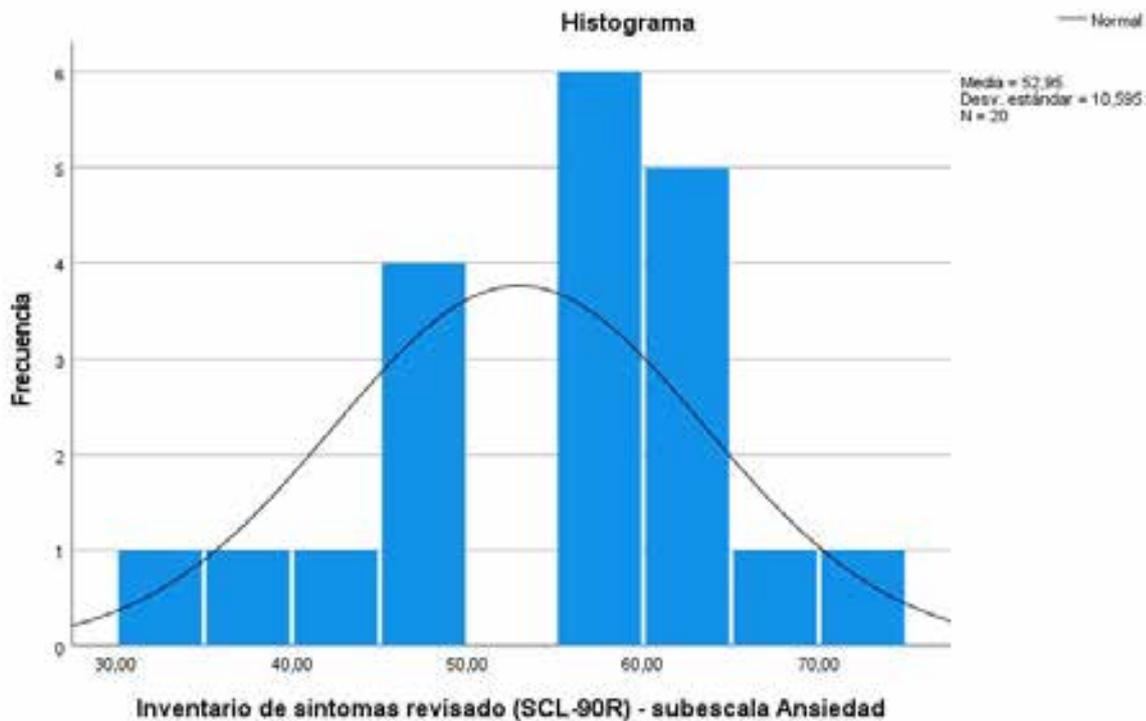
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 38: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Depresión



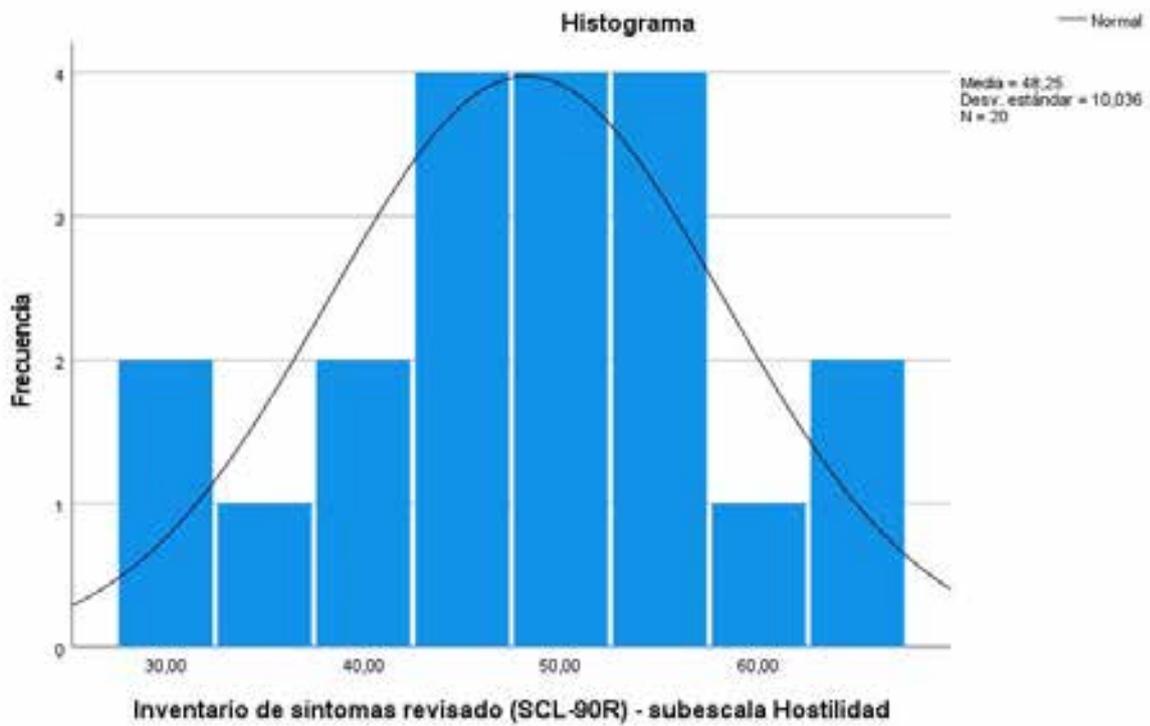
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 39: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ansiedad



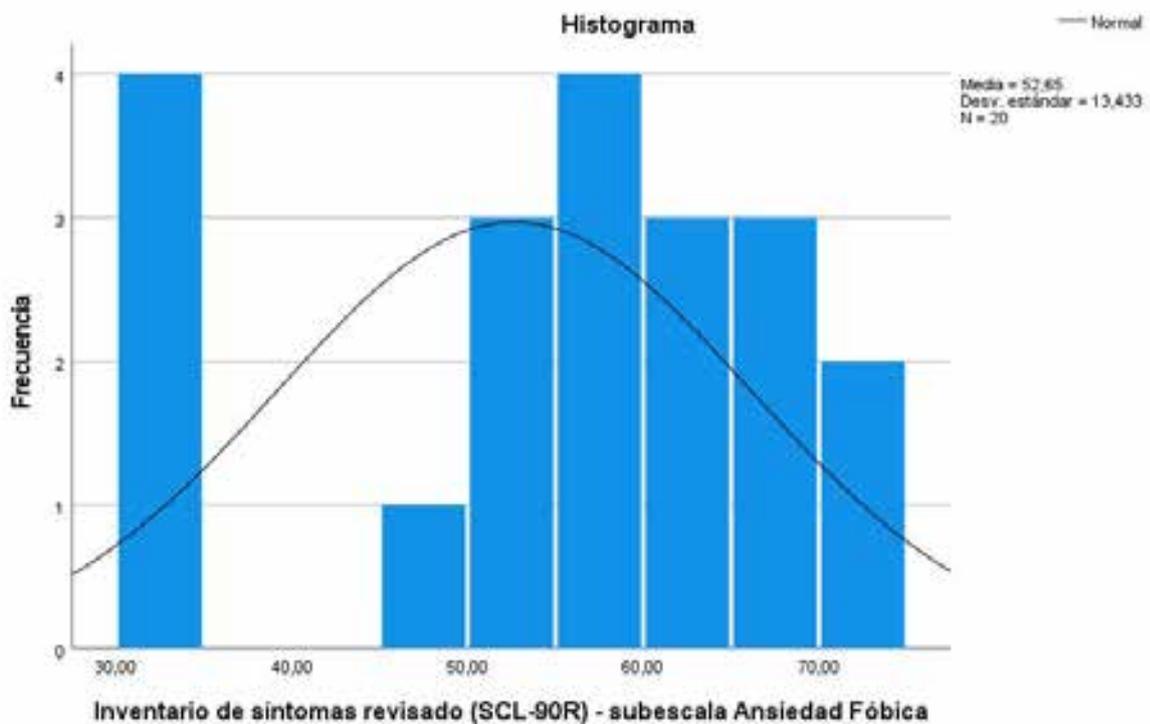
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 40: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Hostilidad



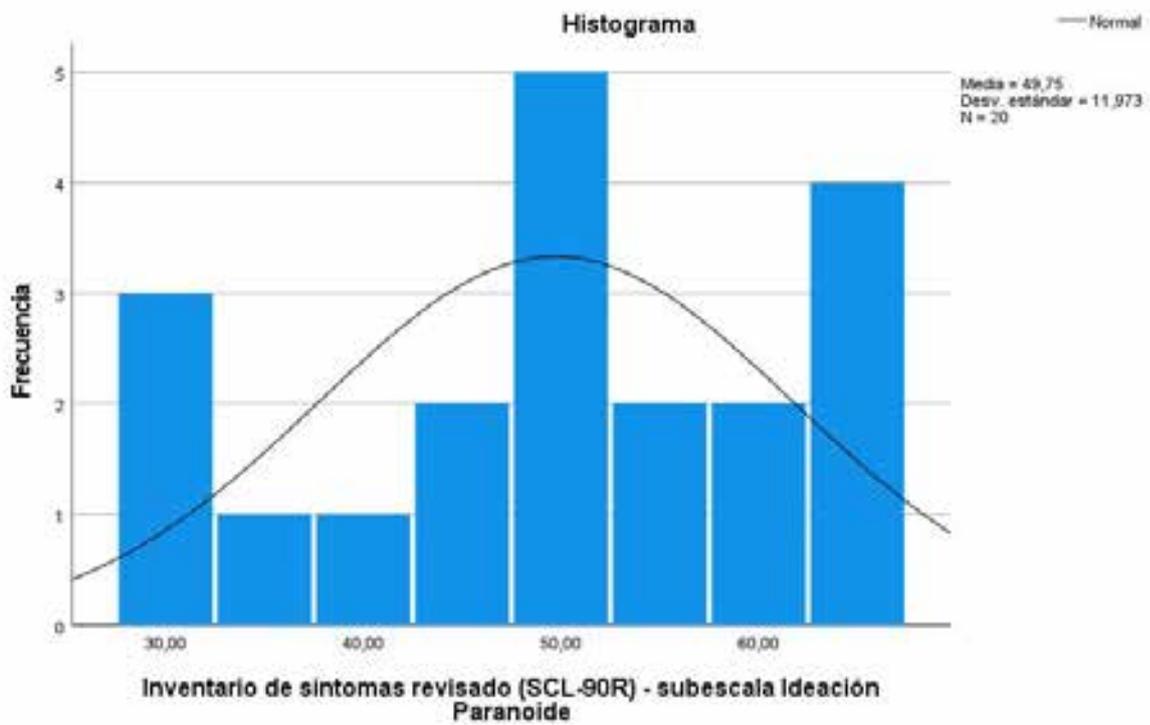
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 41: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ansiedad Fóbica



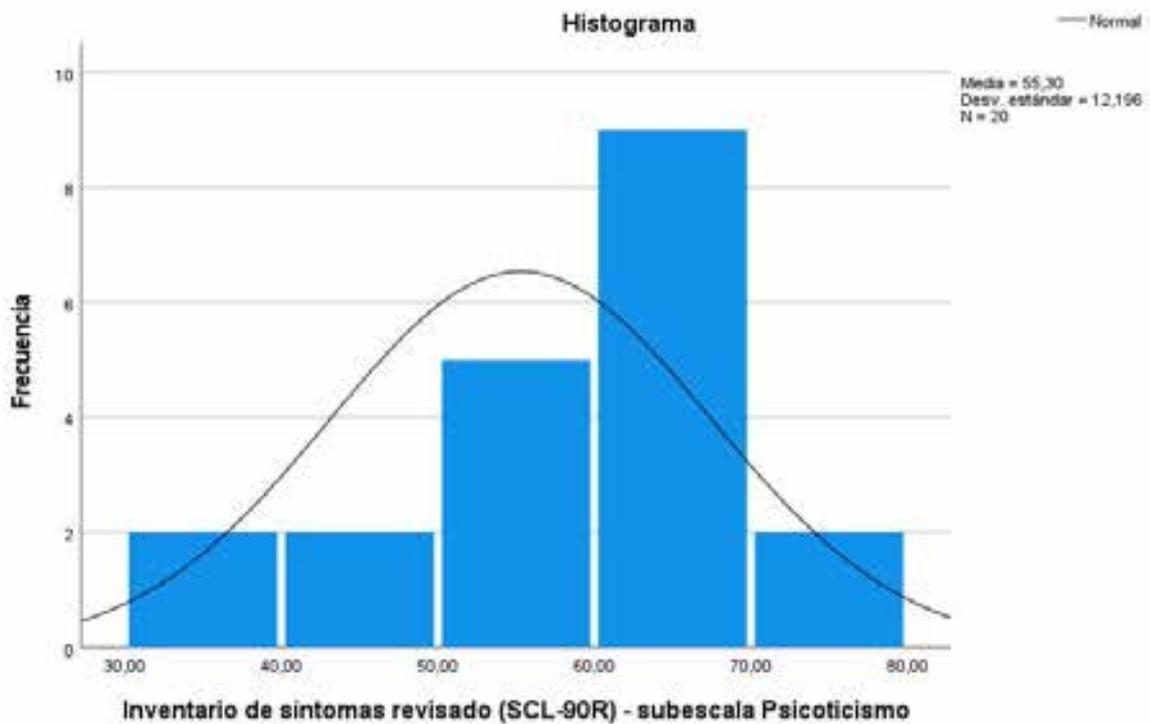
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 42: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ideación Paranoide



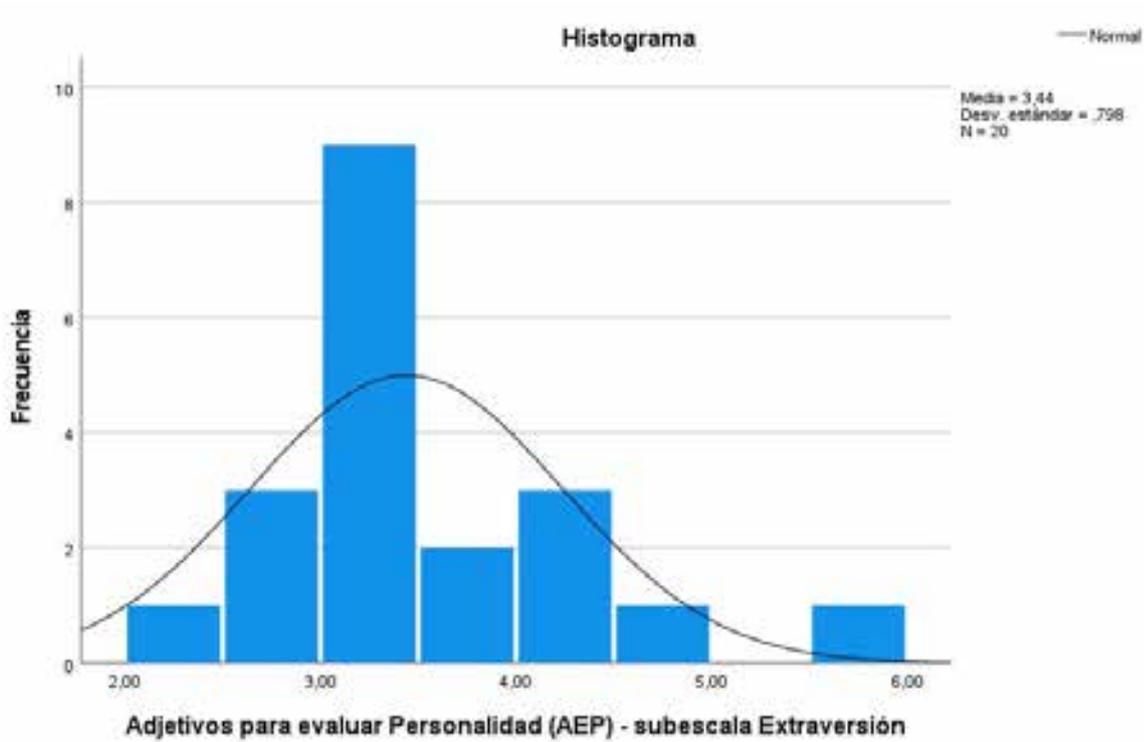
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 43: Histograma Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Psicoticismo



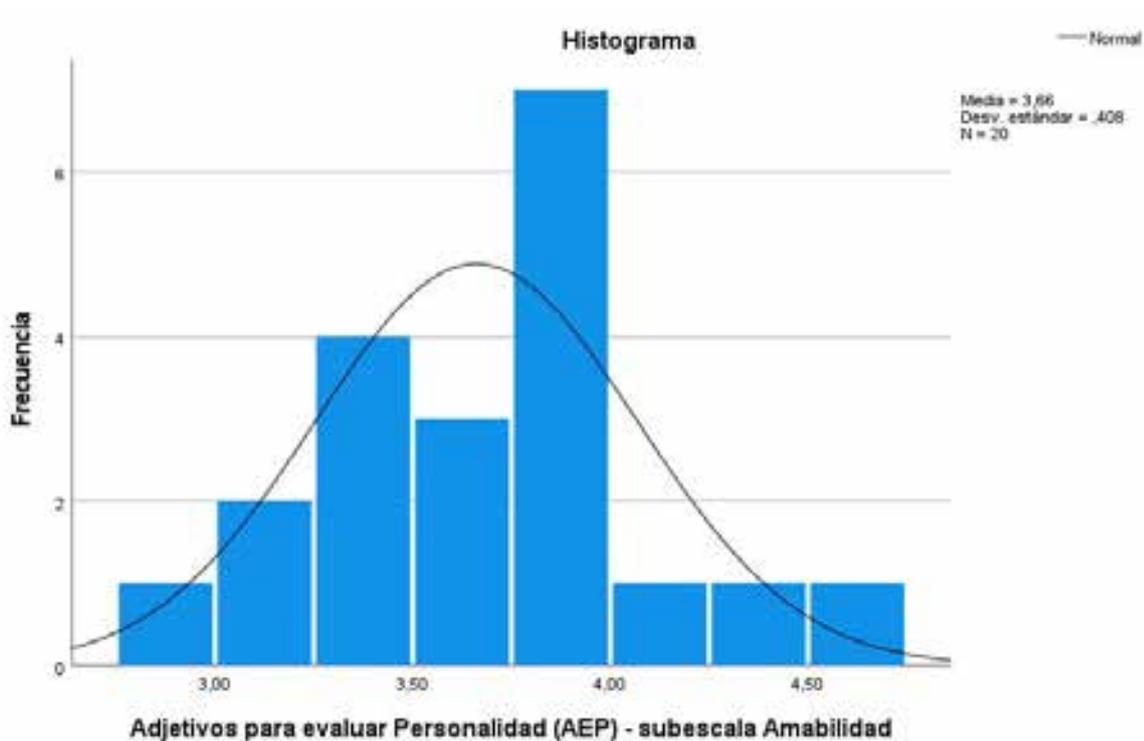
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 44: Histograma Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Extraversión



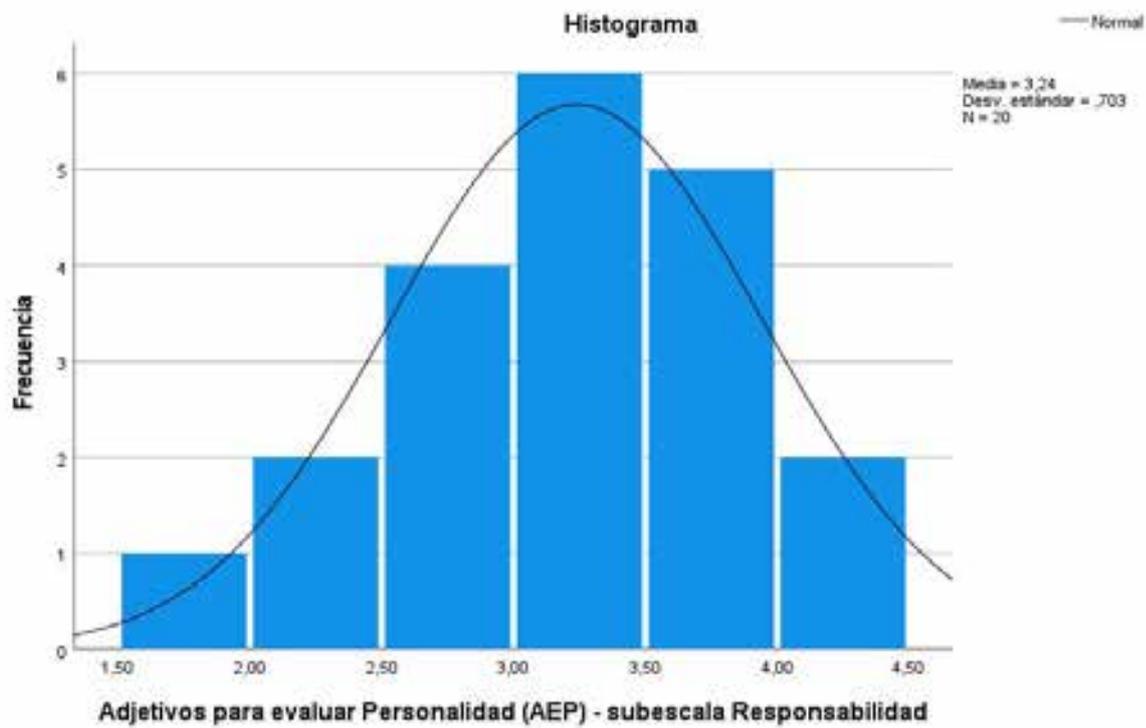
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 45: Histograma Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Amabilidad



