

Pérez, Belén

**El rol del psicólogo clínico en la
interconsulta médico-psicológica de
un hospital público polivalente
de la Ciudad de Córdoba**

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

Directora: González, Ana Silvia

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



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

*El rol del psicólogo clínico en la Interconsulta Médico-Psicológica de un hospital público
polivalente de la Ciudad de Córdoba*

Belén Pérez

El rol del psicólogo clínico en la Interconsulta Médico-Psicológica de un hospital público polivalente de la Ciudad de Córdoba



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

MODALIDAD: SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS

“El rol del psicólogo clínico en la Interconsulta Médico-Psicológica de un hospital público polivalente de la Ciudad de Córdoba”

Autora: Belén Pérez

DNI: 41.954.872

Directora: Esp. Ana Silvia González

2024

ÍNDICE DE SIGLAS	7
AGRADECIMIENTOS	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL	12
2.1 HISTORIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS	13
2.2 EL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS EN LA ACTUALIDAD	14
2.3. SERVICIO DE PSICOPATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS	15
2.4 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL	18
3. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	19
4. OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	22
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
5. PERSPECTIVA TEÓRICA	23
5.1 EL PSICÓLOGO CLÍNICO Y EL EJERCICIO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	24
5.1.1 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	24
5.1.2 TÉCNICAS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	25
5.1.3 INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	29
5.2 EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN HOSPITALES GENERALES	32
5.2.1 LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: DINÁMICA Y ORGANIZACIÓN ...	32
5.2.2 EL ROL DEL PSICÓLOGO: DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN	33
5.2.2.1 LA INTERCONSULTA COMO DISPOSITIVO	35
6. MODALIDAD DE TRABAJO	45
6.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS	46
6.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	46
6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
6.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
7. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	51
7.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	52
7.2 ANALISIS Y SINTESIS DE LA EXPERIENCIA	63
7.2.1 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INTERCONSULTA	63
7.2.1.1 INICIO DEL PROCESO	64

7.2.1.1.1 RECEPCIÓN DE LA INTERCONSULTA: CANALES DE PEDIDO Y SERVICIOS SOLICITANTES	64
7.2.1.1.2 MOTIVOS	68
7.2.1.2 INTERVENCIONES	75
.2.1.2.1 COLABORACIÓN DIAGNÓSTICA	76
7.2.1.2.2 COLABORACIÓN TERAPÉUTICA	81
7.2.1.2.3 ORGANIZACIÓN DEL ALTA MÉDICA, CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO, Y TRANSFERENCIA A UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL	92
7.2.1.3 CIERRE DEL PROCESO	98
7.2.2 DESAFÍOS DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO	101
8. CONCLUSIÓN	107
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

ÍNDICE DE SIGLAS

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos

FePRA: Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina

HNC: Hospital Nacional de Clínicas

ICMP: Interconsulta Médico-Psicológica

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAMI: Programa de Asistencia Médica Integral

UNC: Universidad Nacional de Córdoba

AGRADECIMIENTOS

A Raúl, Susi y Julieta quienes me brindaron su apoyo todos estos años y me enseñaron el valor del compromiso, la perseverancia y la dedicación para alcanzar mis objetivos. Sin ustedes, este logro no habría sido posible, gracias por creer en mí y estar siempre a mi lado. Un agradecimiento especial a Simón, mi fiel y peludo compañero de estudio.

A Celeste, mejor amiga y hermana de la vida, sin ella este recorrido no hubiera sido el mismo; nuestras risas en los momentos difíciles fueron motor fundamental.

A mis amigas, quienes hicieron de los años de la facultad un camino más fácil y transitable, siempre incondicionales y contenedoras.

A la Universidad Católica de Córdoba y a sus docentes, por impartirme una vasta variedad de conocimientos y aprendizajes a lo largo de la carrera.

Al Hospital Nacional de Clínicas, y en especial a los profesionales que forman parte del Servicio de Psicopatología, por abrirme sus puertas y ofrecerme una amplia gama de experiencias y aprendizajes, tanto en lo profesional como en lo personal. También al dedicado equipo de interconsulta, por permitirme ser parte de cada momento, por tomarse el tiempo de enseñarme y ayudarme a aprender.

A Ana, mi directora de tesis, quien me guió durante todo el desarrollo del Trabajo Final, siempre atenta, motivadora y dispuesta a seguir avanzando. Sin su compromiso y calidez, esto no habría sido posible.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de Integración Final responde a los requisitos necesarios para la obtención del título de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba y se encuadra dentro del desarrollo de las Prácticas Profesionales Supervisadas. La experiencia sobre la que se trabaja se enmarca dentro del contexto clínico y fue llevada a cabo en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de la provincia de Córdoba durante el periodo de marzo a noviembre del año 2023.

Para situar el contexto donde se llevaron a cabo las prácticas, se dedica un apartado a la historia y manejo actual del Hospital Nacional de Clínicas en general, así como a su Servicio de Psicopatología en particular. Además, se incluye un organigrama institucional que refleja ordenadamente los distintos dispositivos que ofrece el Servicio.

El trabajo se estructura sobre un eje de sistematización, hilo conductor del desarrollo, que se titula: “El rol del psicólogo clínico en la interconsulta médico-psicológica de un hospital público polivalente de la Ciudad de Córdoba”. La elección de este tema se fundamenta en la confluencia de dos razones. Por un lado, la observación directa de los pedidos de interconsulta médico-psicológica (en adelante ICMP) que arribaban al Servicio; y, la posibilidad de participación y acompañamiento al equipo interconsultor al momento de responder a las solicitudes y visitar las áreas de internación hospitalaria. Por otro lado, los interrogantes que se desprendieron a partir del mencionado acompañamiento al equipo interconsultor y relacionados con aspectos relativos al rol del psicólogo, tales como las intervenciones realizadas en este dispositivo, los aportes que podría brindar la psicología en este contexto, los resultados de dichos aportes y los desafíos que enfrentan los psicólogos frente al intercambio con los equipos médicos. Cabe mencionar que estos interrogantes permitieron desarrollar los objetivos que estructuran el análisis del trabajo.

Siguiendo con la organización del TIF, seguidamente al eje se desprende el apartado referido al objetivo general, y los tres objetivos específicos, siendo estos últimos: Identificar las diferentes formas de recibir pedidos de interconsulta y los pasos a seguir una vez recibidos; Caracterizar el papel del psicólogo/a en las diferentes demandas de interconsulta hospitalaria; Reconocer los desafíos del trabajo interdisciplinario a partir del dispositivo de la interconsulta.

Por consiguiente, se aborda la perspectiva teórica relevante para las temáticas mencionadas, tomando los aportes de diversos autores que han hecho desarrollos claves en este campo de intervención. En este sentido, se toma a Carpinacci (1979) quien presenta la organización del dispositivo de interconsulta a partir de seis pasos claramente definidos, y a Crespo Hervas y Martín Vázquez (1996) para delimitar tres grandes motivos por los cuales surge un pedido de ICMP. Además, los aportes de los documentos del Ministerio de Salud de

la Nación (2018) permiten pensar el rol del psicólogo en un hospital general, y los dichos de Ferrari, et. al., (1980) y Lattanzi y Muñoz (2017) situar el rol particularmente en la ICMP. Igualmente, para las intervenciones propias del accionar psicológico, se recuperan aportes de Bernstein y Nietzel (1982) y Fuentetaja y Villaverde (2019).

Siguiendo esta línea, se incluye el apartado de modalidad de trabajo, que remite a dar cuenta de los aspectos centrales que implica la sistematización de experiencias, la cual se conceptualiza desde la perspectiva de Jara (2011). Al respecto, se especifican las características de los sujetos participantes, las técnicas de recolección de datos (observación participante y no participante, registro de campo y entrevista semi estructurada) y las consideraciones éticas tenidas en cuenta para la participación en la práctica, así como para la elaboración del TIF.

Consecutivamente, se realiza el apartado central del trabajo, referido al análisis de la experiencia, dividido en dos partes: por un lado, la recuperación del proceso vivido que incluye todas las experiencias y actividades realizadas en la institución hospitalaria a lo largo de los meses; y, por otro, un análisis y síntesis de la experiencia a través de una articulación teórico-práctica basada en el eje de sistematización definido y los objetivos formulados.

Finalmente, se desarrolla la conclusión que permite repensar lo hasta entonces desarrollado, y comprender la importancia del rol del psicólogo en la ICMP dentro de un hospital general; y las referencias bibliográficas con la totalidad de los autores mencionados a lo largo del trabajo.

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

2.1 HISTORIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

El Hospital Nacional de Clínicas (en adelante HNC) es el hospital-escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Es una institución polivalente de alta complejidad y de carácter público ubicada en el Barrio Alberdi de la Ciudad de Córdoba, sobre la calle Santa Rosa 1564.

Su construcción comienza en 1885, ocho años después de la inauguración de la Facultad de Ciencias Médicas, como respuesta a las demandas de crear un hospital adecuado para la formación de los alumnos. Fue el entonces decano Luis Rossi, quien inicia las gestiones para iniciar la construcción, con la ayuda del intendente Juan Manuel de la Serna, quien cede el terreno, y el ingeniero y arquitecto italiano Francisco Tamburini, quien diseña y completa la construcción del proyecto.

El hospital se inauguró el 24 de mayo de 1913, y se designó como primer director al Dr. Pedro Vella y como secretario al Dr. Ernesto Romagosa, figuras importantes dentro de la medicina de la provincia. En ese entonces, el edificio contaba con diez pabellones diferenciados, cinco para hombres y cinco para mujeres, con una capacidad máxima para 282 enfermos; y a su vez, con aulas para un máximo de 621 estudiantes de las carreras de Medicina, Obstetricia y Farmacia.

Entre 1915 y 1917, y como respuesta a la gran demanda de pacientes que concurrían al hospital, se anexaron nuevos pabellones a la planta inicial, dando lugar a nuevas especialidades médicas: el pabellón infectológico, de aislamiento, otorrinolaringología, oftalmología y anatomía patológica.

El HNC tuvo una fuerte impronta y una estrecha relación con la historia universitaria de Córdoba. El 1 de diciembre de 1917, las autoridades universitarias anuncian la clausura del internado de estudiantes, en lo relativo a la pensión de los mismos, aduciendo razones económicas y morales. Este internado era la única escuela práctica para estudios médicos, y era especialmente importante para los estudiantes de bajos recursos. Este hecho mantuvo al HNC como centro de las protestas estudiantiles y obreras, y epicentro de la Reforma Universitaria de 1918. También asumió un lugar central durante el Cordobazo, uno de los movimientos sociales más importantes de América del siglo XX.

El impacto del HNC también se observa a nivel cultural y social. El hospital contribuyó a modificar la vida e identidad del antiguo “Barrio de las Quintas” que empezó a denominarse

“Barrio Clínicas” el cual se caracteriza por sus viviendas bajas y sencillas; se hizo famoso por sus peñas, personajes y compromiso con la vida política y social del país.

En 1996 fue declarado Monumento Histórico Nacional “considerando de valor arquitectónico e histórico patrimonial el pabellón central, de especialidades, cirugía, internación, chimenea, aula menor, pabellón oncológico, depósito, cocina, capilla, aula mayor, pabellón de anatomía, cátedra de farmacología, servicios generales y anatomía patológica” (Reseña Histórica, s.f.).

2.2 EL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS EN LA ACTUALIDAD

El Hospital Nacional de Clínicas recibe 20.000 consultas mensuales, 700 internaciones y realiza unas 650 cirugías por mes, de las cuales el 10% son del servicio de guardia del hospital; además absorbe interconsultas y pacientes de distintas regiones del país. (Reseña Histórica, s.f.). Brinda atención y servicio a personas sin cobertura médica, pero también, y en menor medida, atiende a usuarios de PAMI, APROSS y las obras sociales universitarias: DASPU y PASOS.

En la parte académica cuenta con más de treinta cátedras de Medicina y permite realizar prácticas a estudiantes de otras carreras como enfermería, nutrición, fisioterapia, farmacia y laboratorio, así como aquellas referidas a los cursos de posgrado. Cuenta con tres museos distribuidos a lo largo de la institución: Museo de Ciencias de la Salud, Museo de Anatomía y Museo de Anatomía Patológica.

Las autoridades a cargo son el Méd. Alberto José Pons, como Director General; la Prof. Méd. Marcela Munizaga como Directora Asistencial; el Dr. Mariano Zuazága como Jefe de Guardia; y el Prof. Dr. Rogelio Pizzi como Decano Facultad de Ciencias Médicas

Los servicios que actualmente están funcionando son:

Alergia e Inmunología / Alimentación / Anatomía Normal / Angiología y Hemodinámica / Cardiología / Cirugía cabeza y cuello / Cirugía Cardiovascular / Cirugía de Tórax / Cirugía General ³/₅ / Cirugía General ⁴/₆ / Cirugía Plástica / Cirugía vascular / Clínica Médica / Coordinador de Quirófanos / Dermatología / Diabetología

/ Dirección General de Enfermería / Endocrinología / Endoscopia Digestiva / Farmacia Central / Flebología y Linfología / Fonoaudiología / Ginecología / Guardia Central / Imágenes / Infectología / Instituto de Hemoterapia / Instituto Oncológico Univ. / Kinesiología- Fisioterapia / Laboratorio Central / Laboratorio Radio Inmuno Ensayo / Medicina Crítica / Medicina Familiar / Medicina Laboral / Nefrología / Neumonología / Neurología / Neurología / Nutrición / Oftalmología / Onco-Hematología / Otorrinolaringología / Patología / Psicopatología / Radioisótopos / Reumatología / Traumatología / Unidad de Cuidados Coronarios / Unidad de Gestión y Auditoría / Unidad Terapia Intensiva 1 / Unidad Terapia Intensiva 2 / Urología. (Reseña Histórica, s.f.)

2.3. SERVICIO DE PSICOPATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

La información planteada dentro de este apartado fue recabada a partir de una comunicación personal con el Lic. C., psicólogo de planta del Servicio de Psicopatología del HNC, realizada el 3 de julio de 2023 (Registro de Practica Pérez B, p.1-3).

El Servicio de Psicopatología está ubicado en un entrepiso del lado izquierdo del hospital. Cuenta con dos salas comunes para el encuentro entre profesionales, una sala para el uso de psicoterapia grupal, y once consultorios distribuidos a lo largo del piso.

Sus inicios se remontan a 1983, posterior al proceso de dictadura militar del país, dentro del Servicio de Oncología. Allí, ingresa la Lic. Beatriz Gutiérrez con el objetivo de comenzar a planificar intervenciones de orden psicológico que permitan trabajar tanto con pacientes de oncología, como con pacientes generales. Esto permite comenzar a ampliar el campo de intervención, culminando, en 1995, con la creación e institucionalización del Servicio de Psicopatología tal como se lo conoce actualmente, con el Dr. Wilington como primer jefe de servicio.

Desde esa fecha hasta la actualidad, fueron muchos los cambios que atravesaron al servicio, su organización y dinámica. Hasta el año 2014, la población de pacientes que asistían era ampliamente mayor a la que actualmente asiste. Este hecho se debe a varios factores: el ingreso al servicio se realizaba a partir del pago de un bono, que permitía a todas las obras

sociales una convención con la institución; la gran cantidad de profesionales que formaban parte, alrededor de 65; y el extenso horario de atención que tenía, hasta las 22 inclusive.

A partir del 2014, el hospital pasa a ser de gestión pública. Esta decisión llevó a un cambio del sistema y de la organización del servicio en general, cuyo mayor impacto fue la pérdida de gran cantidad de pacientes debido al no recibimiento de obras sociales: un 70% de los usuarios quedó sin cobertura y comenzó a derivar a otras instituciones.

Hasta la pandemia COVID-19, los profesionales del servicio rondaban entre los 30/35. Pero con la llegada del confinamiento, el servicio cerró sus puertas, dejó de funcionar y de brindar asistencia. De a poco, durante el transcurso del 2021, comenzó la reincorporación gradual pero el personal ya no era la misma cantidad; muchos dejaron sus puestos y a otros nunca más se les renovó el contrato.

Actualmente, el servicio cuenta con un Jefe de Servicio; una coordinadora general; nueve Licenciados en Psicología: seis de planta y tres con contrato de locación en servicio; diez practicantes del Posgrado de Psicoanálisis de la UNC; dos practicantes de la Especialidad en Clínica de la UNC; dos psiquiatras de planta y tres residentes de psiquiatría; ocho estudiantes de las Prácticas Pre Profesionales de la Facultad de Psicología de la UNC; y dos estudiantes de las Prácticas Profesionales Supervisadas de Psicología de la UCC.

Con respecto a las corrientes psicológicas utilizadas dentro del servicio, se encuentra la Terapia Cognitiva Conductual, Terapia Dialéctico-Conductual, Gestalt, Psicoanálisis, y Psicoterapia Breve de Fiorini.

Los servicios que brinda son admisión, cuya derivación siempre es alguna asistencia terapéutica, sea individual y/o grupal (Terapia Gestáltica de Grupo, Grupo de Entrenamientos de Habilidades DBT, Grupo de Control Farmacológico), sumado a consulta psiquiátrica; interconsulta en sala; y el servicio de evaluaciones: neurocognitivas, aptos y psicodiagnósticos.

Tal como se mencionó anteriormente, el hospital trabaja con determinadas obras sociales; específicamente el servicio de psicopatología tiene convenio con PAMI para la realización de evaluaciones neurocognitivas; con DASPU Y PASOS para el resto de las áreas; y con APROSS únicamente para asistencia psicológica, no psiquiátrica.

El proceso que realiza el sujeto interesado en comenzar a recibir atención por parte del servicio comienza a través de la central de turnos. Puede realizarlo vía telefónica de lunes a viernes de 8 a 14, o de forma presencial en el hospital, donde se otorgan 80 turnos a partir de las 8 para todas las especialidades. Ese turno le permite al consultante, concurrir a una Entrevista de Admisión. Estas son pequeñas evaluaciones llevadas a cabo por profesionales psicólogos o psiquiatras, con el objetivo de realizar un relevamiento de la demanda del sujeto.