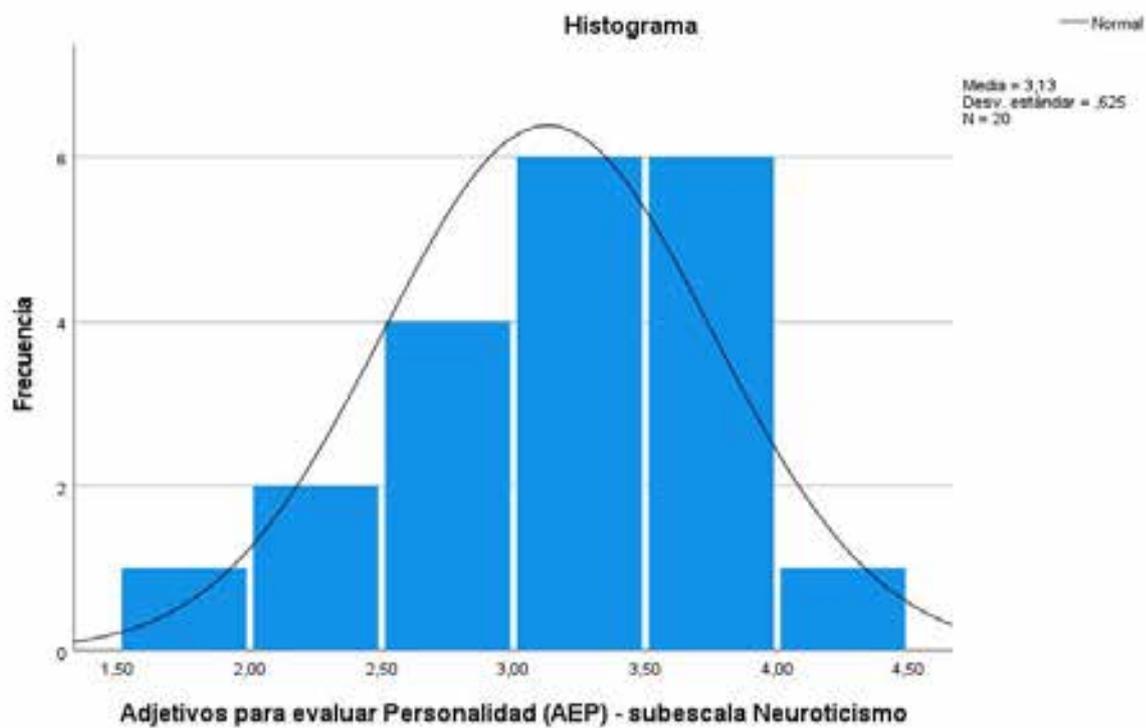
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 46: Histograma Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Responsabilidad



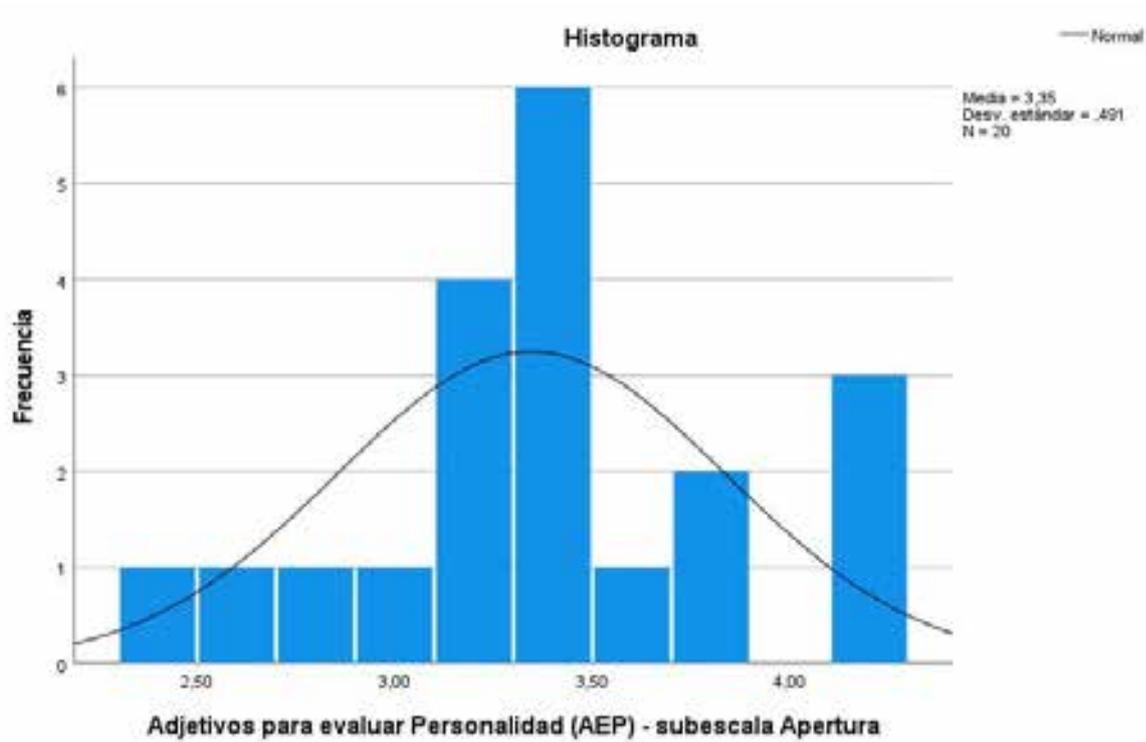
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 47: Histograma Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Neuroticismo



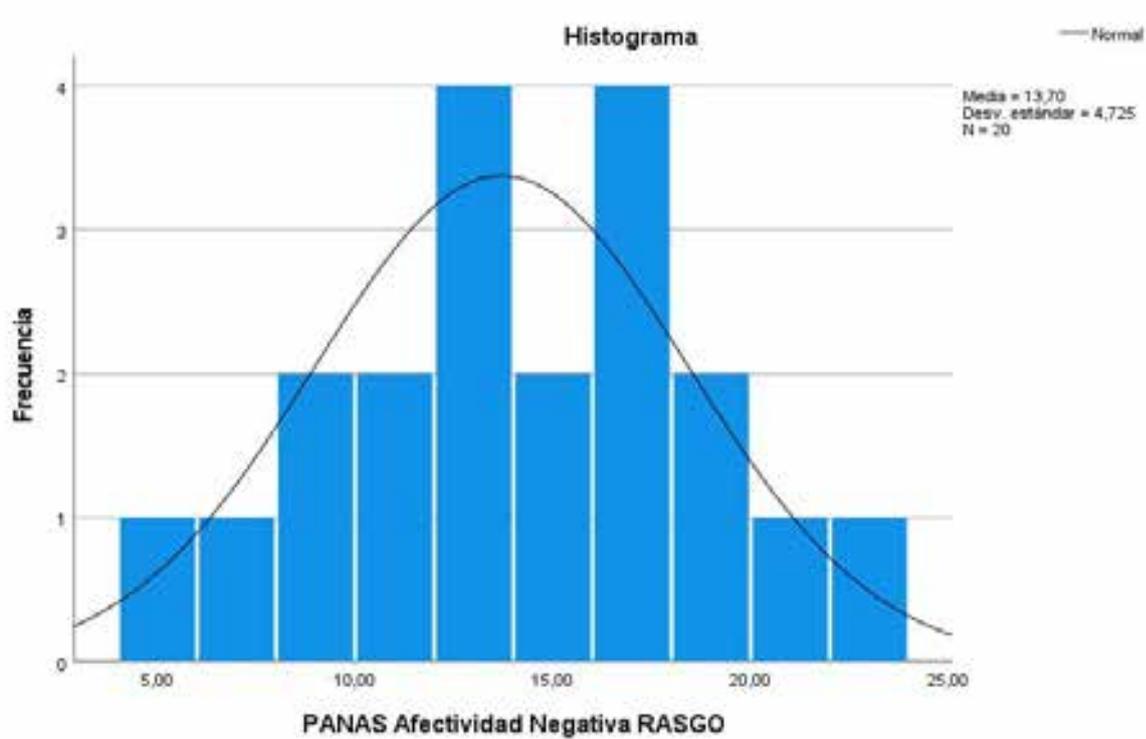
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 48: Histograma Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Apertura



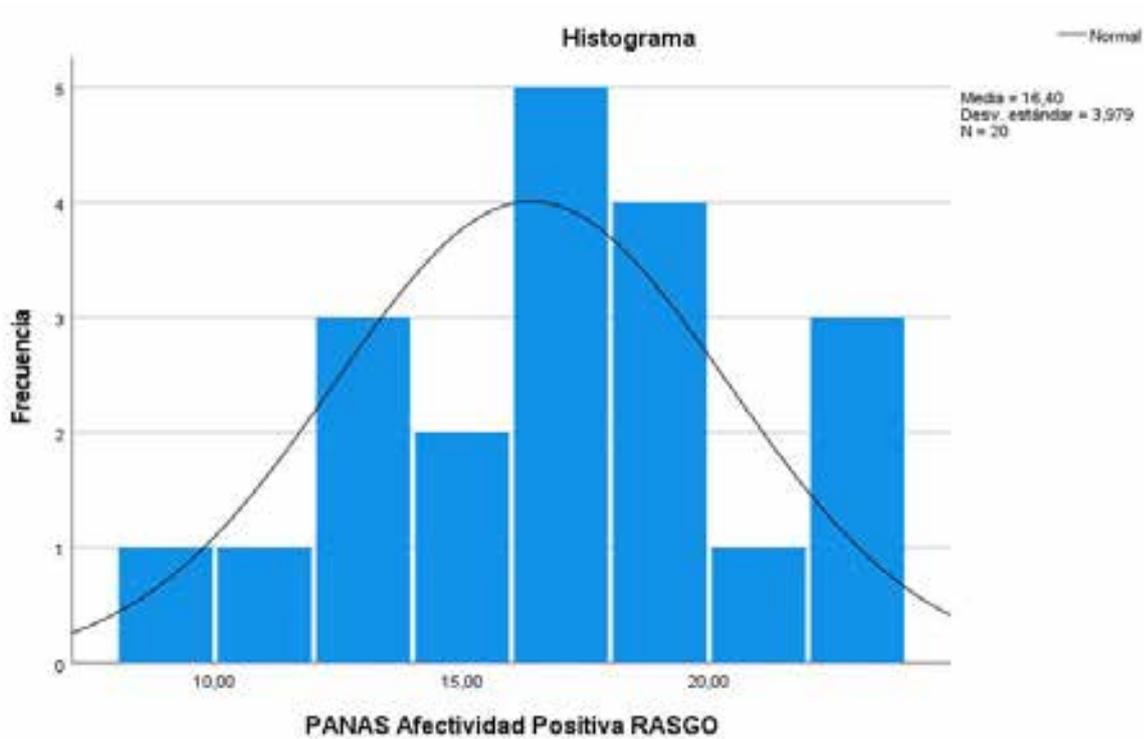
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 49: Histograma PANAS Afectividad Negativa - Rasgo



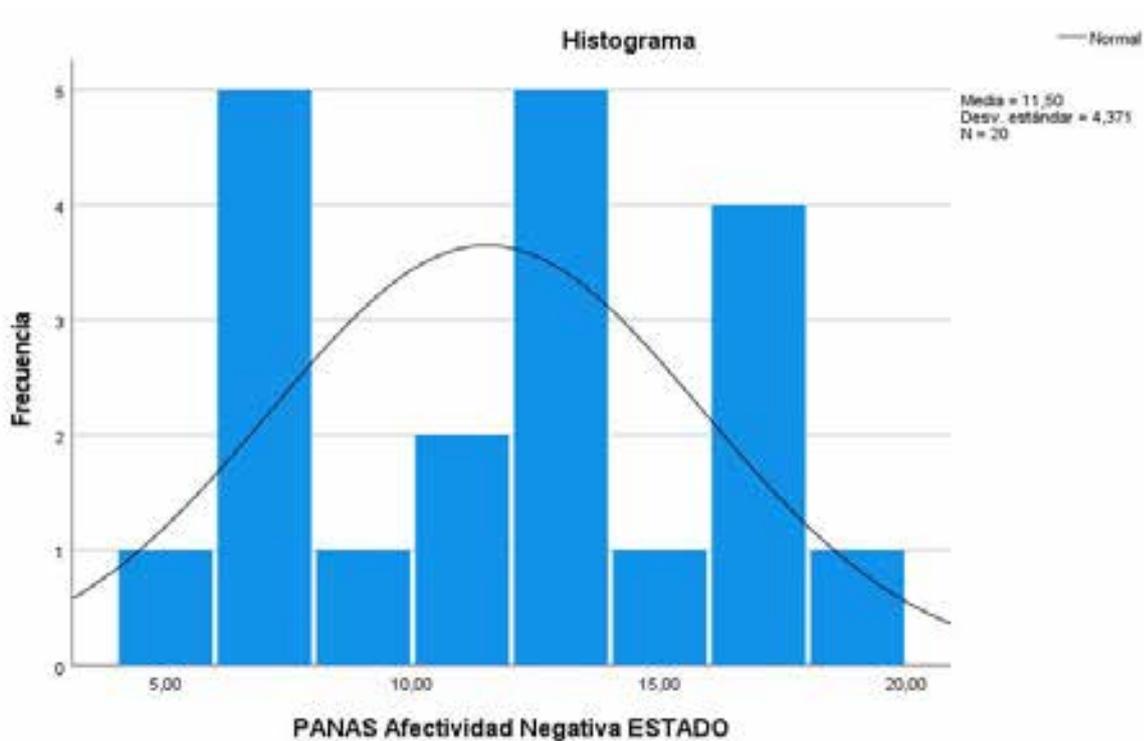
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 50: Histograma PANAS Afectividad Positiva - Rasgo



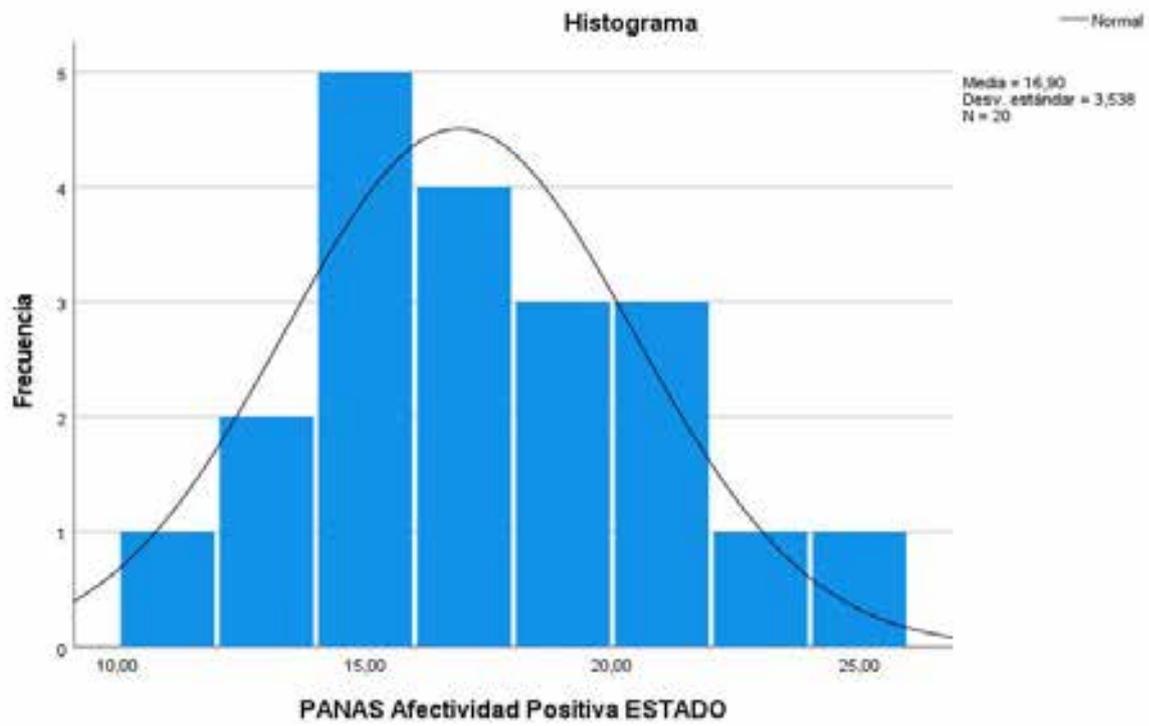
Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 51: Histograma PANAS Afectividad Negativa - Estado



Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Figura 52: Histograma PANAS Afectividad Positiva - Estado



Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de la población de la prueba administrada.

Análisis de consistencia interna

Tabla 3: Alfa de Cronbach de todos los instrumentos administrados en el protocolo unificado

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,778	51

Nota. Esta tabla muestra el Alfa de Cronbach del instrumento en su totalidad.

Tabla 4: Alfa de Cronbach de Personalidad/Self

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,291	5

Nota. Esta tabla muestra el Alfa de Cronbach de los instrumentos de Personalidad/Self.

Tabla 5: Alfa de Cronbach del Paradigma Biológico

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,894	20

Nota. Esta tabla muestra el Alfa de Cronbach de los instrumentos del paradigma biológico.

Tabla 6: Alfa de Cronbach del Paradigma Ambiental/Conductual

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,343	7

Nota. Esta tabla muestra el Alfa de Cronbach de los instrumentos del paradigma ambiental/conductual.

Tabla 7: Alfa de Cronbach del Paradigma Cognitivo

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,048	5

Nota. Esta tabla muestra el Alfa de Cronbach de los instrumentos del paradigma cognitivo.

Tabla 8: Alfa de Cronbach del Paradigma Afectivo

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,128	11

Nota. Esta tabla muestra el Alfa de Cronbach de los instrumentos del paradigma afectivo.

Tabla 9: Alfa de Cronbach del Paradigma Sistémico

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,827	3

Nota. Esta tabla muestra el Alfa de Cronbach de los instrumentos del paradigma sistémico.

Análisis correlacional

Siguiendo a Shapiro-Wilk, debido a que la población es > 50 , se trata de una estadística no paramétrica. Por ende, se utiliza la correlación Rho de Spearman a 0.5. Debido a la cantidad de datos analizados, se hará una redacción de estos.

Tabla 10: Correlaciones no paramétrica Rho de Spearman

Prueba	Correlación
Memoria Episódica lógica de Signoret - Aprendizaje serial	0.75 con Test D2 Atención - Omisiones
Memoria Episódica lógica de Signoret - Recuerdo serial	-0.61 con Test D2 Atención - Aciertos
Memoria episódica lógica de Signoret - Recuerdo diferido	0.54 con puntaje total del Mini-SEA y 0.50 con la subescala Faux Pas
Test de Fluencia Verbal Fonológica	0.55 con total del Addenbrooke's Cognitive Examination III y 0.64 con subapartado de fluencia verbal
Test de Fluencia Verbal Semántica	-0.66 con subescala Apertura de Adjetivos
Test de Fluencia de Acción	-0.50 con subescala Apertura de Adjetivos
Escala de locus de control de Rotter	0.69 con Inventario de Depresión de Beck, 0.58 con Inventario de síntomas revisado - Índice de severidad global, 0.50 con total de síntomas positivos, 0.51 con subescala de obsesiones y compulsiones, 0.54 con subescala de depresión, y 0.53 con subescala de ansiedad fóbica
Escala de autoeficacia general	-0.51 con Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala rasgo y -0.52 con Inventario de Depresión de Beck, y 0.62 con PANAS afectividad positiva rasgo
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala estado	-0.51 con Test D2 Atención - Comisión
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala rasgo	0.55 con Escala de detección de olvidos y 0.57 con Inventario de síntomas revisado - Índice de malestar sintomático positivo

Inventario de Depresión de Beck	0.67 con Escala de detección de olvidos, 0.85 con Inventario de síntomas revisado - Índice de severidad global, 0.76 con síntomas positivos y obsesiones y compulsiones, 0.55 con sensibilidad interpersonal, 0.75 con depresión, 0.60 con ansiedad fóbica, 0.51 con psicoticismo, y -0.57 con PANAS afectividad positiva rasgo
INECO Frontal Screening	0.67 con subprueba de atención del Addenbrooke's Cognitive Examination III
Escala de detección de olvidos	0.55 con subescala Neuroticismo de Adjetivos para evaluar personalidad
Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en Adultos	-0.52 con subescala Extraversión de Adjetivos para evaluar Personalidad
Inventario de síntomas revisado - Índice de Severidad Global	-0.58 con subescala responsabilidad de Adjetivos para evaluar personalidad
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Índice de malestar sintomático positivo	0.82 con subescala neuroticismo de adjetivos para evaluar personalidad, y 0.60 con PANAS afectividad negativa rasgo
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Subescala Obsesiones y Compulsiones	-0.50 con subescala extraversión y -0.62 con subescala responsabilidad de adjetivos para evaluar personalidad, y -0.60 con PANAS-Afectividad positiva rasgo
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Subescala Sensibilidad Interpersonal	0.67 con subescala neuroticismo de adjetivos para evaluar personalidad
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Subescala Depresión	-0.56 con subescala Responsabilidad de Adjetivos para evaluar Personalidad
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Subescala Psicoticismo	-0.50 con subescala Extraversión y -0.60 con subescala Responsabilidad de Adjetivos para evaluar personalidad
Adjetivos para evaluar personalidad - Subescala Extraversión	0.52 con PANAS afectividad positiva estado
Adjetivos para evaluar personalidad - Subescala Neuroticismo	0.82 con PANAS afectividad negativa rasgo

Nota. Esta tabla muestra las correlaciones entre los instrumentos con significancia a mayor a 0.5.