Se realizan los días martes y jueves, de 8 a 12 horas, con un promedio de 6 a 7 entrevistas diarias. A partir de allí, se realiza una derivación a algún tipo de asistencia terapéutica: terapia individual, terapia grupal y/o consulta psiquiátrica. Se abre así, la Historia Clínica del paciente, y comienza su proceso terapéutico.

La derivación a alguno de los tipos de asistencia terapéutica está a cargo del profesional admisor, quien, intenta encontrar el profesional más pertinente para el caso. Frente a la gran cantidad de demanda que tiene el servicio y la larga lista de espera de las psicoterapias, muchas veces se limitan a encontrar turnos libres dentro de la planilla de Google Drive que comparten, o hablar directamente con el profesional para consultarle personalmente.

Con respecto a la asistencia individual, las sesiones contempladas en el hospital son un total de 25; una vez llegados a ese número, los pacientes pueden ser dados de alta, o comenzar a participar de alguna asistencia terapéutica grupal, donde pueden permanecer hasta dos años inclusive. El enfoque asistencial del servicio permite que una vez tratado el síntoma por el que ingresó, el paciente sea dado de alta o derivado. Este enfoque es el que lo llevó a nombrarse Servicio de Psicopatología, y no Servicio de Salud Mental; se centra en atender patologías y síntomas. Es un servicio de carácter asistencial, contemplado dentro de la atención secundaria de la salud.

2.4 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

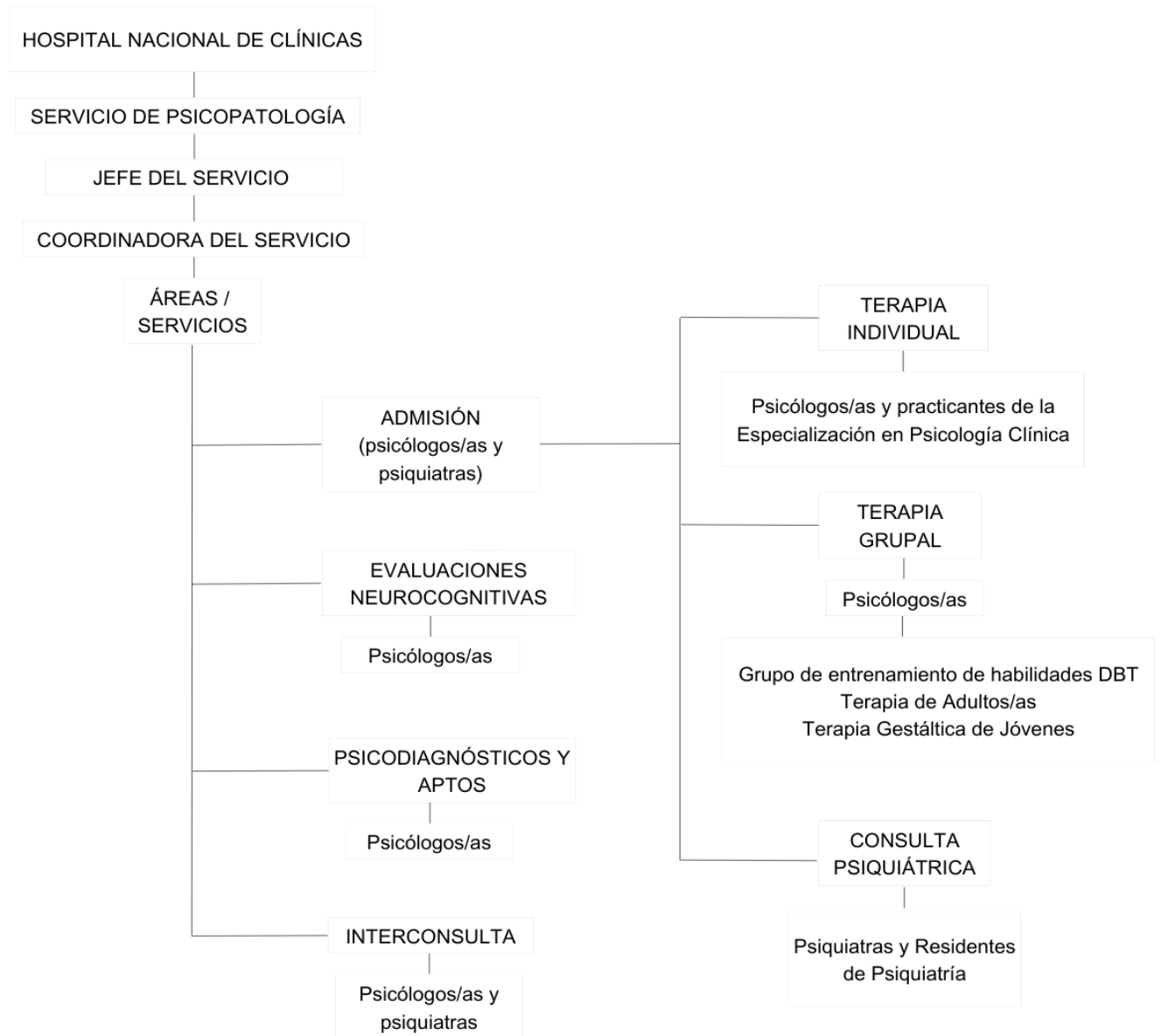


Figura 1. Organigrama de la institución (Psicólogo de planta del Servicio de Psicopatología, comunicación personal, 3 de julio de 2023).

3. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

El rol del psicólogo clínico en la Interconsulta Médico-Psicológica de un hospital público polivalente de la Ciudad de Córdoba.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar el rol del psicólogo/a clínico en la interconsulta médico-psicológica del Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las diferentes formas de recibir pedidos de interconsulta y los pasos a seguir una vez recibidos.
2. Caracterizar el papel del psicólogo/a en las diferentes demandas de interconsulta hospitalaria.
3. Reconocer los desafíos del trabajo interdisciplinario a partir del dispositivo de la interconsulta.

5. PERSPECTIVA TEÓRICA

5.1 EL PSICÓLOGO CLÍNICO Y EL EJERCICIO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

5.1.1 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología clínica se define como “un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo, aquél que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros” (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [EFPA], 2003, p. 2).

Tomando a Lagache (1982), se la explica como una disciplina psicológica basada en el estudio profundo de casos individuales. Así pues, el objeto principal es el estudio de las conductas humanas individuales, adaptadas e inadaptadas, y sus condiciones (herencia, maduración, condiciones fisiológicas y patológicas, historia de vida), siempre en conformidad con un enfoque de la persona en situación. Siguiendo al autor, “las principales finalidades prácticas de la psicología clínica son tres: asesoramiento, curación y educación (o reeducación)” (p. 7). El cumplimiento de estas finalidades sólo se alcanzará sobre una base racional que provenga del estudio científico del consultante frente a una determinada situación-problema. Se hace evidente entonces que, durante los diferentes momentos de la práctica psicológica, la operación esencial es el diagnóstico.

En este sentido, resulta claro que lo que confiere forma y esencia a la psicología clínica es la combinación y cumplimiento de las finalidades mencionadas, siempre en la continua búsqueda de lograr “entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades” (Bernstein y Nietzel, 1982, p. 7)

5.1.2 TÉCNICAS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Con el fin de alcanzar las finalidades expuestas en el apartado anterior, los psicólogos clínicos llevan a cabo una actividad de evaluación rigurosa. Esto mismo especifica Muniz (2018) cuando afirma: “la evaluación psicológica implica evaluar, validar, medir, comparar, pero por sobre todo conocer las características del evaluado” (p. 117). Desde Bernstein y Nietzel (1982) “recaban de sus pacientes una información que cubre muchos aspectos: su conducta, sus problemas, su capacidad, su actividad intelectual, etc.” (p. 8) permitiéndoles así obtener “la imagen que se forme del cliente para su trabajo terapéutico” (p. 127).

Tal como se mencionó anteriormente, la información permite arribar a un diagnóstico sobre la problemática del paciente, pero además posibilita “ayudar a un paciente en su elección vocacional, seleccionar a los candidatos más idóneos para un trabajo, describir las características de la personalidad, seleccionar el tipo de tratamiento psicológico adecuado” (Bernstein y Nietzel, 1982, p. 8), entre otras.

Para recopilar estos datos, la psicología se sirve de diversas técnicas que los autores catalogan dentro de cuatro grandes categorías: entrevistas, pruebas, observaciones y documentos históricos. Lagache (1982) clarifica esto afirmando que “las técnicas de psicología clínica son los procedimientos que el psicólogo utiliza para recoger o provocar los datos de hechos, de los que se sirve para elaborar el diagnóstico” (p. 13).

A continuación, se puntualizan las cuatro fuentes generales referidas por Bernstein y Nietzel (1982).

Según ellos, la entrevista se reconoce como “el instrumento más empleado en la psicología clínica” (p. 168). Agregan que “tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue al tratamiento” (p. 168). En este sentido, la entrevista como medio para recopilar datos sobre la conducta verbal y no verbal de una persona, se caracteriza por ser simple, no requerir de equipos ni lugar específico para llevarse a cabo y ser sumamente flexible. “El entrevistador tiene la libertad de adaptar el acento de la indagación y conversación hacia aquellos puntos y niveles particulares que parecen ser más pertinentes e importantes, de acuerdo con su orientación teórica o preferencia personal” (p. 123). Estas características, permiten que se utilicen en diferentes situaciones, incluyendo entrevistas iniciales, para la identificación de los problemas, de orientación, de terminación, en situación de crisis o de observación. Al

respecto, expresan “la estructura de una determinada entrevista depende en gran medida de su propósito” (Bernstein y Nietzel, 1982, p. 175).

A lo largo de las entrevistas, se utilizan una gran cantidad de técnicas, diferenciadas según los autores en directivas y no directivas. Con respecto a este último grupo, enfatizan el uso de preguntas abiertas o petición del tipo: “¿Qué le trae hoy por aquí?, ¿De qué le gustaría hablar?” (p. 179). Los autores afirman que se utiliza cuando se “desea instigar la conducta verbal del cliente a la vez que desea influir en su contenido lo menos posible”, ya que le permite al entrevistado “empezar con su propio estilo” (p. 179). Otra de las técnicas más utilizadas es la escucha activa, la cual implica responder “en formas tales que, sin interrumpirlo, le indiquen comprensión y lo animen a continuar” (p. 179). Por último, se encuentra el parafraseo. “El clínico vuelve a formular lo que el cliente le ha dicho con el propósito de demostrar que ha estado escuchando, y proporcionarle la oportunidad de escuchar y corregir el comentario si éste fue interpretado de una manera equívoca” (p. 180).

Las técnicas directivas permiten, al entrevistador, concentrarse “en los temas y aspectos particulares que le sean especialmente interesantes e importantes” (p. 182). Estas se presentan mayormente en forma de pregunta, la cual “permite recopilar la mayor cantidad de información particular” (Bernstein y Nietzel, 1982, p. 173). Esta idea es reforzada por Etchegoyen (1986) quien propone que el instrumento más sencillo y directo para recopilar información es la pregunta. Para él “tiene por finalidad obtener una información precisa y se entiende que se formula sin otros propósitos, sin segundas intenciones” (p. 279).

Tal como se ha mencionado anteriormente, la entrevista es útil en diferentes situaciones, que pueden agruparse, siguiendo a Bernstein y Nietzel (1982) en: Entrevistas iniciales, Entrevistas para la identificación de los problemas, Entrevista de orientación, Entrevistas de terminación, Entrevistas en situación de crisis y Entrevistas de observación.

A continuación se desarrollará la entrevista en situación de crisis, la cual es comúnmente utilizada en el ámbito hospitalario para abordar emergencias. En estos contextos, “el entrevistador no se puede dar el lujo de programar una serie de sesiones de evaluación para seguir alguna forma de tratamiento” (p. 172). Se debe trabajar sobre el problema inmediato, y el entrevistador “intenta dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda. Esto generalmente significa tratar al cliente con calma, interés y de una forma aceptante; haciendo preguntas para obtener información relevante y trabajando directamente sobre el problema inmediato” (p. 173).

Algunas situaciones implican realizar, primero que todo, un examen mental al paciente. Se busca indagar aspectos vinculados a la orientación temporal y espacial del sujeto, así como

memoria reciente y a largo plazo. Los autores agregan que, además, puede ampliarse la información evaluando “la familia y los amigos, la ocupación, los problemas físicos y psicológicos, la retención y el recuerdo de la información, el conocimiento general, etc.” (p. 175).

Estos desarrollos son abordados detalladamente en el documento titulado Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Para realizar una completa evaluación del estado psíquico global, se debe hacer foco en los siguientes aspectos:

“Estado de consciencia: despierto/dormido. Lúcido/Obnubilado

Grado de orientación global: ubicación témporo-espacial.

Estado cognitivo global: atención, concentración y memoria.

Aspecto físico: descuidado, señales visibles de abandono (siempre evaluado dentro del contexto socio cultural y etario).

Actividad motora: inquietud, desasosiego, hiperactividad, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía.

Actitud: colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida.

Lenguaje: verborágico, mutismo, neologismos.

Pensamiento: Curso: enlentecido, acelerado, interceptado, sin idea directriz, fuga de ideas. Contenido: Ideación coherente, delirante, de grandeza, de persecución, mística, pueril, obsesiones, ideas de desesperanza y muerte.

Juicio: conservado, insuficiente (ej. retardo mental), debilitado (ej. demencia), suspendido (ej. confusión mental), desviado (ej. esquizofrenia).

Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas.

Afectividad: humor expansivo (ej. manía), humor deprimido (ej. depresión), indiferencia afectiva (ej. esquizofrenia), labilidad (ej. bipolaridad).

Sueño: insomnio o hipersomnio.

Actitud alimentaria: anorexia, negativa a comer, hiperorexia”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013, p. 26)

Sumado a esto, es pertinente indagar en

“el contexto de la persona en crisis, en la situación en la que se produce y sobre los factores desencadenantes: factores estresantes y de riesgo para la persona (pérdidas, desempleo, desarraigo, episodios de violencia, etc.), situaciones de carencia (física, emocional y social) y en relación a enfermedades/padecimientos previos, entre otras. Y los aspectos vinculares y en particular la existencia de la red de apoyo socio-familiar de la persona e intervenir para favorecer su inclusión participativa”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013, p. 19)

De ser necesario, se podrá iniciar un abordaje psicofarmacológico, que sigiera la siguiente pauta: “a través de la medicación se pretende lograr la sedación de la persona y disminuir el sufrimiento, con el fin de poder definir una conducta efectiva para el seguimiento” (p. 20).

Por último, y de ser necesaria una internación, la misma debe ser “un plan personalizado, elaborado por el equipo interdisciplinario, consensuado con la persona y su entorno” (p. 23), a la vez que apunte a ser “de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis” (p.23).

Otra de las fuentes propuestas por Bernstein y Nietzel (1982) son las pruebas. Estas consisten en la “presentación de ciertos estímulos planeados (manchas de tinta o preguntas que se deben responder afirmativamente o negativamente, por ejemplo) y la petición al cliente de que responda en alguna forma” (p. 198). Dichos estímulos están normalizados y son consistentes, lo que permite exponer a cada sujeto a los mismos estímulos bajo las mismas condiciones. Pueden ser administradas en grupo o de forma individual, y sus resultados “se usan como muestras, signos o correlatos de acuerdo con la estrategia general” (p. 198).

“La gran mayoría de las pruebas persiguen evaluar (1) el funcionamiento intelectual, (2) características de la personalidad, (3) actitudes, intereses, preferencias y valores, o (4) diversas aptitudes” (p. 200). Por su parte, los psicólogos clínicos, emplean aquellas enfocadas en los dos primeros aspectos.

Como lo hacen notar los autores, la observación es una técnica fundamental, y que permite “trascender lo que dice el cliente y descubrir lo que la persona realmente hace” (p. 125).

En este sentido, se afirma que son muy válidas, directas y permiten evaluar la conducta en su contexto. Esto permite “evitar muchos de los problemas relacionados con los factores de memoria, motivación, estilo de respuesta y los prejuicios acerca de la situación que tan a menudo reducen el valor de las entrevistas y pruebas” (p. 126). Sin embargo, esto no significa que debe ser utilizada en soledad, sino asumirla como un complemento que “puede ampliar y elaborar el panorama total de la evaluación y, a su vez, conducir a una comprensión más completa del cliente” (p. 250).

Por último, en relación a los documentos históricos se indica que son aquellos que la persona va acumulando a lo largo de su vida y se materializan en forma de “registro académico, recomendaciones para obtener crédito, expedientes de trabajo, cartas, documentos penales, fotografías, premios y trofeos, expedientes médicos, comprobantes del pago de impuestos, diarios y productos creativos tales como pintura o esculturas” (p. 126).

Al igual que la técnica anterior, es imposible que se vean distorsionados por factores situacionales y/o personales, a la vez que permiten aprender importantes aspectos de la vida del sujeto. Sumado a esto, son un medio poco costoso y “puede dar de una manera sintetizada gran

cantidad de información sobre la conducta manifiesta y encubierta de una persona a través de un periodo prolongado y una amplia variedad de situaciones” (p. 127).

5.1.3 INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

La información recopilada a lo largo del proceso de evaluación, junto con el diagnóstico y las conclusiones derivadas, facultarán al profesional para iniciar el proceso de intervención y tratamiento. En palabras de Bernstein y Nietzel (1982) “mis entrevistas de evaluación y los resultados de las pruebas diagnósticas proporcionarían los datos necesarios para la formulación de mi estrategia de tratamiento” (p. 94). Al respecto, Muniz (2018) precisa que la evaluación “es un punto de partida de acciones estratégicas que no deben estar preconcebidas sino delineadas paso a paso a medida que las circunstancias indican nuevos caminos a tener en cuenta” (p. 117).

En tal sentido, “cuando un psicólogo, en el ejercicio profesional, se propone ejercer determinada influencia sobre la conducta de una persona, a menudo se describe la actividad del psicólogo como una intervención” (Bernstein y Nietzel, 1982, p. 308). Al decir de Muniz (2018) “la intervención es entonces una modalidad de práctica psicológica que favorece cambios en el consultante a partir del uso de una estrategia que se va construyendo en un tiempo acotado” (p. 218).