Análisis factorial

Se procede a realizar un análisis factorial debido a la baja consistencia interna dividida por paradigma para indagar su agrupación. Se arriba a seis factores que implican el 63% de la varianza.

Tabla 11: Varianza acumulada a seis factores

<i>Varianza total explicada</i>									
Compo- nente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadra- do de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varian- za	% acumulado	Total	% de varian- za	% acu- mulado	Total	% de varian- za	% acumu- lado
1	11,228	22,015	22,015	11,228	22,015	22,015	9,297	18,229	18,229
2	6,074	11,909	33,924	6,074	11,909	33,924	6,199	12,156	30,385
3	5,086	9,973	43,897	5,086	9,973	43,897	6,097	11,955	42,340
4	4,001	7,844	51,741	4,001	7,844	51,741	3,934	7,714	50,054
5	3,405	6,677	58,419	3,405	6,677	58,419	3,595	7,049	57,103
6	2,774	5,440	63,858	2,774	5,440	63,858	3,445	6,756	63,858
7	2,440	4,783	68,642						
8	2,395	4,696	73,337						
9	2,240	4,391	77,729						
10	2,009	3,939	81,668						

11	1,895	3,716	85,384
12	1,699	3,330	88,714
13	1,412	2,768	91,482
14	1,064	2,086	93,568
15	,967	1,896	95,464
16	,761	1,492	96,956
17	,678	1,329	98,284
18	,484	,948	99,233
19	,391	,767	100,000
20	1,441E-15	2,826E-15	100,000
21	1,317E-15	2,582E-15	100,000
22	1,093E-15	2,143E-15	100,000
23	8,010E-16	1,571E-15	100,000
24	7,462E-16	1,463E-15	100,000
25	5,663E-16	1,110E-15	100,000

26	5,113E-16	1,002E-15	100,000
27	4,187E-16	8,209E-16	100,000
28	3,929E-16	7,704E-16	100,000
29	3,143E-16	6,163E-16	100,000
30	2,680E-16	5,256E-16	100,000
31	2,576E-16	5,052E-16	100,000
32	1,565E-16	3,069E-16	100,000
33	1,125E-16	2,205E-16	100,000
34	7,821E-17	1,533E-16	100,000
35	2,134E-17	4,185E-17	100,000
36	-5,408E-17	-1,060E-16	100,000
37	-7,604E-17	-1,491E-16	100,000
38	-1,027E-16	-2,014E-16	100,000
39	-1,879E-16	-3,684E-16	100,000
40	-2,817E-16	-5,523E-16	100,000

41	-3,576E-16	-7,011E-16	100,000
42	-3,760E-16	-7,372E-16	100,000
43	-4,422E-16	-8,671E-16	100,000
44	-4,856E-16	-9,521E-16	100,000
45	-5,094E-16	-9,989E-16	100,000
46	-6,102E-16	-1,197E-15	100,000
47	-7,781E-16	-1,526E-15	100,000
48	-8,644E-16	-1,695E-15	100,000
49	-1,009E-15	-1,978E-15	100,000
50	-1,295E-15	-2,539E-15	100,000
51	-1,448E-15	-2,839E-15	100,000

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Nota. Esta tabla muestra la varianza acumulada a seis factores, lo que acumula el 63%.

Tabla 12: Agrupación de los instrumentos y subescalas de acuerdo con los seis factores principales

Matriz de componente rotadoa

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Índice de Severidad Global	,920		-,187	,119	-,152	,168
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Total de síntomas positivos	,907	,206		-,124		
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Psicoticismo	,875		-,180	,115		
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Depresión	,824			,167		,297
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Sensitividad Interpersonal	,770		-,344	,134		
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Obsesiones y Compulsiones	,769	,183		,387		,225
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ansiedad	,752		-,141	-,113	,256	
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ansiedad Fóbica	,750		-,345			-,187
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Ideación Paranoide	,748		-,500			-,197
Inventario de Depresión de Beck	,737	,398				,250
Escala de locus de control de Rotter	,676		,333	,116		

Test D2 Atención-Comisiones	-,567	,307	-,221	,129		,155
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Hostilidad	,519		-,495		,140	
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - subescala Somatización	,518		,365		-,157	-,118
Escala de autoeficacia general	-,440	-,381	,153	-,356		-,343
Memoria Episódica lógica Signoret - Reconocimiento	-,113	,846		,222		
Memoria Episódica lógica Signoret - Recuerdo Serial	-,155	,789	,328	-,185	,182	
PANAS Afectividad Positiva RASGO	-,357	-,681		-,397	,192	
Test D2 Atención-Aciertos		-,668		,160	-,307	
Memoria Episódica lógica Signoret - Recuerdo con clave semántica	-,156	,645		-,189		,140
PANAS Afectividad Positiva ESTADO		-,643	,365		,302	
Test D2 Atención-Omisiones	,379	,636	,368			
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala Rasgo	,253	,575	-,299	-,127	-,109	,307
Memoria episódica lógica Signoret - Recuerdo inmediato		,557	,301	,287	,411	-,346
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Amabilidad	-,144	-,372		,218	,120	
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Neuroticismo	,325		-,775		-,177	,227

Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Total	-,199		,754			
PANAS Afectividad Negativa RASGO	,189		-,735	-,245	-,110	,320
Test Fluencia Verbal subprueba Fonológica		-,495	,673	,164	-,343	
Memoria Episódica lógica Signoret - Aprendizaje Serial	,200	,409	,619	-,240		,150
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Fluencia Verbal	-,102	-,129	,538	,137		-,134
Inventario de síntomas revisado (SCL-90R) - Índice de males-tar sintomático positivo	,402		-,519		-,421	,394
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Memoria		,198	,462	-,162		,189
Mini-SEA puntaje total	,155	-,134		,853		,115
Memoria episódica lógica Signoret - Recuerdo diferido		,394	,104	,676	,245	-,423
Mini-SEA subscore Faux pas	,187	-,102	,213	,638		
Mini-SEA subscore Emoción		-,163	-,353	,627	,155	
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Lenguaje			,370	-,471	,131	,411
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Responsabilidad	-,304	-,288	,125	-,378	,262	-,223
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Habilidades Visuoespaciales	-,200	-,124	-,123	,359	-,292	
Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Apertura			-,368	,189	,702	

Adjetivos para evaluar Personalidad (AEP) - subescala Extraversión	-,154		,164	,255	,689	,117
Test Fluencia Verbal subprueba De acción	-,192	-,455	,173	,278	-,539	
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Escala Estado				-,279	,536	
Test Fluencia Verbal subprueba Semántica		-,196	,482	-,184	-,527	
Tamizaje de Trastornos del espectro autista en adultos (AQ-10)	-,170	,447	-,186		-,459	
PANAS Afectividad Negativa ESTADO			-,200		,346	,209
INECO Frontal Screening puntuación Total	-,148				-,207	-,828
Addenbrooke´s Cognitive Examination III (ACE-III) - Atención	-,102	-,309	,124	,210		-,720
Escala de detección de olvidos	,288	,164	-,215	,184	-,352	,618
Escala de autoestima de Rosenberg	,109	,278	-,353		-,170	-,467

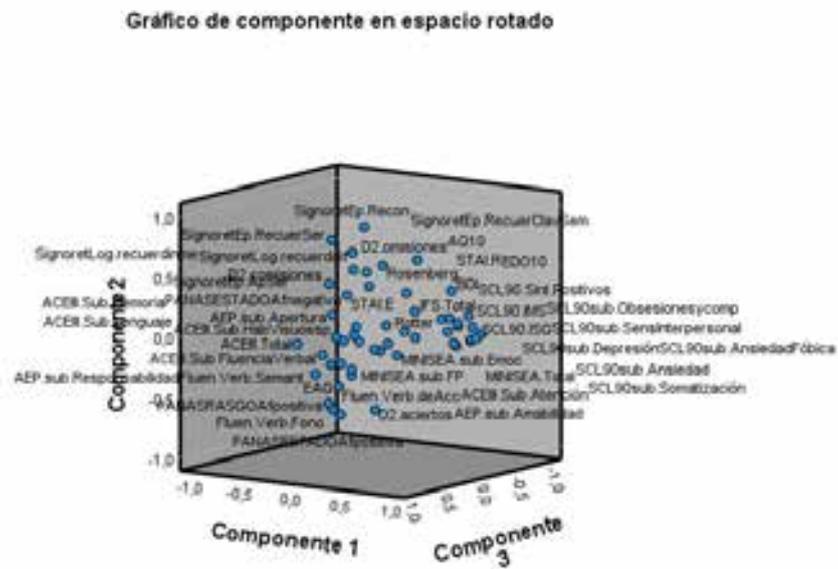
Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Nota. La presente tabla muestra la agrupación de los instrumentos y subescalas de acuerdo con los seis factores principales.

Figura 53: Gráfico de componentes principales



Nota. En el presente gráfico se puede observar la distribución de los seis componentes principales.

DISCUSIONES

Se realizaron las pruebas de normalidad pertinentes y se encontró que la muestra no presentó una distribución normal; por ende, se utilizó Shapiro-Wilk y técnicas no paramétricas para el análisis de las correlaciones pertinentes, Rho de Spearman a 0.5 de significancia.

Las correlaciones consideradas en este estudio fueron aquellas con un valor mayor a 0.5 en términos de significancia. Se correlacionaron todos los instrumentos tal cual se planteó en los objetivos específicos, y varios de ellos mostraron tanto correlaciones positivas como negativas, las cuales pueden interpretarse teóricamente.

La memoria episódica lógica de Signoret (subprueba de Recuerdo Diferido) presentó una correlación positiva con el Mini-SEA (0.54) y con la subescala Faux Pas (0.50). Esto sugiere que una mayor capacidad de almacenamiento en la memoria está asociada con un mayor reconocimiento emocional y una mejor interpretación de las conductas de los demás.

El test de Fluencia Verbal Semántica y de Acción mostró una correlación negativa con la apertura (semántica: -0.66, acción: -0.50) en la evaluación de personalidad mediante adjetivos. Esto podría indicar que puntajes altos en fluencia semántica y de acción se asocian con una menor apertura como dimensión de personalidad, lo que sugiere una menor impulsividad.

La Escala de Locus de Control de Rotter presentó una correlación positiva con el Inventario de Depresión de Beck (0.69), el Inventario de Síntomas Revisado - Índice de Severidad Global (0.58), el total de síntomas positivos (0.50), la subescala de obsesiones y compulsiones (0.51), la subescala de depresión (0.54), y la subescala de ansiedad fóbica (0.53). Esto indica que una mayor sintomatología depresiva podría estar asociada con un locus de control externo, dificultando la responsabilidad sobre las acciones y aumentando la ansiedad. Además, esto podría estar relacionado con una exageración de la sintomatología y rasgos obsesivo-compulsivos en un intento fallido de controlar el entorno.

La Escala de Autoeficacia General mostró una correlación negativa con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (escala rasgo: -0.51) y con el Inventario de Depresión de Beck (-0.52). Esto concuerda con la teoría de que un mayor nivel de autoeficacia está asociado con una mejor regulación emocional. Además, se encontró una correlación positiva con la afectividad positiva del PANAS (0.62).

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (escala estado) presentó una correlación negativa con el test d2 de atención - comisión (-0.51), lo que sugiere que una mayor ansiedad se asocia con más errores en tareas de atención. También mostró una correlación positiva con la Escala de Detección de Olvidos (0.55) y con el Inventario de Síntomas Revisado - Índice de Malestar Sintomático Positivo (0.57), lo que indica que una mayor ansiedad está relacionada con más olvidos y mayor malestar.

El Inventario de Depresión de Beck presentó una correlación positiva con la Escala de Detección de Olvidos (0.67), el Inventario de Síntomas Revisado - Índice de Severidad Global (0.85), los síntomas positivos (0.76), las obsesiones y compulsiones (0.76), la sensibilidad interpersonal (0.55), la depresión (0.75), la ansiedad (0.60), la ansiedad fóbica (0.51), el psicoticismo (0.66); y una correlación negativa con la afectividad positiva del PANAS (-0.57). Esto indica que una mayor sintomatología depresiva afecta la memoria, exagera los síntomas y afecta negativamente el estado emocional.

El INECO Frontal Screening presentó una correlación positiva con la subprueba de atención del Addenbrooke's Cognitive Examination III (0.67), lo que sugiere que las funciones ejecutivas afectan la atención del individuo.

La Escala de Detección de Olvidos mostró una correlación positiva con el neuroticismo en la evaluación de personalidad mediante adjetivos (0.55), lo que sugiere que la inestabilidad emocional podría generar más olvidos.

El tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en Adultos presentó una correlación negativa con la subescala de Extraversión en la evaluación de personalidad mediante adjetivos (-0.52), lo que indica que las personas con puntajes altos en el espectro autista pueden tener menores habilidades sociales y déficits en las relaciones personales.

El Inventario de Síntomas Revisado - Índice de Severidad Global presentó una correlación negativa con la subescala de responsabilidad en la evaluación de personalidad mediante adjetivos (-0.58), correlación positiva con la subescala de neuroticismo (0.82) y con la afectividad negativa del PANAS (0.60). Esto sugiere que una mayor gravedad de los síntomas se asocia con menor responsabilidad, mayor afectividad negativa y desregulación emocional.

La subescala de Depresión del Inventario de Síntomas Revisado mostró una correlación negativa con la responsabilidad en la evaluación de personalidad mediante adjetivos (-0.56), lo que indica que podrían presentar desmotivación en la realización de sus actividades diarias.

La subescala de Extraversión en la evaluación de personalidad mediante adjetivos mostró una correlación positiva con la afectividad positiva del PANAS (0.52), lo que indica que las personas más extrovertidas tienden a tener una mayor afectividad positiva.

Finalmente, la subescala de Neuroticismo en la evaluación de personalidad mediante adjetivos presentó una correlación positiva con la afectividad negativa del PANAS (0.82), indicando que las personas con altos niveles de neuroticismo tienden a experimentar mayor afectividad negativa.

Los resultados correlacionados indican una compleja red de interrelaciones entre las diferentes dimensiones psicológicas evaluadas, subrayando la importancia de considerar múltiples factores para una comprensión integral del comportamiento humano.

Se analizó el Alfa de Cronbach lo cual indica que el instrumento creado en su totalidad es de 0,77 por lo cual presenta una muy buena consistencia interna. Por el contrario, cuando se subdivide por paradigma a la consistencia interna baja, esto indicaría que el instrumento se debe aplicar en su totalidad para una mejor interpretación de los resultados. Por esto último, se decide realizar un análisis factorial.

Se identificaron 6 componentes principales o factores, que indican el 63% de la varianza.

Componente 1:

Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90R): la carga factorial más significativa entre las subescalas es de 0.92.

Inventario de Depresión de Beck: carga factorial de 0.73.

Escala de Locus de Control de Rotter: carga factorial de 0.67.

Componente 2:

Memoria Episódica Verbal de Signoret: la carga factorial más significativa entre las diferentes subescalas es de 0.84.

Memoria Episódica Lógica de Signoret: la carga factorial más significativa es de 0.55.

Test d2: la carga factorial más significativa es de 0.63.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: la carga factorial más significativa es de 0.57.

Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista de Adultos (AQ-10): la carga factorial es de 0.44.

Escala de Autoestima de Rosenberg: la carga factorial es de 0.27.

Componente 3:

Escala de Autoeficacia General: carga factorial de 0.15.

PANAS Afectividad Estado-Rasgo: la carga factorial más significativa es de 0.36.

Test de Fluencia Verbal: la carga factorial más significativa es de 0.67.

Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III): la carga factorial más significativa es de 0.75.

Componente 4:

Mini-SEA: la carga factorial más significativa es de 0.85.

Componente 5:

Adjetivos para Evaluar Personalidad (AEP): la carga factorial más significativa es de 0.70.

Componente 6:

Escala de Detección de Olvidos: carga factorial de 0.61.

En el análisis factorial se extrajeron seis componentes principales:

Componente 1: Corresponde al paradigma biológico.

Componente 2: Corresponde al paradigma ambiental/conductual

Componente 3: Corresponde al paradigma afectivo.

Componente 4: Corresponde al paradigma cognitivo.

Componente 5: Corresponde a personalidad/self.

Componente 6: Corresponde al paradigma sistémico.

Es importante mencionar que algunos instrumentos no presentaron cargas significativas para integrarse en alguno de los componentes principales, por lo que su agrupación debería ser teórica.

En cuanto al informe, se diseñó un informe integrado, donde se incluye datos personales, motivo de consulta expresado por el paciente y/o familiar, tabla unificada de puntajes. Se subdividió el informe rendimiento cognitivo general, en memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, habilidades perceptivo-motoras, atención, cognición social, personalidad/self, emocionalidad. El desarrollo de un perfil psiconeurológico en base a las puntuaciones y una articulación dividida por paradigma (biológico, ambiental/conductual/cognitivo/afectivo/inconsciente/sistémico) y la integración de la dinámica psicológica.

CONCLUSIÓN

La articulación teórica y práctica de la evaluación neuropsicológica y la evaluación psicológica se torna una necesidad en la comprensión de las personas. Se optó por articular la evaluación neuropsicológica al modelo cognitivo-integrativo de psicoterapia, ya que es el que nos permitió mayor movilidad y flexibilidad en la composición de la evaluación integrada que se denominó evaluación integrada psiconeurológica y su respectivo informe que permita acercarnos a una mayor comprensión del fenómeno de estudio.

En este estudio, se llevaron a cabo pruebas de normalidad y, al no encontrar una distribución normal en los datos siguiendo a Shapiro-Wilk < 50 debido a la cantidad de población a la que se le administraron los instrumentos, se utilizó técnicas no paramétricas, como la correlación de Spearman, para el análisis de las correlaciones significativas. Las correlaciones que superaron el umbral de 0.05 de significancia se consideraron relevantes para el análisis.

Los resultados revelaron una serie de correlaciones tanto positivas como negativas entre las diferentes variables estudiadas. Por ejemplo, la Memoria episódica lógica de Signoret mostró una correlación positiva con el Mini-SEA y la subescala Faux Pas, lo que sugiere una asociación entre la capacidad de memoria y el reconocimiento emocional. Por otro lado, la Fluencia Verbal Semántica y de Acción mostró correlaciones negativas con la apertura, lo que indica una relación inversa entre estas habilidades verbales y la impulsividad.

El análisis también destacó que un locus de control externo se correlaciona positivamente con la sintomatología depresiva y de ansiedad, lo que sugiere que una percepción de falta de control puede agravar los síntomas psicológicos. De manera similar, se observó que una mayor autoeficacia general se asocia negativamente con la ansiedad y la depresión, lo que apoya la idea de que la autoeficacia contribuye a una mejor regulación emocional.

El análisis factorial identificó seis componentes principales, que explican el 63% de la varianza total. Estos componentes se agruparon en diferentes paradigmas: biológico, afectividad, afectivo, cognitivo, personalidad/self y sistémico. La consistencia interna del instrumento utilizado fue muy buena (Alfa de Cronbach = 0.77), aunque disminuyó cuando se subdividió por paradigma, lo que sugiere la necesidad de aplicar el instrumento en su totalidad para obtener resultados más fiables y consistentes.

A partir de los resultados obtenidos se reorganizó el protocolo de evaluación para ajustarse a la estadística realizada. Del proceso de investigación se obtuvo un protocolo unificado, una guía de uso para profesionales y un modelo de informe articulado a la evaluación integrada en el marco de un modelo cognitivo-integrativo.