Resulta oportuno destacar aquí, la importancia de la alianza terapéutica entendiendo esta como un aspecto clave dentro del vínculo terapéutico establecido entre cliente y terapeuta. Al respecto, Feixas y Miró (1993) expresan “la calidad de este vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el cliente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico” (p. 29). Aparece entonces “el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica como un factor de cambio esencial” (p. 29).

El cambio en el tratamiento terapéutico también se logra gracias a la adherencia terapéutica. Según Nieto Betancurt y Pelayo Pedraza (2009), ésta se refiere a una conducta compleja, que implica comportamientos del terapeuta, del paciente, y además “la combinación de una serie aspectos relacionales que conllevan a la participación activa y a la comprensión

del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento para lograr el resultado esperado” (p. 71).

A continuación, se caracterizan las intervenciones que se llevan a cabo en los tratamientos psicológicos y que permiten “ayudar a los pacientes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian” (Bernstein y Nietzel, 1982, p. 9).

Siguiendo a los autores, “la intervención puede llamarse Psicoterapia, modificación de la conducta, asesoramiento psicológico o de otras maneras, dependiendo de la orientación del psicólogo, y puede darse en múltiples combinaciones de pacientes y psicólogos” (p. 9). Para ellos, lo más común es que se considere a la psicoterapia como la forma más tradicional de intervención.

Adicionalmente, el tratamiento puede tener objetivos como “disminuir la angustia, el problema de conducta de una persona o de un grupo; o bien la prevención de los problemas antes de que aparezcan” (p. 9). En la misma línea, puede desarrollarse en consulta o ser parte de un servicio brindado por instituciones, así como durar una sesión o varios años.

Bernstein y Nietzel (1982) postulan seis principales métodos psicológicos de la intervención clínica. Fomentar el Insight consiste en la toma de conciencia, en promover el mayor conocimiento de uno mismo. En este sentido, “se espera que los clientes obtengan un beneficio al conocer las razones por las cuales se comportan de una determinada manera, o maneras, debido a que se supone que este conocimiento contribuye al desarrollo de las conductas nuevas” (p. 314). Con el fin de lograr este objetivo, el terapeuta puede proporcionar una interpretación de la conducta, no con la intención de persuadir, sino con el propósito de instar al paciente a examinar minuciosamente su comportamiento y deducir conclusiones pertinentes acerca de su significado.

Sumado a éste, los autores proponen la reducción de la perturbación emocional. Dicho método se dirige hacia aquellos clientes que se presentan en un estado de crisis emocional y angustia tan pronunciado que su participación activa en la terapia resulta considerablemente desafiante. “En estos casos, el terapeuta intentará reducir el nivel de perturbación de manera tal que permita a la persona empezar a trabajar sobre su problema” (p. 316). Al respecto, utilizan métodos como “la relación terapéutica como un aliciente para lograr fortalecer las emociones del cliente” (p. 316). En otras palabras, clientes que alcanzan cierta estabilidad emocional y recuperan su confianza, simplemente al saber que el terapeuta se ha convertido en un aliado personal, actuando como amortiguador ante los desafíos de un mundo que perciben como hostil y despiadado. Asimismo, se emplea el apoyo directo, mediante afirmaciones de la índole: “yo

sé que las cosas parecen perdidas y que no tienes esperanzas ahora, pero yo creo que serás capaz de efectuar cambios importantes en tu vida” (p. 316).

Otra posibilidad adicional es fomentar la catarsis, “es decir, el desahogo de las emociones restringidas que el cliente se ha guardado y que ha temido reconocer por un periodo muy prolongado” (p. 316). En estos casos, el terapeuta fomenta la expresión abierta de las emociones por parte del paciente, con la convicción de que al liberarse, estas emociones pueden disiparse o ser sosegadas, generando así una reducción del temor asociado a ciertas experiencias emocionales.

Proporcionar información nueva refiere al método mediante el cual “el psicoterapeuta proporciona información nueva con la intención de corregir algunas lagunas o distorsiones en el conocimiento del cliente” (p. 317). Para lograr esto, es posible ofrecer consejos directos y asumir roles y funciones semejantes a las de un maestro; sugerir materiales de lectura pertinentes a la temática; o incluso emplear técnicas más indirectas como “alzar los hombros, hacer una expresión facial de escepticismo o una interpretación exagerada, para sugerir a sus clientes que hay otras formas más funcionales o precisas para percibir el mundo que los rodea” (p. 317).

También se puede recurrir a designar tareas fuera de la terapia, que tiene como propósito “fomentar la transferencia de los cambios positivos del cliente al mundo real” (p. 317). Según los autores, ambas partes acuerdan ciertas acciones con las cuales el paciente debe experimentar entre una sesión y la otra. Tras evaluar los éxitos y fracasos de dicha conducta, se elaboran nuevos planes para introducir otros cambios. De esta manera, su autosistema crece, permitiéndole implementar una mayor cantidad de mejoras en su comportamiento.

Por último, se expone el desarrollo de fe, confianza y una expectativa de cambio. Este procedimiento se configura como un factor crítico que contribuye de manera significativa a la mejoría terapéutica. Al respecto, “muchos académicos atribuyen el éxito de la psicoterapia a su habilidad para incrementar la creencia de los clientes acerca de que se les puede ayudar, en lugar de atribuirlo a cualquier otra técnica específica” (p. 317).

5.2 EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN HOSPITALES GENERALES

5.2.1 LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: DINÁMICA Y ORGANIZACIÓN

El Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina de España define al hospital como el “establecimiento público o privado que ofrece asistencia médico-sanitaria, por lo común, permanente a los pacientes que ingresan para estudio diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y profilaxis”. En la misma línea, Fuentetaja y Villaverde (2019) declaran que “tienen como objetivo primordial la atención a la salud pública y la formación de nuevos profesionales especializados” (p. 2).

Desde los aportes del Instituto Nacional de Formación Docente (INFoD), entidad dependiente del Ministerio de Educación Argentino, el establecimiento hospitalario tiene una división vertical de tres niveles, en términos de autoridad o jerarquía:

- Nivel Político, superior o de Dirección (ápice estratégico). Establece los objetivos, determina las políticas y fija las metas a alcanzar por la organización, tiene la responsabilidad de la conducción global de la misma para que concrete sus fines.
- Nivel intermedio, administrativo o de gerencia (Tecnoestructura y Staff de Apoyo): sus actividades se concentran en establecer pronósticos, desarrollar y ejecutar programas de acción y administrar presupuestos.
- Nivel Operativo, inferior o de ejecución (Núcleo de Operaciones): Realiza las tareas concretas. (p. 13)

Este panorama, permite pensar al hospital como una institución compleja, en la que se integran variados aspectos y que se ve atravesada, desde lo expuesto por Fuentetaja y Villaverde (2019), por cuatro factores. Lo individual de cada profesional y paciente; lo relacional y vincular que de ellos pudiera surgir, así como entre profesionales, entre pacientes y/o entre familiares y pacientes/profesionales; lo grupal entre equipos de un servicio, así como entre servicios diferentes; y la propia organización, incluyendo organigrama, jerarquía, liderazgo, funcionamiento, participación, etc. Estos autores reflexionan sobre lo esbozado y afirman “todos esos elementos están presentes e interaccionan en lo que llamamos institución, es decir, la constituyen, la definen, la van modificando a través del tiempo y producen unos determinados efectos en lo que podríamos llamar su objeto de trabajo” (p. 2-3).

En este punto, resulta pertinente señalar que los servicios proporcionados por una institución hospitalaria pueden variar. Sin embargo, las leyes provinciales se ocupan de delimitar al personal que debiera integrar el Equipo de Salud Humana de toda institución. Actualmente, la Ley Provincial N° 10.889 (2023), que modifica la antigua ley N° 7625 (1987), expone que dicho equipo comprende:

A los agentes que presten servicios vinculados a la atención sanitaria integral de la población mediante acciones de prevención, atención médica y asistencial, actividades conexas de apoyo técnico, administrativo, gestión operativa, conducción, capacitación, planificación, programación, investigación y evaluación de dichas acciones, con el fin de fomentar, proteger, recuperar y rehabilitar los procesos de salud-enfermedad de las personas (Artículo 1°)

5.2.2 EL ROL DEL PSICÓLOGO: DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN

La Resolución N° 1178/22 (Ministerio de Salud de la Nación, 2022) ratificada con el nombre de Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental define al Servicio de Salud Mental en Hospitales Generales como aquel “prestador múltiple, de modalidad ambulatoria e internación, integrado al establecimiento de salud. Atiende la demanda interna y externa de salud mental” (p. 68). Por su parte, el documento Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) afirma que “los hospitales generales deberán garantizar la atención sanitaria y social, integral y humanizada, con énfasis en la promoción de la salud, prevención e inclusión social de personas con padecimiento mental” (p. 10).

El mencionado documento pondera la relevancia de los servicios de salud mental dentro del ámbito de atención en un hospital general, ya que su abordaje “disminuye el riesgo de segregación, cronificación, abandono y de abusos a la integridad psicofísica de los usuarios, lo cual ocurre con mayor frecuencia en las instituciones monovalentes” (p. 11). Al mismo tiempo, “favorece a un enfoque integral de los problemas de salud, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos” (p. 11). En síntesis, “la inclusión de

la atención en salud mental en estas instituciones garantiza un mejor abordaje de la urgencia, disminuye tiempos de internación favoreciendo la inclusión en la comunidad” (p. 11).

Siguiendo los aportes de dicho escrito, el equipo de atención del servicio de salud mental “debe ser interdisciplinario y con capacitación permanente, y preferentemente compuesto por: 1. médico/a psiquiatra, 2. psicólogo/a, 3. trabajador/a social, 4. enfermera/o con capacitación en salud mental, 5. personal terapéutico” (p. 13).

Entre las intervenciones clínicas brindadas por el servicio referidas en el documento, se destacan:

- Recepción y admisión.
- Atención interdisciplinaria de las urgencias durante las 24 hs.
- Internación.
- Atención de la demanda espontánea.
- Atención ambulatoria programada.
- Psicoterapia individual y grupal.
- Tratamiento psicofarmacológico.
- Interconsulta.
- Hospital de día.
- Evaluación diagnóstica situacional e integral.
- Elaboración de plan terapéutico individual para cada persona, con su participación y la de los referentes vinculares que correspondan.
- Articulación con los equipos de salud con los que la personas tuvieron previamente contacto, en caso de existir, en función de posibilitar la continuidad de tratamiento en pos del trabajo conjunto, tanto durante la internación como en el tratamiento ambulatorio.
- Implementación de los apoyos que correspondan a la situación de cada persona.
- Cuidados de enfermería.
- Desintoxicación.
- Acompañamiento terapéutico.
- Continuidad de cuidados y seguimiento, en articulación con los efectores de la red de servicios y las instituciones de la comunidad que correspondan a la situación de cada persona.
- Atención de la urgencia en domicilio. (p. 13-14)

En relación a las intervenciones, se expresa que “se deben contar con los medios necesarios para dar respuestas terapéuticas ante estas demandas” (p. 16). Vinculado a esto, “se recomienda que las prácticas terapéuticas sean complementarias al tipo de población y demanda comunitaria que el servicio reciba, tratando de maximizar la capacidad de atención y adecuando el tipo de práctica al contexto y no viceversa” (p. 18). Para todas estas intervenciones rige el Consentimiento Informado, donde el usuario da conformidad previa al inicio del proceso terapéutico, con pleno conocimiento de las alternativas del mismo y toda la información correspondiente.

A grandes rasgos, se apunta a realizar una articulación para garantizar una atención integral de salud de cada persona. Al respecto, “el enfoque terapéutico del servicio debe apuntar a la promoción y preservación de la red vincular de cada persona por medio del apoyo para los referentes vinculares de los/as usuarios/as” (p. 18).

5.2.2.1 LA INTERCONSULTA COMO DISPOSITIVO

Como se indicó previamente, la interconsulta figura entre las intervenciones clínicas que ofrece un servicio de salud mental dentro de un hospital general. En lo que concierne a eso, el documento *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales* (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) ratifica que “en todo servicio hospitalario debe existir la capacidad de dar respuesta a interconsultas provenientes de otros servicios, tanto en el de salud mental como movilizándose hacia las demás áreas que soliciten la interconsulta” (p. 23).

Desde los aportes de Ferrari, et al., (2019) se define a la Interconsulta Médico-Psicológica como un:

Instrumento teórico clínico que se constituye como un espacio de articulación e interacción de dos prácticas, la médica y la psicológica, disciplinas con diferentes teorías explicativas y modelos de acción, que surge ante la presencia de un malestar, que interfieren en el acto de curar y en relación a la atención de un paciente. (p. 2)

En este aspecto, Fabrissin (2014) plantea “suele llamarse de este modo a la intervención del profesional de la salud mental cuando se produjo una fractura en la estructura del acto médico” (p. 8). Por su parte, Ferrari, et. al., (1980) postulan que “significa la convergencia de dos disciplinas que presentan importantes y sustanciales diferencias en cuanto a criterios de salud, ideologías, lenguaje técnico, modelos de acción, objetivos y encuadre” (p. 16). En definitiva, conecta dos disciplinas que no solo manejan conocimientos diferentes sino también enfoques de referencia distintos.

Esto último, permite diferenciar, en el presente apartado, la interconsulta del término consulta. La consulta indica la interacción entre dos especialistas, donde uno de ellos determina la necesidad de la contribución del otro en un aspecto específico de su labor. A diferencia de lo enunciado en párrafos anteriores sobre la ICMP, “una consulta apunta a un pedido de ayuda que se mueve entre especialidades con la misma filosofía del acto médico” (Ferrari, et al., 1980,

p. 15). Por lo general no se plantean situaciones conflictivas, sino más bien se busca un aporte de conocimientos, una opinión autorizada o una acción terapéutica mejor y más calificada. Haciendo uso de las palabras de Fabrisin (2014), “la consulta implicaría responder al pedido explícito del especialista, ocupándose de la circunstancia clínica sin intervenir en otros aspectos ‘más profundos’ que podrían estar implicados en la situación del paciente” (p. 9).

Lo que distingue a la ICMP es que en ella se aborda de manera colaborativa una situación problemática que surge en la atención de un paciente. Es posible afirmar entonces que ocurre a raíz de una solicitud de asistencia o asesoramiento por parte de un servicio a un equipo especializado. Este equipo proporcionará una opinión experta, de consejo, un diagnóstico y cierta orientación en el manejo del paciente (Ferrari, et al., 2019). Desde el punto de vista de Ferrari, et al., (1980), la mencionada situación problemática refiere a aquella en la cual el médico sospecha que existen síntomas o elementos en el cuadro general del paciente que no se pueden atribuir directamente a éste. Sin embargo, reconoce que estos síntomas o elementos tienen un peso y significado importante en la evolución. Además, entiende que el progreso adecuado ya no depende únicamente de su conocimiento médico, sino también de sus actitudes y de cómo maneje adecuadamente al paciente.

Para comprender en detalle de qué trata el proceso de la ICMP en un hospital, los siguientes desarrollos se enfocarán en detallar la composición del equipo a cargo, los tipos y formas de recibir los pedidos de Interconsulta, los pasos a seguir una vez recibidos, las tareas a desempeñar y las utilidades y contribuciones del dispositivo.

El equipo de ICMP está formado por médicos psiquiatras y psicólogos que trabajan en conjunto frente a determinadas tareas comunes, e individualmente, en tareas específicas. En este sentido, “la integración del equipo para su adecuado funcionamiento estará planteada en la tarea a realizar” (Ferrari, et al., 1980, p. 70). Los autores ponen en relieve que “es prácticamente imprescindible que las personas que integren el equipo tengan una dedicación full-time, lo que significa que están disponibles en todo momento” (p. 68)

Asimismo, este equipo se mueve en contextos cambiantes, característica que obliga a mantener un grado de flexibilidad que facilite la creación de un lenguaje común relativo a la salud mental de los pacientes y permita la comunicación (Fuentetaja y Villaverde, 2019). Aquí, resulta oportuno resaltar lo referido a la formación hospitalaria. Al respecto, Ferrari, et. al., (1980) afirman que “se requiere un alto grado de formación específica y un entrenamiento particular, pues se trata a menudo de enfrentarse con situaciones enfermas, muy regresivas” (p. 70). Además, “deberá estar dispuesto a operar fuera del contexto psicoterapéutico habitual, en

un ámbito que por lo general incrementa la frustración, lo que imprime una sobrecarga emocional adicional a su tarea” (p. 71).

Siguiendo con la temática de la formación profesional, Caballero (2007) añade: “aunque el trabajo en equipos interdisciplinarios es una realidad cada vez más evidente en los distintos ámbitos de aplicación de la psicología clínica, existen carencias en la formación del profesional de salud mental para poder llevarlo a cabo” (p. 1). Para la autora, “esta dificultad se hace evidente sobre todo en el marco del trabajo en instituciones del primer y segundo nivel de atención. Es decir, en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Postas Sanitarias y Hospitales Zonales, de Tránsito y Generales” (p. 1). Esto ya que en las mencionadas, “es cotidiana la metodología de la interconsulta, los análisis de casos por servicios, los foros de capacitación, las capacitaciones comunes para todo el personal y el abordaje interdisciplinario de casos” (p. 1)

El proceso de la ICMP comienza con un pedido formalmente institucionalizado, que se realiza de un servicio a otro. En este, se envía una solicitud por escrito o de forma oral, incluyendo los datos del paciente y el presunto motivo de la interconsulta. Este último a menudo expresado de manera ambigua y poco específica como por ejemplo “para diagnóstico y tratamiento” (Ferrari, et al., 1980). Este primer momento, es lo que Carpinacci (1979) identifica mediante el nombre de “Recepción formal de la Interconsulta” (p. 20).

De acuerdo a Ferrari, et al., la mayoría de las solicitudes de ICMP provienen del médico encargado del tratamiento, pero también pueden originarse por parte de cualquier sujeto involucrado en la situación médico-institucional del paciente, incluyendo al propio paciente, un familiar o una enfermera.