En conclusión, los hallazgos de este estudio subrayan la complejidad de las interrelaciones entre diversas dimensiones psicológicas, y la completud de los objetivos propuestos en cuanto al diseño del instrumento y la realización del informe acorde a dichas características. La identificación de correlaciones significativas y componentes principales proporciona una base teórica sólida para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas en el campo de la psicología. La buena consistencia interna del instrumento y la identificación de componentes clave indican que este enfoque multidimensional es eficaz para evaluar y comprender el comportamiento humano de manera integral.

RECOMENDACIONES

Se sugiere su replicabilidad en mayor población.

Se sugiere modificación de técnicas de acuerdo con la población diana.

Se sugiere supervisión en la elaboración de los informes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACE-III Argentina. (2013). Guía de Administración y Puntaje. <https://www.ineco.org.ar/wp-content/uploads/ACE-III-instructivo.pdf>
- Ardila A., Arocho Llantín, J. L., Labos, E. y Rodríguez Irizarry, W. (2015). *Diccionario de Neuropsicología*. 10.13140/2.1.3185.3124
- Arias, W. L. (2021). Antecedes, desarrollo y consolidación de la psicología cognitiva: un análisis histórico. *Tesis Psicológica*, 16(2), 172-198. <https://doi.org/10.37511/tesis.v16n2a9>
- Asociación Médica Mundial (21 de marzo de 2017). Declaración de Helsinki para la AMM- Principios éticos para la investigación médica con seres humanos. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ávila-Espada, A. (2020). La psicoterapia y el cambio psíquico, entre las evidencias basadas en la práctica, y la práctica basada en las evidencias. Una reflexión relacional sobre la psicoterapia del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31, (116), 29-52. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.401>
- Bates, M. E. y Lemay, E. P. (2004). The d2 Test of Attention: Construct validity and extensions in scoring techniques. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 392-400. 10.1017/S135561770410307X
- Brenlla, M. E., Aranguren, M., Rossaro, M. F. y Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la escala de autoeficacia general. *Interdisciplina*, 27 (1), 77-94. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272010000100006&lng=es&tlng=es.
- Brenlla, M. E., y Vázquez, N. (2010). Análisis Psicométrico de la adaptación argentina de la escala de Locus de Control de Rotter. *Observatorio de la Deuda Social Argentina*, 2, 1-32. https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Documento_de_Trabajo_Locus_de_Control1.pdf
- Bruno, D., Slachvsky, A., Fiorentino, N., Rueda, D. S., Bruno, G., Tagle, A. R., Olavarría, L., Flores, P., Lillo, P., Roca, M. y Torralva, T. (2017). Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.06.004>
- Burin, D. I. Ramenzoni, V. y Arizaga, R. L. (2003). Evaluación neuropsicológica del envejecimiento: Normas según edad y nivel educacional. *Revista neurológica argentina*, 28(3), 149-152.
- Burín, D., Drake, M. y Harris, P. (2006). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Paidós.
- Butman, J. Allegri, R. F. Harris, L. y Drake, M. (2000). Fluencia verbal en español. Datos normativos en Argentina. *Medicina*, 60, 561-564. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/71809/CONICET_Digital_Nro_d11e73a4-b17e-48d1-8f04-7eeb02f18e3a_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Casullo, M. M., y Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *Adaptación UBA, CONICET, 1999/2008*. 1-12. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf
- Cervino, C., Crivelli, L., Calandri, I. y Allegri, R. (2019). Escala de detección de olvidos. Una herramienta de rastillaje para el deterioro cognitivo leve. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 11(3), 23-29. 10.5579/rnl.2019.0530
- Clarens, M. F., Crivelli, L., Martín, M. E., Fernández, R., Martínez Canyazo, C., Arruabarrena, M., Taberner, M. E., Cervino, C., Varela, Y., Prestupa, R., Pereyra, L., Rossi, F., Sarasola, D. R., Allegri, R. F. (2021). Baremos en español del Mini-SEA (Mini Social Cognition and Emotional Assessment) en adultos normales de Buenos Aires. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 32(152), 5-10. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i152.38>
- Colegio Profesional de Psicólogos y Psicólogas de Mendoza. (2013). Código de ética del Colegio profesional de psicólogos de Mendoza. <https://docplayer.es/137710486-Codigo-de-etica-del-colegio-profesional-de-psicologos-de-mendoza.html>

- Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. (1978). Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (10 de enero de 2017). CIOMS: Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Actualización. <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/cioms-pautas-eticas-internacionales-para-la-investigacion-biomedica-en-seres-humanos-actualizacion-44110>
- Fernández-Álvarez H. y Fernández-Álvarez J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Rev. Psicopatol. Psicol. Clin.*, 22(2), 157-169. 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720
- Flores-Kanter, P. E. y Medrano, L. A. (2018). Comparación de dos Versiones Reducidas de la Escala PANAS: Análisis Factoriales en una Muestra Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 49(4), 37-46. 10.21865/ridep49.4.03
- Gamba, F., Graziola, M., Marino, J., Urgorri, M., Castellaro, M. (2020). Los trastornos de personalidad desde una perspectiva dimensional. *Persona* 23(1). Pp. 11-20. 10.26439/persona2020.n023(1).4830
- Góngora, V. C., y Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. 1(27), 179-194. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645443010>
- Guilmette, T. J., Sweet, J. J., Hebben, N., Koltai, D., Mahone, E. M., Spiegler, J. B., Stucky, K., Westerveld, M., y Conference Participants. (2020). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores. *Clinic neuropsychol*, 34(3), 1-17. 10.1080/13854046.2020.1722244
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2 de diciembre de 2010). Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Leis, A., Allegri, R., Roman, F., Iturry, M., Crotti, B., Gatto, E., y Rojas, G. J. (2018). Datos normativos de la versión argentina de la batería de eficacia mnésica Signoret (BEM 144) para ser aplicados en la evaluación neurocognitiva. *Neurol. Arg*, 10(3). 127-136. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2018.04.002>
- López, M. B. (2020). Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en adultos: una versión en español del AQ-10. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 12(2) 1-8. 10.5579/rnl.2020.0515
- Martino, P., Cervigni, M., Portillo, N., Gallegos, M., Politis, D., De Bortoli, M. Á., y Vivas, J. (2022). Three verbal fluency tasks: normative data and convergent validity in Argentines over 50 years. *Dement Neuropsychol*, 16(4), 481-488. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2022-0026>
- Ministerio de Salud (2011). Resolución 1480/11. Guía para Investigaciones con Seres Humanos.
- Opazo Castro, R. (2004). Psicoterapia integrativa y desarrollo personal. La Integración en Psicoterapia. Manual práctico. Paidós.
- Oscar Sanchez, R. Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775007>
- Pavia, I. (2009). Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular en el climaterio y su correlato con la ansiedad y depresión según el perfil sociosanitario. *Postulación Maestría en Psico-immuno-neuro-endocrinología*. Octubre. Universidad Nacional de Córdoba.
- Pompilio, E. Rovella, A. y Jofré Neila, M. (2022) La neuropsicología integrada a la psicoterapia. ¿Es Posible? *PSIUC. Revista de Psicología*. 8. 1-9. <http://ediuc.uncongreso.edu.ar/wp-content/uploads/sites/6/2022/10/La-neuropsicologia-integrada-a-la-psicoterapia.-%C2%BFes-posible-1.pdf>

- Pompilio, E. y Rovella, A. T. (23-25 de noviembre de 2022). Visualización del punto ciego entre la neuropsicología y la psicología clínica. La evaluación neuropsicológica integrada. En Eizaguirre, María Bárbara (Coordinadora). En Neuropsicología y Psicología Experimental. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Posada, M. C., y Castañeiras, C. (2005). Investigación psicométrica del Inventario de Depresión de Beck. Datos normativos en la ciudad de Mar del Plata. *Perspect. Psicol*, 2(1). 1-20. <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1016>
- Real academia española (30 de mayo de 2024). Diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/>
- Rodríguez Vilchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Av. Psicol*. 17(1), 59-74. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1908/1940>
- Sánchez, O. R. Montes, S. A. y Somerstein, L. D. (2020). Inventario de Personalidad para el DSM-5: propiedades psicométricas en población argentina. Estudio preliminar. *Interdisciplinaria*, 37(1), 55-76. <http://doi.org/10.16888/interd.2020.37.1.4>
- Sanchez, R. O., y Ledesma, R. D. (2013). Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad: Propiedades y normas para la población argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2). 147-160. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281931436007>
- Sierra Sanjurjo, N., Saraniti, A. B., Gleichgerrcht, E., Roca, M., Manes, F., y Torralva, T. (2018). The IFS (INECO Frontal Screening) and level of education: Normative data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/23279095.2018.1427096>
- Siurana Aparisi, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Stoewsand, C. R. (2021). *Comunicación compasiva. Cómo remediar las relaciones difíciles*. Ediciones Tres Olas.
- Texia Bejer, T. (2010). Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): características, validez y confiabilidad de las Escalas Clínicas. *AcPI. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 2. 38-52. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2010.pdf
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P., y Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia—CORRECTED VERSION. *Journal Of The International Neuropsychological Society*, 15(5), 777-786. 10.1017/s1355617709990415
- Tribunal Internacional de Ética Médica de Nüremberg (1947). Código de ética médica. <https://www.ushmm.org/information/exhibitions/online-exhibitions/special-focus/doctors-trial/Nuremberg-code>
- Uribe, A. L., Lopera, D. T. (2011). La psicoterapia cognitiva posracionalista: un modelo de intervención centrado en el proceso de construcción de la identidad. *Katharsis*, 12. Pp. 37-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527485>
- Young, J. E., Klosko, J. S. (2012). *Reinventar tu vida. Como superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Paidós.

APÉNDICES

Apéndice 1 - Consentimiento informado

Consentimiento informado

La presente Evaluación deriva del proyecto de investigación titulado «*Evaluación integrada: El punto de encuentro entre la neuropsicología y la psicología clínica*» perteneciente a la Universidad de Congreso, sede Mendoza, el cual se fundamenta en el modelo cognitivo-integrativo y busca la articulación con la neuropsicología. Se procurará recoger diversos antecedentes esenciales desde el modelo integrativo, donde se tendrán en cuenta los paradigmas biológicos, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. A los cuales se integrarán instrumentos de evaluación neuropsicológicos que atraviesan todos los paradigmas mencionados, por ende, también se evaluará en el proceso; memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, gnosias, visuo-construcción y cognición social.

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos y procedimientos de esta investigación, y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo por el equipo de investigación.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria, y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido a través de medios académicos como publicaciones, presentación en congresos, trabajos finales, etc.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas. Queda a propia voluntad del participante abandonar la investigación en cualquier momento que él decida, asimismo en caso de querer la información obtenida en el proceso de investigación será de suma utilidad la facilitación de un medio de contacto, y/o comunicarse a pompilioe@profesores.ucongreso.edu.ar para recibirla.

Asimismo, se me ha ofrecido un informe integrado de lo evaluado y que el mismo puede estar acompañado de posibles sugerencias y/o derivaciones por parte de los profesionales que llevan a cabo de la investigación. Asiento, a que el mismo se me entregara de forma digital al correo electrónico que he referido para el mismo.

Recordar que la presente investigación se enmarca en las leyes, regulaciones y principios éticos que regulan la investigación en psicología.

Firma:

Fecha:

En caso de querer recibir el informe, especificar de forma clara y legible el correo electrónico:

Por favor, responda con interés y veracidad, con la seguridad que estos antecedentes tendrán un carácter absolutamente confidencial. Trate de responder todas las preguntas.

Apéndice 2 - Evaluación Integral Psiconeurológica (EIPSIN)

Evaluación Integral Psiconeurológica

E.I.P.S.I.N

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Historia Número:

Psicoterapeuta/Examinador:

Fecha: / /

Datos Demográficos:

Nombre:

DNI:

Domicilio particular:

Teléfono personal:

Teléfono familiar y/o referente:

Edad (años y meses):

Dominancia:

Fecha de Nacimiento:

Escolaridad en años:

Ocupación actual:

Género autopercebido:

Estado civil:

Obra Social:

E-mail:

ANTECEDENTES INICIALES/PERSONALIDAD/SELF

Motivo de Consulta (Escritura textual de lo manifestado por el sujeto):

La decisión de la consulta es por:

- 1. Por iniciativa propia
- 2. Por sugerencia de familiares
- 3. Por sugerencias de amigos
- 4. Por presión familiar
- 5. Por sugerencia de otro profesional
 - A. Psicólogo
 - B. Psiquiatra
 - C. Neurólogo
 - D. Médico de otra especialidad
 - E. Otro _____
- 6. Otros _____

Síntomas de Inicio:

-Cognitivo:

-Conductual:

-Motor:

-Sensorial:

¿Cómo evalúa Ud. la severidad de sus problemas actuales que lo motivaron a realizar la consulta?

- 1. Muy poco severos
- 2. Poco severos
- 3. Severos
- 4. Muy severos
- 5. Incapacitantes

¿Cuáles cree Ud., que son las causas que originaron el o los problemas que motivan la consulta?

Sobre la base de la respuesta anterior, ¿cuáles cree Ud., que las causas que mantienen los problemas?

Instalación de la sintomatología:

Agudo

Insidioso

Curso de la sintomatología:

Estable

Progresivo (Rápido- Lento)

-Constante

-Escalonado

-Brote y Remisión

Antecedentes de tratamientos previos en salud mental (Si ha realizado tratamientos previos con otros profesionales, motivo, diagnóstico, tiempo y alta):

Aquí se administra: Adjetivos para Evaluar Personalidad (AEP)

Puntajes reactivos:

Extroversión:

Amabilidad:

Responsabilidad:

Neuroticismo:

Apertura:

Promedio de cada factor:

Extroversión:

Amabilidad:

Responsabilidad:

Neuroticismo:

Apertura:

PARADIGMA BIOLÓGICO

Antecedentes Familiares (Antecedentes clínicos y/o diagnósticos de psiquiátricos/neurológicos a familiares por vía sanguínea):

Solicitar estudios previos (Neurológicos, Neuropsicológicos, Psicodiagnósticos, Aptos psicológicos, Análisis clínicos):

Embarazo: ¿Fue un bebé deseado, presentó problemas durante el embarazo su progenitor?

Parto:

A-Normal

B-Prematuro

C-Tardío

D-Por cesárea

E- Con principio de asfixia

F- Con fórceps

G-Otros: _____

En caso de tener sexo biológico mujer:

Gestas (embarazos):

Fecha de última menstruación:

___ 1. Sin cambios de ánimo los días previos

___ 2. Con importantes cambios de ánimo los días previos.

Se siente más:

A. Sensible

B. Irritable

C. Triste

D. Tensa

E. Pasiva

F. Angustiada

G. Otro _____

Historia Médica:

___ 1. Meningitis

___ 10. Tumores

___ 2. Traumatismo encéfalo craneano

___ 11. Asma Bronquial

(Pérdida de CC: SI-NO)

- | | |
|------------------------------|--|
| ___ 3. Epilepsia | ___ 12. Alergias |
| ___ 4. Diabetes | ___ 13. Úlceras |
| ___ 5. Hipertiroidismo | ___ 14. Colon irritable reparador |
| ___ 6. Hipotiroidismo | ___ 15. Artritis reumatoidea |
| ___ 7. Bocio | ___ 16. Psoriasis |
| ___ 8. Cardiopatías | ___ 17. Fibromialgia |
| ___ 9. Hipertensión arterial | ___ 18. SARS-CoV2 (cantidad, y síntomas) * |
| ___ 19. Otro _____ | |

*Especificar en caso de haber presentado SARS-CoV2

Estatura actual (cm):

Peso actual (kg):

Actividad física: SI-NO

En caso de que si:

-Frecuencia semanal:

-Cantidad de minutos:

Ultimo chequeo clínico general (tiempo en meses):

Sueño:

Cómo considera su sueño: Reparador- Poco reparador- Muy poco reparador

Medicación actual (Nombre, dosis y horario de toma):

Consumo (actual y/o pasado):

Xantinas (Cantidad diaria/semanal):

Tabaco (Cantidad diario/semanal):

Alcohol (Cantidad diario/semanal):

THC (Cantidad diario/semanal):

Otro: Especificar tipo (Cantidad diario/semanal):

En caso afirmativo, gasto de dinero en consumo (Cantidad diario/semanal/mensual):

Aquí se administra: Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90 R) de Derogatis

Aquí se administra: Inventario de depresión de Beck (BDI)

Puntaje total BDI:

Escala de Locus de Control de Rotter

Puntaje total Escala de Locus de Control de Rotter:

PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL

¿Qué conducta realiza cuando debe resolver un problema?

Especifique:

¿Hubo momentos donde sintió que no se podía controlar?

Especifique:

El medio ambiente de una persona puede, en diferentes momentos del tiempo, presentar una serie de situaciones potencialmente perturbadoras o estresantes. Señale cuál o cuáles de las situaciones siguientes ha estado presente en su vida durante el último año:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cesantía | <input type="checkbox"/> 7. Muerte de un familiar cercano |
| <input type="checkbox"/> 2. Enfermedad | <input type="checkbox"/> 8. Fuertes problemas económicos |
| <input type="checkbox"/> 3. Accidente | <input type="checkbox"/> 9. Fracayos académicos |
| <input type="checkbox"/> 4. Despido laboral | <input type="checkbox"/> 10. Cambio de residencia |
| <input type="checkbox"/> 5. Enfermedad de un hijo | <input type="checkbox"/> 11. Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> 6. Separación matrimonial | |

Aquí se administra: Subprueba Memoria Episódica verbal de Signoret

Aclaración entrevistador: Seguir tomando el protocolo luego de las tres repeticiones y a los 20 minutos volver a preguntar recuerdo libre hasta terminar el instrumento. Se sugiere tomar en diferentes momentos los instrumentos que miden las mismas funciones. Por ejemplo, primer encuentro uno de los instrumentos y en el segundo el siguiente.

Aquí se administra: Subprueba de Memoria episódica lógica de Signoret

Aclaración entrevistador: El recuerdo diferido se realiza sin una nueva lectura del relato, luego de otras pruebas cognitivas de interferencia. A los 20 minutos.

Puntaje total RI:

Puntaje total RD:

Aquí se administra: d2

Puntajes

Total correctas:

Omisiones:

Comisiones:

Aquí se administra: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Puntaje Total Ansiedad-Estado:

Puntaje Total Ansiedad-Rasgo:

Aquí se administra: Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en adultos (AQ-10)

Puntaje total AQ-10:

Aquí se administra: Escala de autoestima de Rosenberg

Puntaje total Escala de autoestima de Rosenberg:

PARADIGMA COGNITIVO

A la hora de resolver un problema, ¿En qué aspecto del mismo se centra?

¿Cuándo se va a dormir, suele pensar en lo acontecido durante el día o situaciones de las cuales se arrepiente?
SI-NO

En general consigo misma Ud. es una persona:

___ 1. Muy exigente

___ 2. Exigente

___ 3. Relativamente exigente

___ 4. Poco exigente

___ 5. Muy poco exigente

Aquí se administra: Mini-SEA (Mini Social Cognition and Emotional Assessment)

Puntuación total Mini-SEA:

Faux-Pas test (visual)

Historias Faux-pas	/30
Historias No Faux-pas	/10
Total	/40
Preguntas control	/20
Faux-pas subscore	<input type="text" value="0"/> /15 (Total/4)*1.5

Reconocimiento Emocional

Felicidad /5

Miedo /5

Asco /5

Enfado /5

Sorpresa /5

Tristeza /5

Neutral /5

Total /35

Emoción subscore /15 $(\text{Total}/3.5)*1.5$

Mini-SEA Puntuación total /30 Subscore Faux-pas+Emoción

Aquí se administra: INECO Frontal Screening (IFS)

Subtotal memoria de trabajo (dígitos hacia atrás y memoria de trabajo visual): __/10

PARADIGMA AFECTIVO

¿Se considera una persona emocional? Especifique las emociones que durante el último tiempo se han presentado más frecuentemente en su vida:

En las líneas siguientes se explicitan algunas necesidades que tenemos todos los seres humanos y que se manifiestan en todas las culturas. Señale de 1 a 5 cuán satisfecho se siente – en esta etapa de su vida – en cada una de sus necesidades siguientes: (1 = muy insatisfecho y 5 = muy satisfecho).