Siguiendo los aportes de Crespo Hervas y Martín Vázquez (1996), los pedidos por parte del médico suceden cuando encuentra obstaculizada su labor abordando la afección orgánica del usuario. Esto puede suceder por ejemplo si detecta en el paciente algún tipo de psicopatología o se enfrenta a pacientes “difíciles”, como son las personas con trastorno de personalidad límite o “borderline”. También pueden aparecer demandas en el entorno de una actividad de colaboración regular e instituida con ciertos servicios, con los que se participa en reuniones y toma de decisiones, o en equipos multidisciplinarios, para mejorar la calidad de la asistencia proporcionada a los pacientes. Asimismo, puede suceder una solicitud de atención ambulatoria de pacientes atendidos durante su internamiento, cuando esto se pacta con el paciente por cuestiones personales. En resumen, “los tipos de demandas más frecuentes son: colaboración diagnóstica, colaboración terapéutica, organización del alta médica y continuación del tratamiento, y transferencia a una unidad de psiquiatría” (p. 943).

Resulta importante aclarar que, si bien la mayoría de las ICMP aparecen como un pedido escrito y formalizado, muchas veces emergen espontáneamente en la recorrida que el interconsultor realiza en los distintos servicios, “con una actitud activa en búsqueda de diferentes situaciones problemáticas que estén atravesando al vínculo médico usuario” (Lattanzi y Muñoz, 2017, p. 8).

Una vez que se recibe la solicitud de la ICMP, el interconsultor lleva a cabo una serie de pasos con el objetivo de esclarecer la situación dilemática. El primero se denomina Información y se refiere al proceso de obtener información directamente en el lugar donde se origina el conflicto, rastreando sus fuentes y llegando al punto donde surge el problema. Este rastreo se enriquecerá con la observación de las dinámicas comportamentales entre pacientes, médicos y demás participantes. En este primer momento, se realizan entrevistas abiertas y dirigidas, de duración variable al paciente en la sala, a los familiares, las enfermeras y al médico tratante (Ferrari, et al., 1980). En palabras de Carpinacci (1979), este paso se explica bajo el nombre de “Recepción personal y objetiva de la Interconsulta”. Aportando a los desarrollos, expone que “antes de hacer la consulta con el enfermo nos aseguramos de que éste esté debidamente informado de la índole y los motivos de nuestra intervención y esté de acuerdo con ella” (p. 20).

Ferrari, et al. (1980) le asignan al segundo paso el nombre de esclarecimiento. Este implica la integración de toda la información recopilada. Al principio, esta información puede contener puntos oscuros y aspectos confusos, pero el interconsultor va organizando la información y dando sentido a los datos recopilados. De esta manera, se desarrolla una comprensión de lo que está ocurriendo tanto en la relación médico-paciente como a nivel institucional. Carpinacci (1979) denomina este momento como “Análisis de las entrevistas efectuadas, del clima general de la sala y cotejo entre versión escrita y oral de los motivos de la Interconsulta”.

Siguiendo al autor, el próximo momento es la síntesis del material obtenido, arribo a una conclusión acerca de la índole del problema e inventario de los medios que se disponen para llevar a cabo los objetivos. “En función de los datos obtenidos elaboramos un plan tendiente a modificar los determinantes del conflicto” (p. 20). Dicho plan implica llevar a cabo un tratamiento farmacológico y/o terapia breve con el paciente, o simplemente realizar entrevistas con este y proporcionar indicaciones al médico tratante con el propósito de modificar las causas del conflicto y crear un entorno propicio dentro del cual el paciente pueda continuar su tratamiento médico. Vinculado a las mencionadas intervenciones, Carpinacci (1979) señala que “son aplicadas en un tiempo muy breve, ya que nuestros pacientes o se

mueren, o están poco tiempo internados, o bien los médicos nos consultan recién cuando el paciente se está por ir de alta” (p. 21).

Sobre la devolución, Ferrari, et al. (1980) afirma: “va a transformarse en una auténtica acción terapéutica, en el sentido de que tenderá a la resolución de los conflictos subyacentes y al encauzamiento y adecuación de las causas generadoras de la crisis en la relación médico-paciente” (p. 123). Carpinacci (1979) agrega a esto que “organizamos de manera específica y sistemática la explicitación, al médico que solicitó la interconsulta, de las características del conflicto que originó nuestras indicaciones terapéuticas” (p. 21).

Para este último autor, el siguiente paso es “Término de la Interconsulta” e indica aquel momento en el cual damos por finalizada la intervención por dos motivos: “desaparecen las causas que la motivaron o bien cuando el paciente abandona el hospital” (p. 22). Finalmente, se realizan las pertinentes “Consideraciones de los resultados obtenidos”, comprendiendo que las intervenciones pueden haber sido “promotoras de decisiones que han salvado la vida del paciente o solamente para lograr un mal menor” (p. 22).

Para seguir ahondando en la temática, siguiendo con los aportes de Ferrari, et al. (1980), a continuación se caracterizarán las tareas a cargo del equipo de ICMP. La tarea asistencial enfatiza el aspecto de servicio clínico que se brinda a otros servicios en respuesta a las solicitudes de Interconsulta, y que aborda situaciones clínicas en las que siempre están involucrados un paciente, su médico y la compleja relación que los vincula en un contexto institucional con características particulares. La enseñanza se observa en el dispositivo de la ICMP en la medida que posibilita la formación profesional del médico, y lo ayuda a esclarecer aspectos no explicitados de la relación con su paciente. Además, el equipo podrá desarrollar cursillos y seminarios, tratamientos teóricos de temas específicos, y formación de grupos de médicos y residentes. Asimismo, se destacan las tareas de investigación, tratamiento y prevención, y formación de interconsultores.

En esta instancia, resulta menester resaltar la utilidad de la ICMP en los hospitales, precisando tres contribuciones que los equipos pueden brindar. Por un lado, aumentan la adherencia a los tratamientos clínicos, lo que facilita una evolución más favorable de la enfermedad. Por otro lado, disminuye los tiempos de internación en aquellos pacientes con padecimiento de síntomas psiquiátricos. Por último, colabora con el diagnóstico clínico cuando existen síntomas somáticos inexplicables o en discordancia con el diagnóstico de base (Fabrissin, 2014).

Tal como se ha aludido previamente, los factores emocionales y conductuales se erigen como variables relevantes durante el transcurso de la hospitalización de un paciente internado por enfermedades somáticas. En pocas palabras, la salud mental del paciente afecta completamente los síntomas biológicos por los que ingresó. Frente a este panorama, “las intervenciones psicológicas en los lugares de atención médica general no sólo significan una mejoría de la enfermedad psiquiátrica y una mejor adaptación psicosocial a la enfermedad, sino que una mejoría en la condición médica general” (Hospital Universitario 12 de Octubre, 2016, p. 3).

Como Carpinacci (1979) señala, “corresponde a los equipos de interconsulta la trascendente función de actuar como agentes mediatizadores en la recuperación de la forma hombre oculta detrás del cuerpo enfermo que nos enseña la medicina convencional” (p. 23). Por añadidura, “se ocupan de aquellos sectores que el médico por lo general elude, esto es, las implicaciones emocionales en un paciente y sus familiares ante la emergencia de una enfermedad somática” (p. 23).

Esta actitud por parte de los profesionales médicos responde a una limitada formación en salud mental. Sobre esto, Lattanzi y Muñoz (2017) refieren que “la capacitación permanente en salud mental y el reconocimiento de que el padecimiento no está puramente ligado a algo orgánico es otra iniciativa para saber que las diferentes disciplinas de la salud pueden aportar desde su conocimiento para aliviar ese sufrimiento” (p. 92). Siguiendo la idea, Fuentetaja y Villaverde (2019) agregan “sería un error considerar que toda la atención psicológica tiene que ser “suministrada” por psicólogos, sin reconocer que cada profesional tiene una parte importante y complementaria en el cuidado psicológico del paciente ingresado” (p. 6).

Este panorama podría ser reflexionado desde el debate de la separación cerebro-mente que propone Desviat (2016). Al respecto, considera que “dependiendo de la opción que tomemos, la acción terapéutica será diferente” (p. 15). Por un lado, enfocarse en la biología, conduce a un tratamiento médico que no entiende el sentido del síntoma, ni se preocupa por la persona. Tal como lo expone la entrevistada, y en consonancia con el autor, “no hay escucha, y la acción terapéutica se suele centrar en la farmacología, en tranquilizantes más o menos potentes (...) es por ello que la acción terapéutica termina siendo contra la enfermedad, no hacia el enfermo” (p. 15). Por otro lado, enfocarse en la subjetividad, permite intervenir dando lugar a la biografía, emociones, fracturas, duelos y deseos de la persona. En este sentido, “tenemos unos síntomas que cobran sentido en la vida de la persona que aqueja esas alteraciones (...) la enfermedad se nos presenta en su correlato biopsicosocial como una entidad construida histórica y socialmente” (p. 15)

Las estrategias y modalidades de intervención psicológica en la interconsulta están fuertemente influenciadas por el ámbito hospitalario y el contexto de internación en el cual el paciente se encuentra. Sobre esto, Faberman (2010, como se citó en Polak, 2018) refiere que

“cuando se realiza una interconsulta con psicología, además de incluir en la evaluación cuestiones generales de toda entrevista psicológica, se deberán considerar otros datos importantes. En primer lugar, qué enfermedad padece o cuál es el motivo de su internación. Si es una enfermedad crónica es significativo preguntar en qué etapa está, en cambio, si es una enfermedad por un evento accidental en un paciente previamente sano conocer las causas y la forma en que ocurrió. Además, tener en cuenta la medicación que puede estar tomando el paciente, especialmente si es que producen síntomas emocionales o reacciones adversas. Los procedimientos a los que se somete el paciente también son un dato relevante, ya que puede ser una fuente de preocupación”. (p. 13)

Ligado a esto, Fuentetaja y Villaverde (2019) postulan que es preciso contemplar la subjetividad del paciente enfermo, especialmente en lo que se refiere a su percepción de su enfermedad, su experiencia del dolor o su visión de la muerte y la anticipación a ésta. Estos autores argumentan que estas particularidades representan los ejes fundamentales para la intervención y acción del profesional de la salud mental.