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Necesidades básicas (alimentación, vestuario, vivienda, material) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Necesidades sexuales | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Necesidad de ser querido | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Necesidad de logro (éxito en alcanzar sus ideales, metas Personales, deseos a futuro, logros) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Necesidad de prestigio (reconocimiento y valoración social, valoración por parte de las otras personas) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Necesidad de compañía y contacto social (conectar con otros) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Necesidad de esparcimiento (vía diversiones, salidas, ocio etc.) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Necesidad de saber (conocimiento, cultura, cuestiones académicas) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Necesidad de amor (en relación de pareja, noviazgo) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

Fuente: Escala modificada de la Ficha de Evaluación Clínica Integral, Opazo Castro (2004)

Puntaje total:

Aquí se administra: Escala PANAS (PANAS VR)

Puntaje Afectividad Negativa Estado:

Puntaje Afectividad Negativa Rasgo:

Puntaje Afectividad Positiva Estado:

Puntaje Afectividad Positiva Rasgo:

Aquí se administra: Escala de Autoeficacia General (EAG)

Puntaje total EAG:

Aquí se administra: Trampas Vitales de Young

Aquí se administra: Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE III)

Aquí se administra: Test de Fluencia Verbal de Acción

PARADIGMA INCONSCIENTE

¿Cuándo comenzó a darse cuenta que presentaba algún problema?

¿Qué cree que le permitió darse cuenta de que estaba teniendo un problema?

PARADIGMA SISTÉMICO

HISTORIA FAMILIAR

Familiograma (Nombre, edad y ocupación; y si hay fallecimientos, causas):

Aclaración para realización del familiograma:

Mujer

Hombre

Generación

Fallecido

Matrimonio

Divorcio

Familia conviviente se encierra:

Describe la relación con su padre:

Describe la relación con su madre:

Describe la relación con sus hermanos u otro familiar de cercano:

¿Con quiénes se crió?

Considera que sus cuidadores en su crianza, utilizaban premios y castigos.

Especifique:

En cuanto a las reglas que establecieron sus cuidadores en su crianza ¿Llegaban a acuerdos en común?

Evaluando lo que ha sido la relación de sus padres como pareja, Ud. considera que:

- 1. *Ha sido buena, sin mayores conflictos*
- 2. *Ha sido aceptable, con algunos conflictos*
- 3. *Ha sido mala, con muchos conflictos*

¿Considera que Ud. posee características de alguno de sus cuidadores? (Evaluar Guion Paterno) Especifique cuales:

HISTORIA ESCOLAR

Educación alcanzada en la actualidad:

Estudia actualmente: SI-NO

En cuanto a su vida de estudiante, se consideraba un alumno:

- 1. *Excelente*
- 2. *Bueno*
- 3. *Regular*
- 4. *Malo*
- 5. *Muy malo*

En general, frente a los estudios Ud. se ha esforzado:

- 1. *Mucho*
- 2. *Regular*
- 3. *Poco*

En general, en la escuela, ¿Ha presentado problemas de conducta?

SI-NO

Especifique:

En general, en la escuela. ¿Presenta dificultades en la relación con sus compañeros?

SI-NO

Jardín-Primaria-Secundaria-Universidad

HISTORIA LABORAL

Especifique los trabajos que ha presentado a lo largo de su vida:

Se considera actualmente satisfecho en su ámbito laboral: SI-NO

HISTORIA SOCIAL

A través de su vida, se considera una persona:

___ 1. *Muy sociable*

___ 2. *Sociable*

___ 3. *Relativamente sociable*

___ 4. *Poco sociable*

___ 5. *Muy poco sociable*

Al conocer a alguien interesante o importante para Ud., su actitud suele ser:

___ 1. *Cautelosa*

___ 2. *Inhibida*

___ 3. *Tensa*

___ 4. *Activa*

___ 5. *Tranquila*

___ 6. *Hostil*

___ 7. *Desenvuelta*

___ 8. *Otra _____*

Con respecto a su círculo de amigos íntimos, se considera:

___ 1. *Muy satisfecho*

___ 2. *Satisfecho*

___ 3. *Relativamente satisfecho*

___ 4. *Insatisfecho*

___ 5. *Muy insatisfecho*

¿Cuál cree que es la dificultad concreta que ha mantenido su problema actual que lo ha llevado a consultar?

Especifique:

HISTORIA SEXUAL

La información y formación sexual que ha recibido a lo largo de su vida, la considera: Adecuada-Inadecuada

A lo largo de su vida, ¿Ha tenido algún tipo de problemas sexuales?

HISTORIA DE LAS RELACIONES DE PAREJA

¿Considera que se ha enamorado de sus parejas?

En caso de que actualmente se encuentre en pareja, Considera su relación como: Satisfactoria-Insatisfactoria.

¿Ha presentado problemas de pareja?

En caso de tener hijos, ¿Cómo es la relación con sus hijos?

Aquí se administra: Escala de detección de olvidos (EDO-10)

Puntaje total EDO-10:

OTRO

-Otros posibles interrogantes que resulten de la entrevista (redactar pregunta y respuesta):

Completar luego de haber finalizado la entrevista por parte del psicoterapeuta/examinador.

Estado Psíquico Actual (EPA). Marcar lo que considere al momento de la evaluación (solo si fue evaluado clínicamente):

Condiciones de higiene y vestimenta: Malo-Regular-Bueno.
Facies: Normal-Perpleja.
Tiempo de latencia pregunta-respuesta: Lenta-Normal-Rápida.
Reacción al examen: Confianza y cooperación-Oposición-Indiferencia.
Estado de conciencia: Vigíl -Lúcido-Coma-Obnubilación-Onirismo-Estrechamiento de conciencia.
Atención: Espontánea-Voluntaria-Sensorial-Reflexiva-Aprosexia-Hipoprosexia-Disprosexia.
Orientación actual: Tiempo-Espacio. Episodios de desorientación en el pasado: SI-NO
Memoria: Hipermnnesia-Hipomnesia-Amnesia (Anterógrada-Retrógrada-Retroanterógrada-Amnesia lacunar)-Falsos reconocimientos-Deja vu- Jamais vu- Fabulación- Confabulación- Olvidos reiterados: SI-NO Gravedad: Leve-Moderado-Grave
Sensopercepción: Alucinaciones, Pseudoalucinaciones-Alucinosis. Tipo: _____ Tiempo: Presente-Pasado

Pensamiento: Pensamiento lógico-Pensamiento mágico. Ritmo del pensamiento: Lento-Normal-Rápido. Cohesión: Normal-Disgregado. Ideas: Ideas obsesivas-Ideas fijas-Ideas sobrevaloradas-Ideas delirantes: Tipo: _____
Lenguaje: Mutismo-Empobrecimiento del lenguaje-Afonía-Dislalia-Disartria-Tartamudez-Balbismo-Verbigeración-Estereotipia verbal-Coprolalia-Ecolalia-Logoclonia-Perseveración-Neologismos: Normales-Patológicos. Lenguaje escrito: Alexia-Agrafía
Inteligencia (Impresión clínica): Normal-No evaluable- Discapacidad intelectual (Leve-Moderada-Grave-Profunda)
Psicomotricidad: Abulia-Hipobulia-Hiperbulia-Impulsividad-Compulsiones-Hiperquinesia-Hipoquinesia-Hipermimia-Hipomimia-Estupor-Agitación-Excitación psicomotriz-Apraxia-Ecopraxia-Manierismo-Estereotipias-Negativismo-Obediencia automática-Catatonía-Tics-Temblor-Parkinsonismo-Acatisia-Mioclónicas-Coreoatetosis-Ataxia
Afectividad: Hipertimia-Hipotimia-Paratimia-Tenacidad afectividad-Labilidad afectiva-Incontinencia afectiva-Ambivalencia afectiva-Indiferencia afectiva-Embotamiento afectivo-Aplanamiento afectivo-Perplejidad-Sentimiento de falta de sentimiento-Exaltación afectiva-Alegría-Tristeza-Angustia patológica-Anhedonia-Disforia-Alexitimia-Aprosodia-Heboides-Pueril
Insight (conciencia de enfermedad y déficits): SI-NO
Sueño: Disomnias-Insomnio de conciliación-Insomnio de mantenimiento-Insomnio matutino. Hipersomnias. Trastorno ciclo sueño-vigilia: Jet lag-Apnea del sueño. Sonambulismo-Terrores nocturnos-Pesadillas-Enuresis-Bruxismo.
Conducta alimentaria-Ingesta: Normal-Disminución-Aumento.
Conservación: Ideación suicida. Tentativa suicida-Gesto Suicida-Parasuicidio-Acto suicida. Tiempo: presente-pasado
Juicio: Conservado-Insuficiente-Debilitado-Suspendido-Desviado.

Tabla unificada de puntajes - Evaluación Integral Psiconeurológica (E.I.P.S.I.N)

Instrumento y/o sub-ítems	Puntaje de corte y/o máximo	Puntaje Obtenido	Puntaje Z
<i>Adjetivos para Evaluar Personalidad (AEP)</i>			
-Extraversión	5		
-Amabilidad	5		
-Responsabilidad	5		
-Neuroticismo	5		
-Apertura	5		
<i>Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90 R) de Derogatis</i>			
-Somatizaciones	80		

-Obsesiones y compulsiones	80		
-Sensitividad interpersonal	80		
-Depresión	80		
-Ansiedad	80		
-Hostilidad	80		
-Ansiedad fóbica	80		
-Ideación paranoide	80		
-Psicoticismo	80		
-Índice de severidad global	80		
-Total de síntomas positivos	80		
-Índice de malestar sintomático positivo	80		
<i>Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en adultos (AQ-10)</i>			
-Total AQ-10	6 -sin diagnóstico 10 -con diagnóstico		
<i>Addenbrooke's Cognitive Examination III-ACE III</i>			
-Atención	18		
-Memoria	26		
-Fluencia verbal	14		
-Lenguaje	26		
-Habilidades visuoespaciales	16		
-Total ACE-III	82/100		
<i>Escala de detección de olvidos (EDO-10)</i>			
-Total EDO-10	4		
<i>Mini-SEA</i>			
-FP- Historias Faux-pas	30		

-FP-Historias No Faux-pas	10		
-FP-Total	40		
-FP-Preguntas control	20		
-FP-Faux-pas subscore	15		
-RE- Felicidad	5		
-RE- Miedo	5		
-RE- Asco	5		
-RE- Enfado	5		
-RE- Sorpresa	5		
-RE- Tristeza	5		
-RE- Neutral	5		
-RE- Total	35		
-RE- Emoción subscore	15		
-Total Mini-SEA	30		
<i>INECO Frontal Screening (IFS)</i>			
-Memoria de trabajo	10		
-Total IFS	25		
<i>a2</i>			
-Total correctas	500		
-Omisiones	-		
-Comisiones	-		
<i>Inventario de depresión de Beck (BDI)</i>			
-Total BDI	Ausencia: 0-9 Leve a moderada: 10-18 Moderada a grave: 19-29 Grave: 30-63 Puntaje de corte sugerido: 13		

<i>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i>			
-Ansiedad estado	75		
-Ansiedad rasgo	75		
<i>Escala de autoeficacia general (EAG)</i>			
-Total EAG	40		
<i>Escala de locus de control de Rotter</i>			
-Puntaje total escala	13		
<i>Cuestionario Necesidades</i>			
-Puntaje total cuestionario	50		
<i>Escala PANAS</i>			
-Afectividad negativa-estado			
-Afectividad negativa-rasgo			
-Afectividad positiva-estado			
-Afectividad positiva-rasgo			
<i>Cuestionario de las trampas vitales</i>			
-Abandono	5		
-Desconfianza y abuso	5		
-Vulnerabilidad	5		
-Dependencia	5		
-Privación emocional	5		
-Exclusión social	5		
-Imperfección	5		
-Fracaso	5		
-Subyugación	5		
-Normas inalcanzables	5		
-Grandiosidad	5		

<i>Escala de autoestima de Rosenberg</i>			
-Total escala	95		
<i>Memoria episódica verbal de Signoret</i>			
-Aprendizaje Serial	12		
-Recuerdo Serial	12		
-Rec. Con claves semánticas	12		
-Reconocimiento	12		
<i>Memoria episódica lógica de Signoret</i>			
-Recuerdo lógico inmediato	12		
-Recuerdo lógico diferido	12		
<i>Test de fluencia verbal</i>			
-Fonológica	-		
-Semántica	-		
-De acción	-		

Apéndice 3 – Baremos, explicación de puntuación y transformación puntajes de los instrumentos que integran la Evaluación Integral Psiconeurológica (E.I.P.S.I.N)

Baremos, explicación de puntuación y transformación puntajes de los instrumentos que integran la Evaluación Integral Psiconeurológica (E.I.P.S.I.N)

En el presente apartado se encontrarán todos los baremos actualizados a la población argentina.

Se encontrarán divididos por paradigma para una fácil ubicación como también una rápida conversión del puntaje.

Es necesario referirse al marco teórico en donde se fundamentan los instrumentos para un mejor análisis ulterior.

Vale aclarar, que muchos puntajes se deberán convertir a puntajes Z con la tabla de conversión que se encuentra al final del presente (actualizada en base a los últimos avances de la neuropsicología, dividida con en personas con diagnóstico y sin diagnóstico previo). En caso de presentar media y desviación estándar, pasar a puntaje Z; la cual es la medida común utilizada en la actualidad. En caso de que dicho puntaje no se encuentre en la tabla de conversión. Se hará con la siguiente formula:

PUNTAJE BRUTO (Puntaje de la técnica realizada) – MEDIA (Obtenida del baremo de la técnica)

DESVIACIÓN ESTÁNDAR (Obtenida del baremo de la técnica)

ANTECEDENTES INICIALES/PERSONALIDAD/SELF

Incluye:

-Adjetivos para evaluar personalidad (AEP)

-Adjetivos para Evaluar Personalidad (AEP)

-Adjetivos por factor

-Amabilidad (16): Amable – Bondadoso – Generoso – Comprensivo – Cordial – Considerado – Solidario – Conciliador – Confiable – Modesto – Cálido – Pacífico – Egoísta – Arrogante – Sincero – Esperanzado.

-Responsabilidad (13): Responsable – Haragán – Organizado – Desordenado – Descuidado – Perseverante – Desprolijo – Precavido – Previsor – Productivo – Inconstante – Activo – Controlado

-Extroversión (10): Callado – Tímido – Simpático – Sociable – Retraído – Conversador – Alegre – Solitario – Distante – Espontáneo

-Neuroticismo (18): Nervioso – Calmo – Ansioso – Melancólico – Inseguro – Depresivo – Quejoso – Celoso – Impulsivo – Tenso – Relajado – Triste – Desconfiado – Emocionalmente estable – Agresivo – Vulnerable – Indeciso – Sensible, frágil

-Apertura a la experiencia (10): Imaginativo – Creativo – Fantasioso – Aventurero – Convencional – Original – Tradicional – Curioso – Rutinario – Conservador

Obtención del resultado en cada factor

1°. Sumar los reactivos de cada factor (con «I» se indican los adjetivos que deben invertirse. Si la persona marcó 1 se suma 5, 2 se suma 4, 4 se suma 2, 5 se suma 1. 3 no se invierte).

-Extraversión: 6 + 14 + 19I + 23 + 32I + 37I + 41I + 50 + 60I + 63

-Amabilidad: 1 + 9 + 13 + 16 + 20 + 24 + 30 + 33 + 36I + 38 + 46 + 47I + 56 + 62 + 64 + 66

-Responsabilidad: 2 + 5I + 7 + 17 + 21I + 26 + 28I + 44 + 49 + 55 + 58I + 61 + 65I

-Neuroticismo: 4I + 10 + 12 + 15 + 18I + 25 + 27 + 29 + 34 + 39 + 43 + 45I + 48 + 51 + 52 + 54 + 57 + 67

-Apertura: 3 + 8 + 11I + 22 + 31 + 35 + 40 + 42I + 53I + 59I

2°. Obtener el promedio en cada factor.

3°. Comparar cada promedio con el baremo correspondiente por sexo y edad. (Sanchez y Ledesma, 2013, p. 159)

Tabla 5. Baremo mujeres jóvenes (n=676; M: 23,0 años; DE: 3,2 años)

PERCENTIL	AMAB	RESP	EXTR	NEUR	APER
Media	3,21	3,58	3,76	3,54	3,35
DE	0,45	0,60	0,69	0,59	0,63
Mín	1,75	1,60	1,70	1,56	1,50
Máx	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00
1	3,03	3,54	3,60	3,40	3,30
5	3,05	3,57	3,60	3,40	3,30
10	3,07	3,60	3,60	3,44	3,30
15	3,10	3,63	3,60	3,48	3,30
20	3,13	3,66	3,60	3,52	3,30
25	3,16	3,69	3,60	3,56	3,30
30	3,19	3,72	3,60	3,60	3,30
35	3,22	3,75	3,60	3,64	3,30
40	3,25	3,78	3,60	3,68	3,30
45	3,28	3,81	3,60	3,72	3,30
50	3,31	3,84	3,60	3,76	3,30
55	3,34	3,87	3,60	3,80	3,30
60	3,37	3,90	3,60	3,84	3,30
65	3,40	3,93	3,60	3,88	3,30
70	3,43	3,96	3,60	3,92	3,30
75	3,46	3,99	3,60	3,96	3,30
80	3,49	4,02	3,60	4,00	3,30
85	3,52	4,05	3,60	4,04	3,30
90	3,55	4,08	3,60	4,08	3,30
95	3,58	4,11	3,60	4,12	3,30

Fuente: Sanchez y Ledesma (2013, p. 153)

Tabla 4. Baremo hombres adultos (N=237; M: 52.9 años; DE: 14.9 años)

Prueba	MMSE	BDP	IC70	BDI	ADL
Media	2.01	2.79	2.72	2.75	2.72
D.E.	0.54	0.57	0.66	0.59	0.66
Min	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Max	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
1	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
2	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
3	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
4	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
5	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
6	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
7	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
8	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
9	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
10	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
11	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
12	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
13	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
14	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
15	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
16	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
17	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
18	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
19	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
20	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
21	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
22	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
23	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
24	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
25	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
26	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
27	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
28	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
29	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
30	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
31	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
32	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
33	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
34	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
35	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
36	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
37	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
38	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
39	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
40	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
41	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
42	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
43	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
44	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
45	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
46	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
47	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
48	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
49	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
50	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
51	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
52	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
53	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
54	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
55	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
56	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
57	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
58	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
59	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
60	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
61	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
62	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
63	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
64	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
65	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
66	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
67	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
68	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
69	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
70	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
71	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
72	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
73	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
74	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
75	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
76	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
77	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
78	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
79	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
80	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
81	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
82	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
83	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
84	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
85	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
86	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
87	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
88	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
89	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
90	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
91	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
92	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
93	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
94	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
95	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
96	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
97	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
98	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
99	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
100	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00

Fuente: Sanchez y Ledesma (2013, p. 156)

PARADIGMA BIOLÓGICO

Incluye:

- Inventario de Síntomas Revisado SCL-90-R de Derogatis
- Inventario de depresión de Beck (BDI)
- Escala de Locus de Control de Rotter

Inventario de Síntomas SCL-90-R de Derogatis

Aclaración Índices Globales

1) Índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

2) Total de síntomas positivos (TSP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En personas de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento. (Casullo y Pérez, 2008, p. 2)

Normas Adultos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	9,00	1,12	30
35	0,17	0,20	0,11	0,23	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	15,00	1,25	35
40	0,25	0,40	0,22	0,38	0,30	0,17	0,00	0,17	0,10	0,37	21,12	1,43	40
45	0,42	0,70	0,44	0,62	0,60	0,33	0,00	0,33	0,20	0,52	29,00	1,59	45
50	0,75	1,00	0,67	0,85	0,80	0,67	0,29	0,67	0,40	0,73	37,00	1,85	50
55	1,00	1,40	1,11	1,23	1,20	1,00	0,57	1,17	0,70	1,04	47,00	2,12	55
60	1,49	1,80	1,44	1,77	1,60	1,50	0,86	1,67	1,00	1,36	57,00	2,41	60
63	1,83	2,10	1,67	2,00	1,80	1,67	1,14	2,00	1,10	1,62	62,00	2,53	63
65	2,00	2,20	1,89	2,23	2,13	1,83	1,29	2,17	1,30	1,74	66,00	2,67	65
70	2,36	2,90	2,60	2,80	2,50	2,56	2,00	3,00	1,97	2,18	74,00	2,99	70
75	2,87	3,41	3,00	3,31	3,04	3,17	2,63	3,78	2,57	2,46	77,71	3,15	75
80	3,00	3,50	3,00	3,69	3,10	3,33	3,14	4,00	2,70	2,54	82,00	3,27	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años . Casullo – Pérez (2008)

MASCULINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	5,60	1,05	30
35	0,00	0,20	0,00	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	10,00	1,22	35
40	0,08	0,30	0,11	0,23	0,20	0,17	0,00	0,17	0,00	0,29	16,00	1,36	40
45	0,25	0,50	0,33	0,38	0,40	0,33	0,00	0,33	0,20	0,41	23,80	1,56	45
50	0,42	0,80	0,56	0,69	0,60	0,67	0,14	0,67	0,30	0,61	32,00	1,75	50
55	0,75	1,30	0,89	1,02	0,90	1,00	0,29	1,17	0,50	0,88	41,20	2,00	55
60	1,08	1,70	1,33	1,38	1,30	1,33	0,57	1,50	0,90	1,10	52,00	2,25	60
63	1,25	1,90	1,56	1,62	1,60	1,67	0,86	1,83	1,20	1,32	57,00	2,40	63
65	1,42	2,20	1,67	1,77	1,70	1,83	1,00	2,07	1,40	1,49	61,00	2,53	65
70	1,75	2,60	2,38	2,42	2,28	2,57	1,43	2,67	1,74	1,84	75,00	2,91	70
75	2,31	3,40	3,00	2,88	2,67	3,17	1,88	2,95	2,17	2,17	79,72	3,30	75
80	2,50	3,60	3,22	3,15	2,70	3,83	2,71	3,17	2,30	2,22	85,00	3,65	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 379 25-60 años. Casullo – Pérez (2008)

Fuente: Casullo y Pérez (2008, p. 7)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

La puntuación total obtenida permite establecer distintos rangos de depresión, es decir: ausencia de depresión (0 a 9), rango de depresión entre leve y moderada (10 -18), depresión entre moderada y grave (19-29), y depresión grave (30-63). (...) El punto de corte en nuestro país es de 13 (Posada, 2005, p.6)

Escala de Locus de Control de Rotter

La escala consta de 29 ítems, 23 dirigidos a evaluar expectativas generalizadas de control sobre los refuerzos y 6 ítems distractores. Cada ítem se compone de dos fases, una relativa a expectativas de control externo y la otro interno.

Clave de corrección

Sumar 1 punto por cada una de las siguientes respuestas:

2.a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b, 16.a, 17.a, 18.a, 20.a, 21.a, 22.b, 23.a, 25.a, 26.b, 28.b, 29.a.

Ítems distractores: 1, 8, 14, 19, 24, 27. (Brenlla y Vázquez, 2010, p. 32)

rs	valor	valor
	Pruebas	4
Media		10.00
Mediana		11.00
Moda		10
Desv. tp.		3.601
Mínimo		2
Máximo		22
Percentil	10	6.00
	20	8.00
	25	9.00
	50	9.00
	40	10.00
	60	11.00
	80	12.00
	70	12.00
	75	13.00
	85	14.00
	90	16.00

Puntaje de corte = 13

Fuente: Brenlla y Vázquez (2010, p. 31)

PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL

Incluye:

- Subpruebas Memoria Episódica verbal y episódica lógica de Signoret
- d2
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
- Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista de Adultos (AQ-10)
- Escala de Autoestima de Rosenberg

Subpruebas Memoria Episódica verbal y episódica Lógica de Signoret

Tabla 5 – Correlación entre reconocimiento y edad						
Controles sanos + DCL (n = 322)	< 45 años	46-55 años	56-65 años	66-75 años	76-85 años	≥ 86 años
	n = 66	n = 40	n = 58	n = 80	n = 65	n = 13
Recuerdo lógico inmediato	9,19 (2,11)	8,65 (2,37)	7,53 (2,74)	7,56 (2,78)	6,15 (2,71)	5,64 (2,55)
Recuerdo lógico diferido	9,22 (2,07)	8,55 (2,32)	7,35 (2,90)	7,18 (2,78)	5,58 (3,18)	4,41 (3,47)
Aprendizaje serial	9,92 (1,67)	9,66 (1,54)	8,41 (2,47)	8,09 (2,02)	6,48 (2,05)	5,80 (1,47)
Recuerdo serial	8,88 (1,87)	8,82 (1,82)	6,80 (2,93)	6,44 (2,76)	4,06 (3,17)	3,20 (2,89)
Rec con claves semánticas	10,95 (1,62)	11,05 (1,50)	9,94 (2,95)	9,07 (3,07)	7,08 (3,59)	6,20 (4,56)
Reconocimiento	11,86 (0,46)	11,87 (0,41)	11,00 (2,30)	11,1 (1,64)	9,35 (3,08)	7,80 (4,05)
Correlación entre educación y reconocimiento	$p^2 = 0,91$ $r^2 = -0,01$	$p = 0,97$ $r = 0,00$	$p = 0,86$ $r = -0,03$	$p = 0,99$ $r = 0,00$	$p = 0,02$ $r = 0,49$	$p = 0,45$ $r = 0,44$
Correlación entre educación y recuerdo serial	$p^2 = 0,06$ $r^2 = -0,23$	$p = 0,15$ $r = 0,25$	$p = 0,30$ $r = -0,19$	$p = 0,88$ $r = 0,02$	$p = 0,04$ $r = 0,42$	$p = 0,05$ $r = 0,86$

DCL: deterioro cognitivo leve; R: rho de Spearman; Rec: recuerdo.
 * La correlación será significativa cuanto más se acerque al valor de 1.
 * La p es significativa a nivel < 0,05.

Fuente: Leis et al., (2018, p. 132)

d2

Se puntúan, aciertos, omisiones y comisiones.

TOT CORR: aciertos

O ERR: omisión

C ERR: comisión

Table 1. d2 Test descriptive statistics

	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Alpha</i> ¹	<i>SEM</i> ¹
TOT #	496.92	75.00	.97	12.99
O ERR	15.93	14.46	.90	4.57
C ERR	1.24	1.78	.61	1.11
TOT ERR	17.18	15.03	.90	4.75
% ERR	.03	.03	.90	.01
TOT CORR	479.74	73.90	.97	12.80
CONC	195.19	37.15	.97	6.43
FLUCT	12.34	4.56	—	—
ERR DIST	-.05	1.28	—	—
DETER	.01	.32	—	—
ACCEL	-.17	.34	—	—

Note. TOT # = Total Number of Items Processed, O ERR = Errors of Omission, C ERR = Errors of Commission, TOT ERR = Total Number of Errors, % ERR = Percent of Errors, TOT CORR = Total Correct, CONC = Concentration Performance, FLUCT = Fluctuation Rate, ERR DIST = Error Distribution, DETER = Deterioration Coefficient, ACCEL = Acceleration Coefficient, SEM = standard error of measurement.

¹Provided for additive d2 scores only.

Fuente: Bates y Lemay (2004, p. 396)

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, por sus siglas en inglés)

STAI (Estado)

Ítems que se restan: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20

Calculo: $30 + (\text{Suma del resto de los ítems que no se han restado}) - (\text{La suma de los ítems restado}) =$

Percentil 50 (normal) para Mujeres: Adolescentes 22

Adultas 21

Hombres: Adolescentes 20

Adultos 19

Percentil 75 (Se considera ansiedad patológica a partir de aquí) para

Mujeres: Adolescentes 31

Adultas 31

Hombres: Adolescentes 31

Adultos 28

STAI (Rasgo)

Ítems que se restan: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19

Calculo: $21 + ((\text{Suma del resto de los ítems que no se han restado}) - (\text{La suma de los ítems restado})) =$

Percentil 50 (normal) para Mujeres: Adolescentes 22

Adultas 21

Hombres: Adolescentes 20

Adultos 19

Percentil 75 (Se considera ansiedad patológica a partir de aquí) para

Mujeres: Adolescentes 29

Adultas 32

Hombres: Adolescentes 26

Adultos 25. (Pavia, I., 2009)

Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en adultos (AQ-10)

Cada ítem puede tener un puntaje de 0 o 1. Puntúe 1 si la persona ha seleccionado las opciones 3 y 4 (*Un poco de acuerdo* y *Definitivamente de acuerdo*) en los ítems 1, 7, 8 y 10. Puntúe 1 si la persona ha seleccionado las opciones 1 y 2 (*Un poco en acuerdo* y *Definitivamente en desacuerdo*) en los ítems 2, 3, 4, 5, 6 y 9.

La puntuación es de acuerdo oscila entre 0 a 3.

El puntaje obtenido se encuentra entre 6 y 10, posible derivación. El puntaje obtenido es percentil por ende se debe utilizar la tabla de referencia para pasar a puntaje Z. (López, 2020, p. 8).

Tabla 1.
Estadísticos descriptivos del AQ-10

	Diagnóstico de TEA	
	No (n = 398)	Si (n = 19)
Media	3.01	7.37
Desvío estándar	1.72	1.77
Percentil 5	1	2
Percentil 25	2	7
Percentil 50	3	8
Percentil 75	4	8
Percentil 95	6	10

Fuente: López (2020, p. 4)

Escala de Autoestima de Rosenberg

Tabla 2. Distribución percentilar de las puntuaciones de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y clínica

Percentil	Grupo P. General	Grupo clínico
95	40	38
90	39	37
75	38	35
50	36	30
25	33	26
10	30	21
5	28	19

Fuente: Góngora y Casullo (2009, p. 186)

PARADIGMA COGNITIVO

Incluye:

-Mini-SEA

-INECO Frontal Screening

Mini Social Cognition and Emotional Assessment (Mini-SEA)

FAUX PAS -RESPUESTAS – Mini-SEA

Historias: Score: 1 punto por respuesta correcta, recordar si hay error en controles descartar puntajes de esa pregunta								
N	Alguien 1 (2 No Foux pas)	Quién 1	Porqué 1	¿Por qué lo dijo? 1	¿Sabía? 1	¿Como se sintió? 1	Control 1 Op	Control 2 Op
1-Pilar	No						Casa Pedro	No
2- Juan	No						Camisa	+grande
3- Antonia	Si	Luisa/ amiga	No sabia	No sabía	No	triste	Cortinas	Nuevo
4- Ana	Si	María/ vecina	Porque era nena	Por el pelo corto	no	vergüenza	Tía Carolina	María/la vecina
5- Juana	No						Rol secundario	Rol principal
6- Javier	No						Trepar el Gran Cañón	No tenía la credencial
7- Marisa	Si	Iñaki/ primo	Porque había tarta de manzana	Porque no sabía	no	triste	Manzana	primos
8- Julia	Si	Esther/ casada	Porque se lo regalo	Porque no sabía	no	triste	Bol	Lo golpeo
9- Luis	Si	Luis/ que tiro café	Porque era cliente	No era mozo	no	enojado	Para pagar	café
10- Leonor	No						Porque no venia	No

Tabla 2. Datos normativos del Mini-SEA según grupos por edad

Grupo	Edad	Puntaje faux pas	Puntaje Reconocimiento Emocional	Mini-SEA Total
1	<50	11,9± 2,2	13,3 ± 1,2 ^a	25,0± 2,4
2	50-59	12,6 ± 2,2	12,8± 1,3	24,8± 4,5
3	60-69	12,8 ± 2,6	13,3± 1 ^a	26,1± 3,2
4	>70	12,5 ± 2,7	11,6± 2,2 ^{ab}	23,2± 5,6
TOTALES		12,5 ± 2,4	12,8 ± 1,5	25 ± 4

Resultados expresados en media ± DS.

a Diferencia significativa entre grupo 1 y 4 ($p<0,05$).

b Diferencia significativa entre grupo 3 y 4 ($p<0,05$).

Fuente: Clarens, et al., (2021, p. 7)

Tabla 3. Datos normativos de la prueba modificada del faux pas según edad

Grupo	Edad	Historias faux pas (/30)	Historias No faux pas (/10)	Historias No faux pas (/10)	Total Preguntas Control (/20)
1	<50	22,4±5,5	9,73±0,7	32,12±5,5 ^c	19,4± 1,05
2	50-59	24,5±6,2	9,87±0,5	34,4±6,4 ^c	20
3	60-69	25,2±5,9	9,61	34,9±6,4	19,9±0,3
4	>70	24,3±7,5	9,38±0,9	33,77±7,3	19,8±0,5

Resultados expresados en media ± DS.

c Diferencia significativa entre grupo 1 y 2 ($p<0,05$).

Tabla 4. Datos normativos en la prueba de reconocimiento de emociones según edad

Grupo	1 <50	2 50-59	3 60-69	4 >70
Felicidad	4,9± 0,2	5±0	5±0	4,69± 0,8
Miedo	3,1±1,2	3±1,3	3,57±1,36	2,31±1,4
Asco	4,3±0,7	4±1	4,3±0,7	4,08±1,1
Enojo	4,5±0,8	4,4±0,6	4,38±0,7	3,85±0,8
Sorpresa	4,8±0,4	4,8±0,4	4,62±0,5	4,15±1,14
Tristeza	4,1±0,94	4,1±1,3	4,05±1,2	3,62±1,5
Neutral	5±0	4,67±0,6	4,76±0,4	4,38±0,9
Total emociones	30,7±2,8	29,9±3	30,7±2,5	27,1±5

Fuente: Clarens, et al., (2021, p. 8)

INECO Frontal Screening (IFS)

Puntaje máximo, 30 puntos

Índice de memoria de trabajo (Dígitos atrás + Corsi), 10 puntos

El punto de corte sugerido es 25 puntos.

Table 2. INECO Frontal Screening mean score and standard deviation (in brackets) by age and education.

Education (years)	Age				Total
	20-34	35-49	50-64	65-88	
2-7	19.6 (5.2)	19.2 (5.0)	20.1 (4.3)	19.4 (3.2)	19.5 (4.1)
8-12	22.1 (3.3)	23.2 (3.0)	24.5 (2.9)	23.7 (2.3)	23.6 (2.9)
>12	27.6 (1.6)	24.9 (2.8)	26.3 (2.2)	23.7 (3.1)	25.5 (2.9)
Total	23.3 (4.4)	22.2 (4.2)	23.0 (4.2)	21.9 (3.5)	22.6 (4.1)

Fuente: Sierra Sanjurjo, et al., (2018, p. 3)

PARADIGMA AFECTIVO

Incluye:

- Escala de Autoeficacia General
- Escala PANAS (PANAS VR)
- Trampas Vitales
- Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III)

Escala de Autoeficacia General (EAG)

Puntuaciones directas	Valores típicos (z)	Nº de sujetos
21	-3.44	1
23	-2.87	1
26	-2.01	7
27	-1.72	9
28	-1.44	15
29	-1.15	14
30	-0.86	26
31	-0.58	23
32	-0.29	23
33	-0.01	25
34	0.27	40
35	0.56	40
36	0.85	24
37	1.13	12
38	1.42	15
39	1.70	5
40	1.99	11

Fuente: Brenlla, et al., (2010, p. 90)

Escala PANAS (PANAS VR)

Cálculos de Dimensiones: Afectividad Positiva y Afectividad Negativa.

El cálculo de cada dimensión afectiva se hace sumando los valores obtenidos en las respectivas emociones:

-Afectividad Negativa = Afligido + Culpable + Asustado + Nervioso + Temeroso

-Afectividad Positiva = Interesado + Entusiasmado + Inspirado + Decidido + Activo

Estas escalas sumadas deben hacerse por separado, tanto para el estado como para el rasgo afectivo. (Flores-Kanter y Medrano, 2018)

Trampas Vitales

Escala de puntuaciones

1. *Totalmente falso.*
2. *La mayoría de las veces falso.*
3. *Más verdadero que falso.*
4. *En ocasiones verdadero.*
5. *La mayoría de las veces verdadero.*
6. *Me describe perfectamente.*

Fuente: Young, J. E., y Klosko, J. S. (2012, p. 29-31)

HOJA DE RESULTADOS DE LAS TRAMPAS VITALES					
TRAMPAS VITALES	NINO	ACTUAL	NINO	ACTUAL	PUNTUACIÓN MAS ALTA
Abandono	1.	1.	2.	2.	
Desconfianza y abuso	3.	3.	4.	4.	
Vulnerabilidad	5.	5.	6.	6.	
Dependencia	7.	7.	8.	8.	
Privación emocional	9.	9.	10.	10.	

Exclusión social	11.	11.	12.	12.	
Im perfección	13.	13.	14.	14.	
Fracaso	15.	15.	16.	16.	
Subyugación	17.	17.	18.	18.	
Normas inalcanzables	19.	19.	20.	20.	
Grandiosidad	21.	21.	22.	22.	

Fuente: Young, J. E., y Klosko, J. S. (2012, p. 29-31)

Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE III)

Guía de Administración ACE III:

ATENCIÓN – Registro de 3 ítems – puntaje 0 to 3

Administración: Pídale al participante que repita y recuerde las tres palabras. Repítelas lentamente. Repita las palabras si fuera necesario hasta un máximo de tres veces, solamente. Dígale al participante que le pedirá esta información más adelante.

Puntaje: Marque el primer intento únicamente. Registre el número de veces que le lleva aprender las tres palabras.

ATENCIÓN – Substracción serial de 7 – puntaje 0 to 5

Administración: Pídale al participante que reste 7 de 100, registre la respuesta y luego pídale que continúe restando 7 de cada nuevo número hasta que usted le diga que pare. Detenga al participante luego de 5 restas.

Puntaje: Registre las respuestas y no detenga al participante si comete un error. Permitale seguir adelante y chequee las sucesivas respuestas para obtener el puntaje (ej., 92, 85, 79, 72, 65 - puntaje: 3).

MEMORIA – Recuerda de 3 ítems – puntaje 0 to 3

Administración: Pídale al participante que diga las palabras que usted le pidió que repitiera y recordara con anterioridad.

Puntaje: Registre las respuestas y marque 1 punto por cada ítem correcto. No incluya al sujeto a responder los ítems.

FLUENCIA VERBAL – Letras y Categoría – puntaje 0 to 14

Letras – puntaje 0 to 7

Administración: Dígale al participante: "Voy a darle cualquier letra del abecedario y quisiera que Ud genere todas las palabras posibles que comienzan con esa letra, que no sean nombres o lugares. Por ejemplo, si le doy la letra 'C' Usted puede decir palabras tales como 'casa, camino, carne' y así sucesivamente. Pero no puede decir palabras tales como 'Catalina' o 'Canada'. ¿Entiende? ¿Está preparado? Tiene un minuto. La letra que quiero que utilice es la letra 'P'."

Puntaje: Probara registre la cantidad de palabras que el participante genera. Luego, cuente la cantidad total de palabras correctas, que no incluyan (1) repeticiones, (2) penurias (ej., pagar, pagado, paga - puntaje: 1), (3) intrusiones (es decir, palabras que comienzan con otras letras), (4) nombres propios (es decir, nombres de personas o lugares) y (5) plurales (ej., día, días - total= 2, correctas= 1). Utilice la tabla proporcionada en la hoja del ACE-III a fin de obtener el puntaje final para esta prueba.

Animales – puntaje 0 a 7

Administración: Dígale al participante: "Ahora, ¿puede nombrar tantos animales como le sea posible? Pueden comenzar con cualquier"

Puntaje: nuevamente, registre la cantidad total de animales que el participante genera. Luego, cuente la cantidad total de palabras correctas, que no incluyan categorías de orden mayor cuando se den ejemplos específicos (ej., "pez" seguido de "salmon" y "trucha" - total= 3, correctas= 2). Todo tipo de animales es aceptable, incluyendo insectos, humanos, prehistóricos, extintos, así como también criaturas míticas (ej., unicornio). Si el participante no entiende las instrucciones, y sigue nombrando animales que empiecen con "p" (es decir, panda, pato, puma), entonces retírela al participante que debe nombrar palabras que empiecen con cualquier letra.

MEMORIA – Memoria Anterógrada – Nombre y Dirección – puntaje 0 to 7

Administración: Indíquele al participante: "Voy a darle un nombre y una dirección y quisiera que repitiera el nombre y la dirección después de mí. Entonces, tendrá la oportunidad de aprenderlas, lo haremos tres veces. Le preguntaré por el nombre y la dirección más adelante". Si el participante comienza a repetir junto con usted, pídale que espere hasta que usted haya terminado de darle las palabras.

Puntaje: Registre las respuestas para cada intento pero únicamente las respuestas dadas en el último intento contribuyen con el puntaje del ACE-III (0 a 7 puntos).

MEMORIA – Memoria Retrógrada – Personajes Famosos – puntaje 0 to 4

Administración: Pregúntele al participante por el nombre del Actual Presidente de la Argentina, de la persona que descubrió América, del Papa, y del Presidente Estadunidense asesinado en la década del 60.

Puntaje: Dale un punto a cada respuesta. Admite apellidos (ej., "Fernándor de Kirchner"/"Kirchner"), y pregunta por el apellido si sólo se le da el nombre de ella (ej., "Cristina"). Si el nombre completo es incorrecto (ej., "Jack Kennedy"), entonces el puntaje será 0. Si ha habido un reciente cambio de ítems, entonces pregúntele por el político más destacado.

LENGUAJE – Comprensión – puntaje 0 to 3

Administración: Coloque un lápiz y una hoja de papel delante del participante. A modo de prueba, pídale al participante que "levante el lápiz y luego la hoja de papel". Si lo hace de modo incorrecto, anote 0 y no siga con la prueba. De lo contrario, continúe con las otras tres consignas que contiene el protocolo. Antes de comenzar cada prueba, siempre coloque el lápiz y la hoja de papel delante del participante.
Puntaje: Se anota 1 punto por cada respuesta correcta.

LENGUAJE – Escritura de Oraciones – puntaje 0 to 2

Administración: Pídale al participante que escriba al menos dos oraciones sobre las últimas vacaciones / fin de semana / Navidad. Pídale al participante que escriba oraciones completas (es decir, que no escriba en forma de puntos) y que no use abreviaciones (ej. "8").
Puntaje: Anote 1 punto si hay al menos dos oraciones sobre el mismo tema, y anote 1 punto extra si la gramática y la ortografía son correctas.

LENGUAJE – Repetición de Palabras Únicas – puntaje 0 to 2

Administración: Pídale al participante que repita las palabras después de usted, diciendo sólo una palabra por vez.
Puntaje: Sólo se evalúa el primer intento. Dé 2 puntos si todas las palabras son correctas; 1 punto si sólo 3 son correctas; 0 si 2 o menos son correctas.

LENGUAJE – Repetición de Proverbios – puntaje 0 to 2

Administración: Pídale al participante que repita cada proverbio.
Puntaje: No acepta repeticiones parcialmente correctas (ej., "La riqueza trae y la pobreza la aplaudió"). Dé 1 punto por cada proverbio.

Nota: Después de la repetición de cada proverbio, el examinador puede preguntarle al participante "¿Qué significa este proverbio?" o "¿Cómo explicaría este proverbio a alguien que no lo ha escuchado antes?". Esta medida adicional puede ayudar al clínico en la evaluación cualitativa del pensamiento abstracto verbal.

LENGUAJE – Denominación de Objetos – puntaje 0 to 12

Administración: Pídale al participante que nombre cada figura.
Puntaje: Las respuestas correctas son: cochete, libro, canguro o canguro, pingüino, ancla, camello o dromedario, arpa, hocico de toro o toro, corona, cocodrilo, lagarto o camaleón, acordeón o acordeón piano. Dé 1 punto por cada ítem.

LENGUAJE – Comprensión – puntaje 0 to 4

Administración: Pídale al participante que señale los dibujos de acuerdo a la orden escrita. No provea al sujeto de ningún feedback relacionado con el significado de las palabras.
Puntaje: Puntaje 1 punto por cada ítem. Las auto-correcciones están permitidas.

LENGUAJE – Lectura – puntaje 0 or 1

Administración: Pídale al sujeto que lea las palabras en voz alta.
Puntaje: Dé 1 punto si lee las 6 palabras de modo correcto. Registre los errores utilizando el alfabeto fonético, en la medida de lo posible.

HABILIDADES VISUOESPACIALES – Diagrama del infinito – puntaje 0 or 1

Administración: Pídale al participante que copie el diagrama del infinito.
Puntaje: Se da 1 punto si el dibujo dos bucles superpuestos. Ambos bucles infinitos deben convergir en un punto o cruz y no desviarse a círculos.

HABILIDADES VISUOESPACIALES – Cubo 3D – puntaje 0 to 2

Administración: Pídale al participante que copie el cubo de alambre 3D.
Puntaje: El cubo debe tener 12 líneas para darse 2 puntos, aunque las proporciones no sean perfectas. Se otorga 1 punto si el cubo tiene menos de 12 líneas pero si se mantiene la forma general del cubo.

HABILIDADES VISUOESPACIALES - Reloj - puntaje 0 to 5

Administración: Pide al participante que dibuje la esfera del reloj con los respectivos números. Cuando haya terminado, pídele que ponga las agujas en las "once y diez minutos". Si al participante no le gusta su primer dibujo y quiere hacerlo de nuevo, puede autorizarlo y darle puntaje por el segundo reloj. Los participantes pueden corregir sus errores tomando muestras dibujar.

Puntaje: Los siguientes criterios de puntaje se utilizan a continuación para otorgar un total de 5 puntos.

Círculo	1 punto si el círculo es razonable.
Números	2 puntos si todos los números están incluidos y bien distribuidos en el círculo. 1 punto si todos los números están incluidos pero pobremente distribuidos en el círculo. 0 puntos si no están incluidos todos los números.
Agujas	2 puntos si las dos agujas están bien dibujadas, tienen longitudes diferentes, y señalan a los números correctos. (Puede preguntar cuál es la más larga y cuál la pequeña). 1 punto si ambas agujas señalan a los números correctos pero con las longitudes incorrectas. (I) 1 punto si una de las agujas está ubicada en el número correcto y con la longitud indicada. (II) 1 punto si solo una aguja es dibujada y ubicada en el número correcto e). 5 para "5 y diez".

HABILIDADES PERCEPTUALES - Conteo de Puntos - puntaje 0 to 4

Administración: Pregunte al participante por la cantidad de puntos en cada cuadrado. No está permitido señalar con el dedo.

Puntaje: Puntos 1 punto por cada respuesta correcta. Respuestas correctas: 8, 10, 9 y 7.

HABILIDADES PERCEPTUALES - Identificación de Letras - puntaje 0 to 4

Administración: Pídele al participante que identifique la letra en cada cuadrado. El participante puede señalar con el dedo.

Puntaje: Anote 1 punto por cada respuesta correcta. Respuestas correctas: K, M, T y A.

En caso de pacientes alfabéticos: Si el participante no puede reconocer las letras o la cantidad de puntos, permítele que escriba las respuestas. En el caso de la letra, permítele que diga los nombres completos de las mismas (ej., "mem").

MEMORIA - Reconocimiento de Nombre y Dirección - puntaje 0 to 5

Administración: Esta condición se da si los participantes no pueden recordar uno o más ítems en la condición de Memoria. Esta tarea sirve por sí misma para la oportunidad al participante de reconocer los ítems que él/ella no pudo recordar. Si recuerda correctamente todos los ítems del nombre y la dirección, esta condición no es necesaria y el participante automáticamente suma 5 puntos. Sin embargo, muchos participantes recordarán únicamente partes del nombre y la dirección. En primer lugar, coloque un ítem en la columna sustentada de la derecha a los ítems que el sujeto recordó correctamente y luego dígame al participante: "Pensé que que le iba algunas cosas. ¿Eran x, y o (T) Y así sucesivamente".

Puntaje: Cada ítem reconocido de modo correcto suma 1 punto. Suma los ítems que han sido recordados y reconocidos correctamente para otorgar un total de 5 puntos por esta condición.

Fuente: ACE-III Argentina Guia de Administración y Puntaje (2013)

Tabla 1 Edad, años de educación formal, ACE-III puntaje total y subescalas para los grupos de CTR, DTA y DFT-vc

	CTR [DS1] (N= 139) Media (desvío)	DTA (N= 70) Media (desvío)	DFT-vc (N= 31) Media (desvío)	Control vs. DTA p[DS2]	Control vs. DFT-vc p	DTA vs. DFT-vc P
Edad	68,03 (10,42)	76,79 (7,69)	68,06 (7,90)	0,00	1,00	0,00
Años de educación formal	14,43 (3,79)	13,17 (3,75)	13,9 (4,6)	0,07	0,77	0,66
ACE-III total	90,89 (6,52)	61,34 (15,34)	74,13 (13,78)	0,00	0,00	0,00
Atención	17,06 (1,30)	12,11 (3,81)	14,87 (2,87)	0,00	0,00	0,00
Memoria	22,18 (3,65)	10,69 (4,57)	15,87 (5,21)	0,00	0,00	0,00
Fluencia verbal	11,65 (1,80)	6,5 (2,91)	7,94 (3,07)	0,00	0,00	0,01
Lenguaje	24,99 (1,46)	20,26 (4,63)	21,45 (4,28)	0,00	0,00	0,18
H. visuoespaciales	14,96 (1,18)	11,79 (3,48)	14 (1,84)	0,00	0,07	0,00

Negrita: Nivel de significación menor a 0.01 (p<0.01)

Fuente: Bruno, et al., (2017, p. 4)

Test de Fluencia Verbal

Table 3. Normative data for three verbal fluency tasks in Argentinians over 50 years old according to age and education (n=300).

	Age	Education				
		<7 years	8-12 years	>12 years		
Phonological fluency	50-59	Mean (SD)	15 (4.6)	17 (5)	19.7 (5.3)	
		Normal performance limit	*	12	14	
	60-69	Mean (SD)	15 (6.4)	16.2 (6)	19.7 (5.4)	
		Normal performance limit	*	10	14	
	70-79	Mean (SD)	12 (3.7)	16.4 (6)	17.3 (4.1)	
		Normal performance limit	*	10	13	
	≥80	Mean (SD)	12.6 (6.8)	12.8 (3.7)	15.7 (5.2)	
		Normal performance limit	*	9	10	
	Semantic fluency	50-59	Mean (SD)	19.2 (6.1)	22.1 (6.5)	23.3 (6.5)
			Normal performance limit	*	16	18
		60-69	Mean (SD)	18 (3.8)	19.2 (5.6)	23.6 (5.9)
			Normal performance limit	*	14	17
70-79		Mean (SD)	18 (4.7)	20 (5.1)	18.9 (5.1)	
		Normal performance limit	*	14	14	
≥80		Mean (SD)	12 (6.2)	14.3 (2.5)	17.5 (6.3)	
		Normal performance limit	*	11	12	
Action fluency		50-59	Mean (SD)	12.4 (3.9)	17.4 (6.7)	23.5 (6.5)
			Normal performance limit	*	11	17
		60-69	Mean (SD)	12.3 (6.5)	17.9 (6.3)	23.8 (7.6)
			Normal performance limit	*	11	16
	70-79	Mean (SD)	13.8 (7.8)	18 (7.2)	20.7 (6.3)	
		Normal performance limit	*	10	14	
	≥80	Mean (SD)	11.6 (6.6)	14.2 (6.2)	19.1 (6.1)	
		Normal performance limit	*	8	13	

The absolute frequency of the number of participants according to age range and educational level is reported: 50-59 years old with <7 education, n=7; 8-12 education, n=26; >12 education, n=27; 60-69 years old with <7 education, n=8; 8-12 education, n=26; >12 education, n=14; 70-79 years old with <7 education, n=8; 8-12 education, n=28; >12 education, n=48; ≥80 years old with <7 education, n=3; 8-12 education, n=12; >12 education, n=15. * is smaller than 10 cases, so no normal performance limit value is reported.

Fuente: Martino, et al (2022, p. 486)

PARADIGMA SISTÉMICO

Incluye:

-Escala de detección de olvidos

Escala de Detección de Olvidos (EDO-10)

El puntaje de corte es 4.

Screening DCL

EDO 10 5.79 ± 2.57

Fuente: Cervino, et al., (2019, p. 27)

TABLAS DE CONVERSIÓN

Tabla de Equivalencias entre Puntajes T, CI, Escalar y Percentil con Puntaje Z

Puntaje Z	Puntaje T	Puntaje Tipo CI	Puntaje Escalar	Percentil
3,66	87	155		>99,9
3,33	83	150		>99,9
3	80	145	19	99,9
2,66	77	140	18	99,6
2,33	73	135	17	99
2	70	130	16	98
1,66	67	125	15	95
1,33	63	120	14	91
1	60	115	13	84
0,66	57	110	12	75
0,33	53	105	11	63
0	50	100	10	50

-0,33	47	95	9	37
-0,66	43	90	8	25
-1	40	85	7	16
-1,33	37	80	6	9
-1,66	33	75	5	5
-2	30	70	4	2
-2,33	27	65	3	1
-2,66	23	60	2	0,4
-3	20	55	1	0,1
-3,33	17	50		<0,1
-3,66	13	45		<0,1

Fuente: Burín et al., (2006, p. 60)

CONSENSO ACTUAL NEUROPSICOLÓGICO SOBRE EQUIVALENCIA DE PUNTAJES EN CUANTO A ETIQUETA DE PUNTUACIÓN

Table 1. Recommended test score labels based on standard scores and percentiles for tests with normal distributions.

Standard Score	Percentile	Score Label
>130	>98	Exceptionally high score
120-129	91-97	Above average score
110-119	75-90	High average score
90-109	25-74	Average score
80-89	9-24	Low average score
70-79	2-8	Below average score
<70	<2	Exceptionally low score

Fuente: Guilmette, et al., (2017, p. 8)

Transformación a puntajes Z de perceptibles y traducción etiqueta de puntuación

Recomendaciones de etiquetas de puntuación en base a puntajes Z obtenidos por el usuario en base a los test con distribución normal		
Percentil	Puntaje Z	Etiqueta de puntuación
>98	3,66 a 2	<i>Excepcionalmente alta</i>
91-97	1,66 a 1,33	<i>Encima del promedio</i>
75-90	1 a 0,66	<i>Promedio alto</i>
25-74	-0,33 a -0,66	<i>Promedio</i>
9-24	-1 a -1,33	<i>Promedio bajo</i>
2-8	-1,66 a -2	<i>Inferior al promedio</i>
<2	-2,33 a -3,66	<i>Excepcionalmente bajo</i>

Fuente: Guilmette, et al., (2017, p. 8) y adaptación propia.

Table 2. Recommended test score labels based on percentiles for tests with non-normal distributions.

Percentile	Score Label
>24	Within Normal Expectations Score or Within Normal Limits Score
9-24	Low Average Score
2-8	Below Average Score
<2	Exceptionally Low Score

Fuente: Guilmette, et al., (2017, p. 12)

Recomendaciones de etiquetas de puntuación en base a puntajes Z obtenidos por el usuario en base a los test con distribución no normal		
Percentil	Puntaje Z	Etiqueta de puntuación
>24	-0,33 a 3,66	<i>Expectativas normales o Dentro de los límites normales</i>
9-24	-1 a -1,33	<i>Promedio bajo</i>
2-8	-1,66 a -2	<i>Inferior al promedio</i>
<2	-2,33 a -3,66	<i>Excepcionalmente bajo</i>

Fuente: Guilmette, et al., (2017, p. 12) y adaptación propia.

Apéndice 4 – Modelo de Informe Evaluación Integral Psiconeurológica

CARÁTULA CON:

Evaluación Integral Psiconeurológica (E.I.P.S.I.N)

Nombre de la persona

Profesional Interviniente

Datos Personales	
Nombre Completo:	
D.N.I:	
Edad (años y meses):	
Fecha de Nacimiento	
Fecha del Informe:	

Estado Afectivo:

Utilizando la escala de respuesta propuesta a continuación, señala con qué intensidad experimentas en este momento las siguientes emociones:

Emoción	Intensidad de la Emoción				
	Muy poco o nada	Un poco	Medianamente	Bastante	Mucho o totalmente
Interesado	1	2	3	4	5
Afligido	1	2	3	4	5
Culpable	1	2	3	4	5
Asustado	1	2	3	4	5
Entusiasmado	1	2	3	4	5
Inspirado	1	2	3	4	5
Nervioso	1	2	3	4	5
Decidido	1	2	3	4	5
Activo	1	2	3	4	5
Temeroso	1	2	3	4	5

Domicilio particular:	
Teléfono personal:	
Teléfono familiar y/o referente:	
Dominancia (diestro, zurdo o ambidiestro):	
Ocupación actual:	

Escolaridad en años:	
Género autopercebido:	
Estado civil:	
Obra Social:	
e-mail:	
Derivación:	
Evaluador:	

Motivo de Consulta expresado por el paciente y/o su familia:

Motivo de consulta textual acompañado de datos de relevancias obtenidos en la entrevista semiestructurada.

Instrumentos Administrados por paradigma

- Adjetivos para Evaluar Personalidad (AEP)
- Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90 R) de Derogatis
- Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en adultos (AQ-10)
- Addenbrooke's Cognitive Examination III-ACE III
- Escala de detección de olvidos (EDO-10)
- Mini-SEA
- INECO Frontal Screening (IFS)
- Inventario de depresión de Beck (BDI)
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
- Escala de autoeficacia general (EAG)
- Escala de locus de control de Rotter
- Cuestionario Necesidades
- Escala PANAS
- Cuestionario de las trampas vitales
- Escala de autoestima de Rosenberg
- Memoria episódica verbal de Signoret

-Memoria episódica lógica de Signoret

-Test de fluencia verbal

Tabla unificada de puntajes -Evaluación Integral Psiconeurológica (E.I.P.S.I.N)-

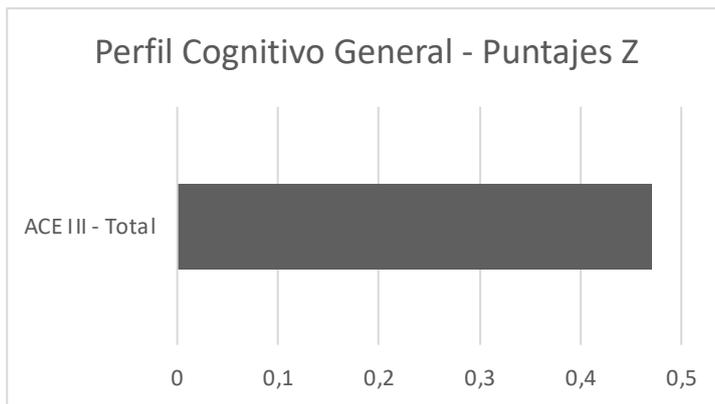
Instrumento y/o sub-ítems	Puntaje de corte y/o máximo	Puntaje Obte- nido	Puntaje Z
Adjetivos para Evaluar Personalidad (AEP)			
-Extraversión	5		
-Amabilidad	5		
-Responsabilidad	5		
-Neuroticismo	5		
-Apertura	5		
Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90 R) de Derogatis			
-Somatizaciones	80		
-Obsesiones y compulsiones	80		
-Sensitividad interpersonal	80		
-Depresión	80		
-Ansiedad	80		
-Hostilidad	80		
-Ansiedad fóbica	80		
-Ideación paranoide	80		
-Psicoticismo	80		
-Índice de severidad global	80		
-Total de síntomas positivos	80		
-Índice de malestar sintomático positivo	80		
Tamizaje de Trastornos del Especto Autista en adultos (AQ-10)			
-Total AQ-10	6 -sin diagnóstico 10 -con diagnóstico		

Addenbrooke's Cognitive Examination III-ACE III			
-Atención	18		
-Memoria	26		
-Fluencia verbal	14		
-Lenguaje	26		
-Habilidades visuoespaciales	16		
-Total ACE-III	82/100 punto de corte con mayor sensibilidad.		
Escala de detección de olvidos (EDO-10)			
-Total EDO-10	4		
Mini-SEA			
-FP- Historias Faux-pas	30		
-FP-Historias No Faux-pas	10		
-FP-Total	40		
-FP-Preguntas control	20		
-FP-Faux-pas subscore	15		
-RE- Felicidad	5		
-RE- Miedo	5		
-RE- Asco	5		
-RE- Enfado	5		
-RE- Sorpresa	5		
-RE- Tristeza	5		
-RE- Neutral	5		
-RE- Total	35		
-RE- Emoción subscore	15		
-Total Mini-SEA	30		
INECO Frontal Screening (IFS)			
-Memoria de trabajo	10		

-Total IFS	25		
d2			
-Total Correctas	500		
-Omisiones	-		
-Comisiones	-		
Inventario de depresión de Beck (BDI)			
-Total BDI	Ausencia: 0-9 Leve a moderada: 10-18 Moderada a grave: 19-29 Grave: 30-63 Puntaje de corte sugerido: 13		
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)			
-Ansiedad estado	75		
-Ansiedad rasgo	75		
Escala de autoeficacia general (EAG)			
-Total EAG	40	22	-3.44
Escala de locus de control de Rotter			
-Puntaje total escala	13	12	0.33
Cuestionario Necesidades			
-Puntaje total cuestionario	50	43	
Escala PANAS			
-Afectividad negativa-Rasgo			
-Afectividad negativa-Estado			
-Afectividad positiva-Rasgo			
-Afectividad positiva-Estado			
Cuestionario de las trampas vitales			

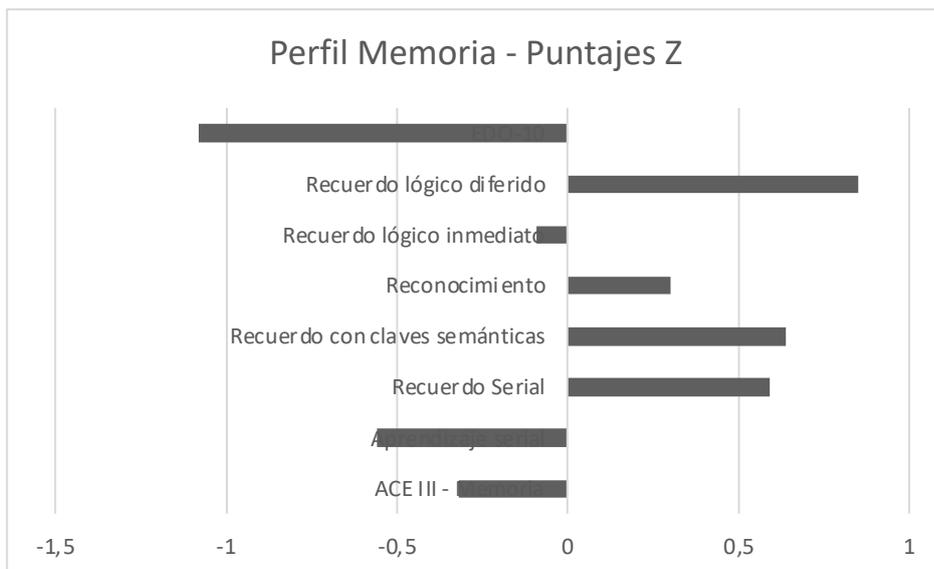
-Abandono	5		
-Desconfianza y abuso	5		
-Vulnerabilidad	5		
-Dependencia	5		
-Privación emocional	5		
-Exclusión social	5		
-Imperfección	5		
-Fracaso	5		
-Subyugación	5		
-Normas inalcanzables	5		
-Grandiosidad	5		
Escala de autoestima de Rosenberg			
-Total escala			
Memoria episódica verbal de Signoret			
-Aprendizaje Serial	12		
-Recuerdo Serial	12		
-Rec. Con claves semánticas	12		
-Reconocimiento	12		
Memoria episódica lógica de Signoret			
-Recuerdo lógico inmediato	12		
-Recuerdo lógico diferido	12		
Test de fluencia verbal			
-Fonológica	-		
-Semántica	-		
-De acción	-		
RENDIMIENTO COGNITIVO GENERAL			

Figura 1 MODELO



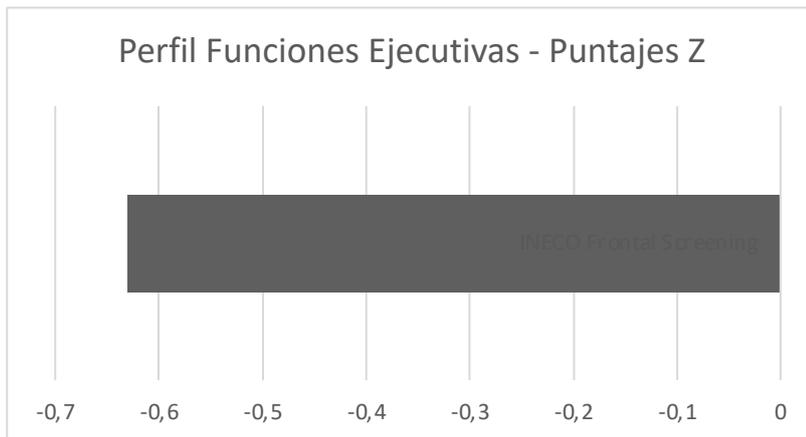
MEMORIA		
Proceso Cognitivo	Resultado	Comentario
Inmediata	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Largo Plazo	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Episódica	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Aprendizaje	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Recuerdo con facilitadores	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Memoria de trabajo	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.

Figura 2 MODELO



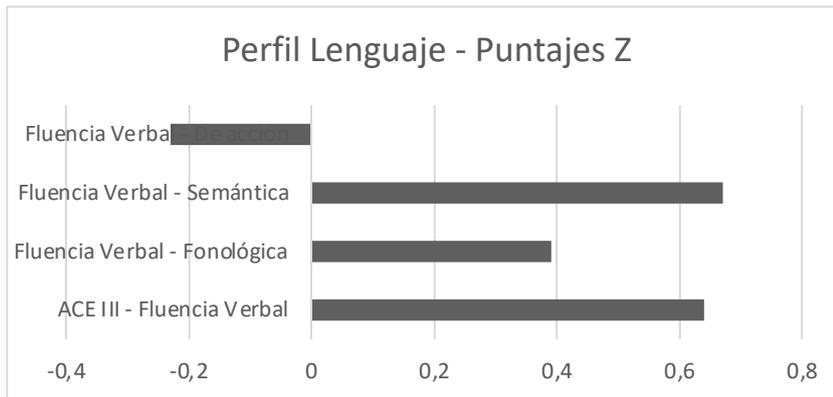
FUNCIONES EJECUTIVAS		
Proceso Cognitivo	Resultado	Comentario
Razonamiento Lógico-Abstracto	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Flexibilidad Mental	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Automonitoreo	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Inhibición e Iniciación de comportamientos orientados a metas	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Planificación y Análisis	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.

Figura 3 MODELO



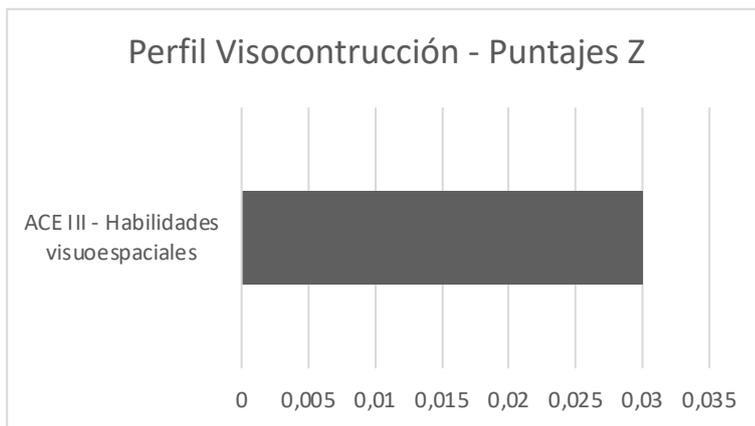
LENGUAJE		
Proceso Cognitivo	Resultado	Comentario
Comprensión de información verbal	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Fluencia Verbal Espontánea	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Fluencia Verbal Controlada	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Fluencia Verbal de Acción	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Nominación	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Expresión	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Lecto-Escritura	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.

Figura 4 MODELO



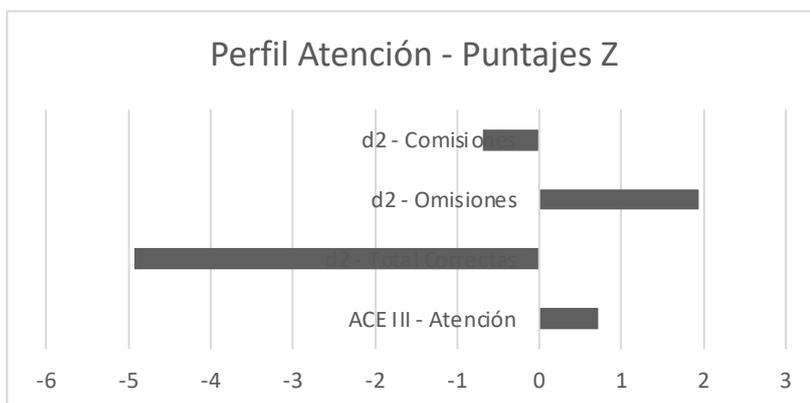
HABILIDADES PERCEPTIVO-MOTORAS		
Proceso Cognitivo	Resultado	Comentario
Percepción Visual	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Visoconstrucción simple	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Habilidad Perceptivo-Motora	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Praxias	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Gnosias	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.

Figura 5 MODELO



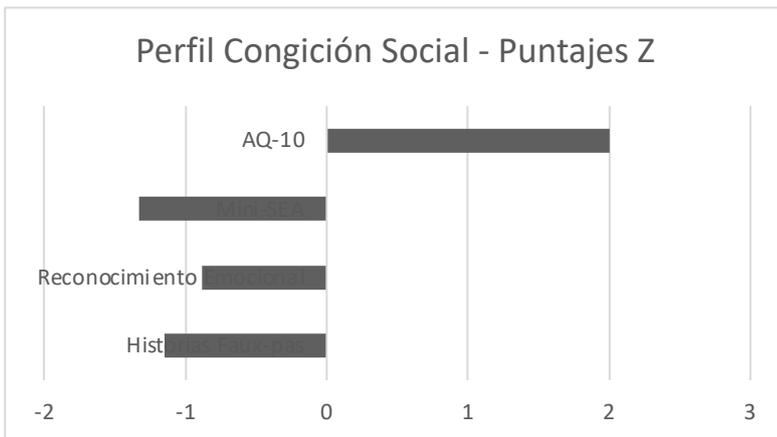
ATENCIÓN		
Proceso Cognitivo	Resultado	Comentario
Selectividad (Atender a estímulos relevantes)	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Spam Atencional	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Velocidad de Procesamiento	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.

Figura 6 MODELO



COGNICIÓN SOCIAL		
Proceso Cognitivo	Resultado	Comentario
Reconocimiento emocional	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Teoría de la mente	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Indicadores de autismo	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.

Figura 7 MODELO

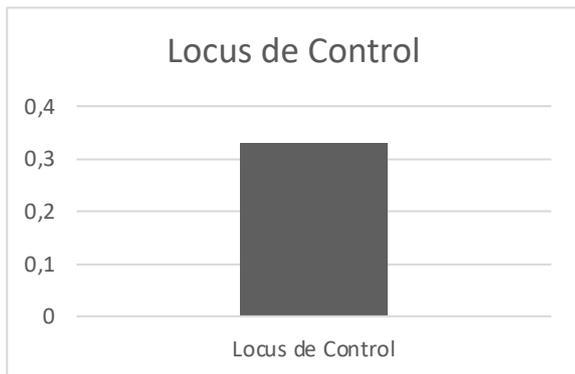


PERSONALIDAD/SELF		
Proceso Psicológico	Resultado	Comentario
Rasgos predominantes	Rasgos de personalidad predominantes	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Locus de control	Locus de control predominante	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Necesidades (orden)	Satisfechas/insatisfechas	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.

Figura 8 MODELO



Figura 9 MODELO



EMOCIONALIDAD		
Proceso Psicológico	Resultado	Comentario
Síntomas predominantes	Sintoma predominante	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Autoeficacia	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Autoestima	Etiqueta cualitativa según consenso actual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Afecto predominante	Afecto positivo o negativo- rasgo o estado	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.

Figura 10 MODELO

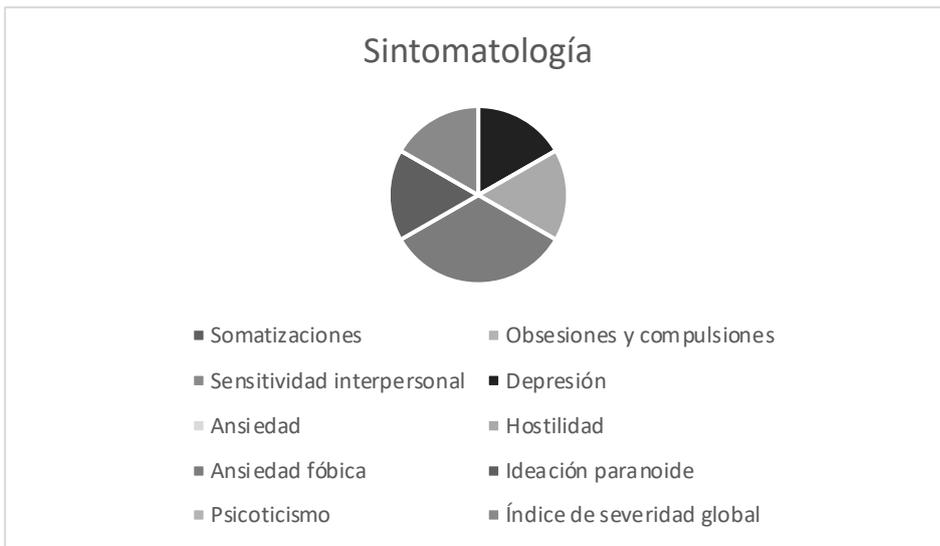
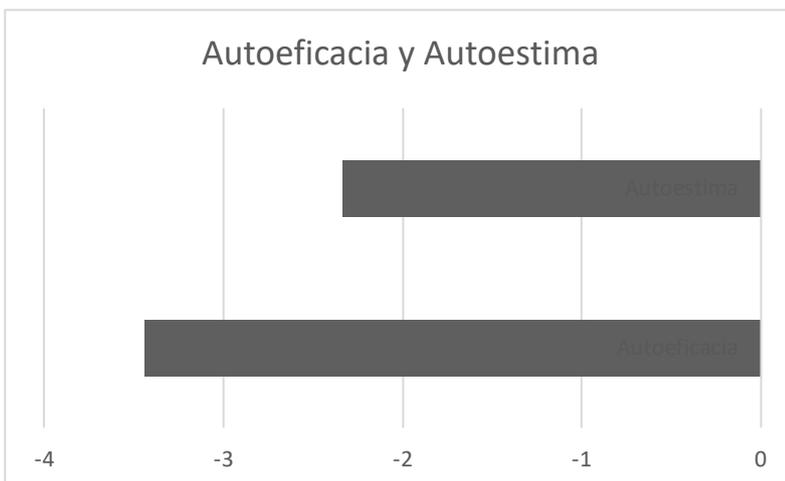
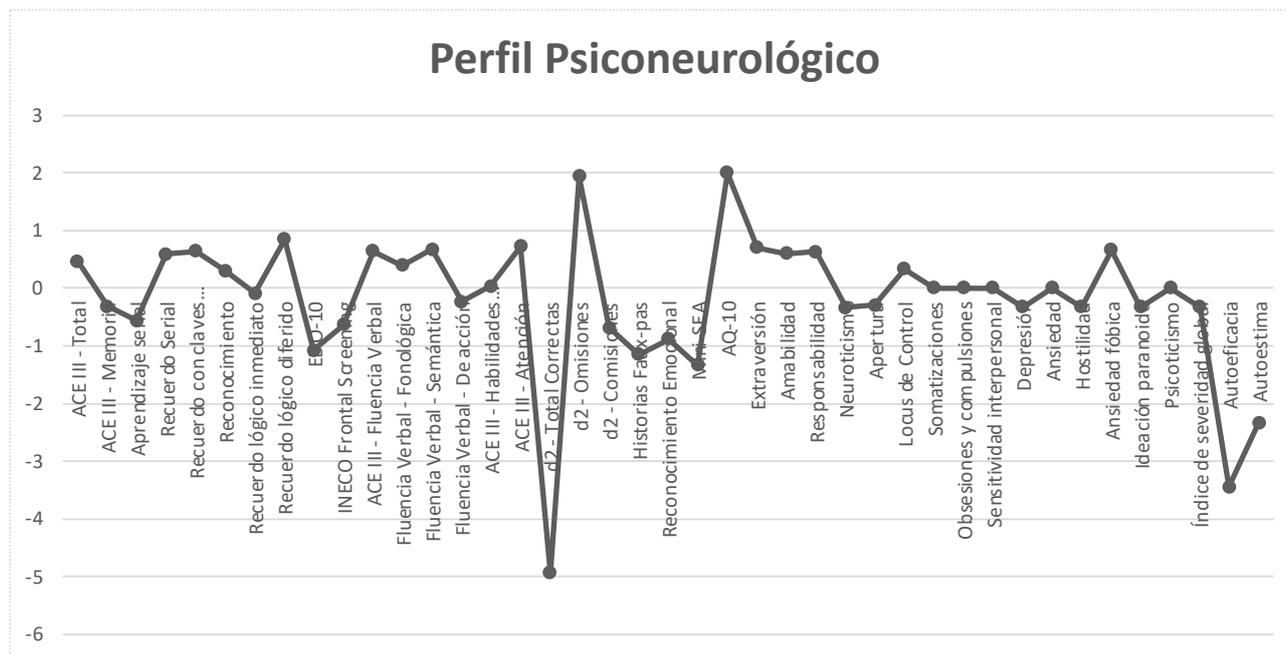


Figura 11 MODELO



PERFIL PSICONEUROLÓGICO - PUNTAJES Z OBTENIDOS

Figura 12 MODELO



ESTADO PSÍQUICO ACTUAL
Se describe el estado psíquico del paciente en los encuentros.

ANÁLISIS PSICONEUROLÓGICO	
PARADIGMA	ANÁLISIS ARTICULADO
Paradigma Biológico	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Paradigma Ambiental/Conductual	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Paradigma Cognitivo	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Paradigma Afectivo	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Paradigma Inconsciente	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Paradigma Sistémico	Comentario sobre los datos obtenidos y observación clínica.
Integración Dinámica - SELF (Incluir Guión Paterno y Guión Personal)	Articulación de la dinámica psicológica donde confluyen todos los paradigmas.

CONCLUSIÓN:

Al momento de la presente evaluación psiconeurológica, 01/12/2023, los resultados obtenidos por el paciente Nombre del individuo de edad en años al momento actual, en comparación con las personas de su misma edad y desarrollo académico, indican lo siguiente:

Se realiza un posible diagnóstico o conclusión sobre lo encontrado. Siempre articulado a la realidad de la persona.

PRONÓSTICO:

Observaciones adicionales:

- Se recomienda que durante este período se consolide el cuidado de variables, ocasionalmente menos percibidas, que pueden afectar el rendimiento cognitivo, como por ejemplo la calidad de hidratación, alimentación, sueño, descanso y actividades cotidianas que realiza Nombre de la persona.

Sugerencias:

- Cuidado de variables críticas: Hidratación-Alimentación-Sueño y Descanso- Recreación-Actividades cognitivas.

- Conservar el presente estudio para ser utilizado oportunamente como línea base, comparativa.

- Se realizar sugerencias de intervención en caso que se requieran.

(Ante cualquier consulta, adjunto datos de contacto).

Firma

Datos del profesional interviniente

Apéndice 5 – Sugerencias para el uso profesional

Se recomienda tener un conocimiento previo de las funciones cognitivas y cómo estas se relacionan con la realidad de las personas. Además, la evaluación integral psiconeurológica se enmarca en un modelo cognitivo-integrativo de la psicología, por lo que su uso debe entenderse dentro de un contexto amplio de interrelaciones multicausales que faciliten una mejor comprensión de los individuos. No se aconseja su uso y replicación fuera del marco integrador y de los paradigmas que lo sustentan.

GLOSARIO

Agnosia: Incapacidad para reconocer e identificar objetos o personas a pesar de tener funciones sensoriales intactas.

Anosognosia: Incapacidad para reconocer las propias limitaciones.

Atención: Capacidad de concentrarse en estímulos o tareas específicas, ignorando otros estímulos irrelevantes.

Cognición: Conjunto de procesos mentales relacionados con el conocimiento, incluyendo percepción, memoria, razonamiento y toma de decisiones.

Comorbilidad: Presencia de uno o más trastornos adicionales al trastorno primario.

Comprensión verbal: Capacidad para entender el lenguaje hablado o escrito.

Control inhibitorio: Capacidad para suprimir impulsos y respuestas automáticas no deseadas por la persona.

Esquema cognitivo: Representación mental típicamente estereotipada estable en el tiempo.

Estímulo-respuesta: Relación entre la presentación de un estímulo y la respuesta que genera.

Etiqueta: Calificación estereotipada y simplificadora.

Expresión verbal: Capacidad para producir palabras y frases con claridad.

Flexibilidad cognitiva: Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones o cambiar de estrategia cuando las circunstancias cambian.

Función ejecutiva: Conjunto de habilidades cognitivas que permiten planificar, tomar decisiones, resolver problemas, controlar impulsos y comportarse de manera flexible en base al entorno.

Gnosia: Capacidad que tiene el cerebro para reconocer información previamente aprendida.

Guion Paterno: Esquemas cognitivos no consientes que nuestros los padres moldean en las infancias.

Guion Personal: Esquemas cognitivos no consientes que permiten la formación de una identidad autónoma independiente.

Habilidad espacial: Capacidad para manipular y entender formas y figuras en el espacio.

Labilidad afectiva: Inestabilidad emocional con cambios rápidos y extremos en el estado de ánimo.

Lenguaje: Habilidad para comprender y producir palabras y frases para comunicarse.

Memoria: Capacidad para codificar, almacenar y recuperar información.

Neuroplasticidad: Capacidad del cerebro para reorganizarse y formar nuevas conexiones neuronales a lo largo de la vida, especialmente después de lesiones.

Neurotransmisor: Sustancia química que transmite señales entre neuronas, como la serotonina, dopamina y acetilcolina.

Organización de significado personal: Consiste en el ordenamiento de la experiencia inmediata con matices emocionales y que dan lugar a como la persona explica la realidad. Como construye la realidad la persona.

Orientación espacial: Habilidad para determinar la posición de objetos en relación a uno mismo y entre ellos.

Percepción: Proceso mediante el cual se interpretan y organizan los estímulos sensoriales para formar una representación coherente del entorno.

Planificación: Habilidad para desarrollar estrategias y secuencias de acciones para alcanzar un objetivo.

Razonamiento: Capacidad para procesar información y tomar decisiones lógicas.

Rehabilitación neuropsicológica: Proceso terapéutico destinado a recuperar y mejorar las funciones cognitivas dañadas debido a lesiones cerebrales o enfermedades neurológicas.

Resolución de problemas: Capacidad de la persona para encontrar soluciones a situaciones complejas o nuevas.

Sistemas de memoria: Diferentes tipos de memoria que operan en conjunto para procesar la información (memoria sensorial, a corto plazo, a largo plazo, etc.).

Solución de problemas: Habilidad para identificar, analizar y resolver situaciones complejas o nuevas.

Visuoespacial: Capacidad para percibir, analizar y comprender las relaciones espaciales entre objetos.