Otra componente sobre el modo de trabajo en interconsulta es el encuadre de las sesiones. Al respecto, Faberman (2010, como se citó en Polak, 2018) esclarece que “puede ocurrir que no se siga un encuadre de sesiones pautadas como se da en consultorio externo, sino que el profesional puede intervenir puntualmente durante la enfermedad o tratamiento y, luego quedar a disposición si se considera necesario” (p. 13). En este aspecto, Fuentetaja y Villaverde (2019) destacan que “la eficacia terapéutica está determinada por la sensación de continuidad que la intervención psicoterapéutica debería proporcionarle a lo largo de su ingreso y/o enfermedad” (p. 15). Agregan a la idea que dicha sensación se establece a través de sesiones más breves y frecuentes, incluso a diario, según las necesidades del paciente, de manera que se sienta acompañado en su padecimiento.

En base a lo señalado, las intervenciones psicológicas giran en torno a “el apoyo emocional, la empatía, la psicoeducación y la exploración introspectiva” (Polak, 2018, p.13). Tomando el texto del Hospital Universitario 12 de Octubre (2016), se debe apuntar a que el paciente “comprenda mejor el proceso de su enfermedad, sea capaz de enfrentarse a ella y responder de manera adaptada a su medio” (p. 6). Desde los dichos de Fuentetaja y Villaverde (2019), el foco debe estar en “la identificación de aspectos que afectan a la adaptación y afrontamiento de la enfermedad, preocupaciones en torno a la misma y consecuencias derivadas, incluido el cuidado personal” (p. 15). Estos autores añaden que “además de favorecer

la sensación de control de sí mismo, también se intentará contribuir a que pueda continuar con sus proyectos vitales, sin que el rol de enfermo defina su identidad” (p. 15).

Otra injerencia importante del psicólogo es “intervenir en el ámbito individual, familiar, grupal, profesional e institucional” (Mucci y Benaim, 2006, como se citó en Polak, 2018). El profesional explorará las relaciones familiares, identificando a las personas que acompañan al paciente en ese momento, analizando la estructura familiar y evaluando la dinámica de las interacciones entre sus miembros. Además, brindará educación a la familia acerca de la enfermedad que padece el paciente, subrayando la relevancia de adherir al tratamiento. Asimismo, se ofrecerá apoyo para que la familia pueda afrontar los niveles elevados de ansiedad que surgen debido a la situación.

Esto es desarrollado por Fuentetaja y Villaverde (2019), quienes exponen que “cada cuidador o miembro de la familia tiene una parte importante y complementaria en el cuidado psicológico del paciente ingresado” (p. 6). Por añadidura, “la presencia de familiares es prácticamente continua, siendo ésta un elemento de apoyo y soporte de ciertas indicaciones médicas. Debido a esto, las familias no pueden ser ajenas o quedar excluidas de los propios procedimientos médicos” (p. 7).

Asimismo, postulan “el ingreso de un paciente en el hospital conlleva también un impacto importante para la familia” (p. 12). Afrontar la información y conectar con los sentimientos que de ella surgen, son procesos que la familia puede no ser capaz de llevar a cabo sola, “por lo que la intervención psicológica va a favorecer la propia estabilidad familiar, su capacidad en la toma de decisiones y su capacidad de afrontamiento ante circunstancias adversas” (p. 12). Esto también entendiendo que “en algunos momentos, es la angustia familiar la que no permite captar la información que los médicos les transmiten, teniendo la necesidad de ser también ellos escuchados y expresar libremente sus dificultades y temores” (p. 12).

Por último, resaltan que ha habido un fuerte reconocimiento en la importancia de la participación familiar sobre el proceso de recuperación y bienestar del paciente, lo que llevó a que cada vez existan menores restricciones dentro del ámbito hospitalario. Incluso “se han abierto unidades que tradicionalmente habían estado más cerradas, siendo la convivencia con las familias una variable más de la dinámica hospitalaria” (p. 12).

Adicionalmente, Gazotti y Prebianchil (2019) exponen que la interconsulta psicológica desempeña un papel de enlace entre el paciente, el equipo de salud y los familiares, lo que conlleva a facilitar y mejorar la comunicación, fomentar la cooperación y resolver conflictos al tomar en cuenta la subjetividad, abordando de esta manera todos los aspectos relacionados con el proceso de enfermedad.

El requisito fundamental para que el proceso de ICMP sea exitoso y funcional, depende, en gran medida, de la colaboración y el intercambio de conocimientos, perspectivas e ideas entre profesionales de la salud, incluso cuando existen notables disparidades en términos de enfoques y criterios, lenguaje técnico, métodos de intervención y marcos de referencia. La interdisciplinariedad del equipo permite poner en discusión las distintas miradas de cada disciplina, para ayudar a desentrañar las distintas dimensiones del problema y/o situación planteada (Pérez Matos y Setién Quesada, 2008). Desde el punto de vista de Lattanzi y Muñoz (2017), esto únicamente puede lograrse en la medida que se reconozca la incompletud de la propia disciplina para enfrentar el problema. En otras palabras, asumir que el saber de la disciplina no es suficiente por sí sola para comprender enteramente la situación.

Tal y como explica Carpinacci (1979),

“dada la complejidad del hecho humano, intentar comprender su acontecer implica ubicarlo dentro de la mayor cantidad de sistemas posibles de los que forma parte. En el caso de un paciente, su verdadera situación solo puede ser evaluada tomando en cuenta todos los factores que intervienen en su “estar enfermo”. (p. 63)

Así es como surge la necesidad de la acción de un equipo interdisciplinario en el cual, un médico obtenga datos del paciente mediante dos códigos “uno verbal a través del cual confecciona la historia clínica del enfermo; y otro visceral que no tiene calidad expresiva alguna ni intenta ser medio de comunicación. Bajo este último el profesional efectúa el examen físico del paciente” (Carpinacci, 1979). Por su parte, el psiquiatra “utiliza métodos de codificación verbal, paraverbal y visceral, en tanto que el psicólogo emplea los dos primeros y el visitador social, además de la observación directa, trabaja con el primero de los códigos” (p. 65).

Adicionalmente, se propugna la idea de que la colaboración también está condicionada por el grado de responsabilidad que se asume en relación con el tratamiento (Crespo Hervas y Martín Vázquez, 1996). Los autores refieren que ante esta situación, pueden surgir dos escenarios. Por un lado, que el equipo de ICMP examine y evalúe al paciente sin colaboración de médicos y/o enfermeros, y pauten un tratamiento adecuado, sin adentrarse en otras consideraciones de tipo médico. Por otro lado, podría darse el escenario en el que todos los profesionales intervinientes participen en la toma de decisión del tratamiento adecuado, y el equipo siga la evolución del paciente en conjunto con su médico.

Resultaría inoportuno poner en debate cuál de los dos escenarios representa el paradigma ideal de trabajo para lograr que la atención, evaluación y tratamiento del paciente reflejen resultados positivos, y que el éxito terapéutico sea rotundo. En palabras de Ferrari et al., (1980) “una interconsulta es exitosa cuando consiguió ampliar su objetivo diagnóstico

terapéutico y cuando sus efectos se sienten sobre toda la situación enferma que incluye a todos los personajes involucrados” (p. 59).

En un plano más profundo, la interdisciplinariedad permite concebir la salud desde un enfoque de complejidad e integralidad, tal como lo constata la Ley Nacional de Salud Mental (2010) en su artículo N° 3 donde

“se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Al respecto, Castro, et. al., (1999) sostienen “la propuesta es incluir la dimensión situacional, desplazando la atención desde el paciente aislado hacia los vínculos que el mismo establece con los otros y los atravesamientos socio-culturales-institucionales” (p. 10). Para las autoras, la clínica de la ICMP es la de la Asistencia Institucional, ya que, a pesar de que las observaciones se realizan desde la perspectiva de la atención al paciente, estas se amplían para abarcar todo su entorno y contexto.

Desde las ideas de Carpinacci (1979), las variables que influyen en el proceso y desarrollo de una enfermedad están determinadas por la naturaleza específica de la enfermedad que aqueja al sujeto, sus cualidades psíquicas, así como de las de su entorno familiar, su situación socioeconómica, junto con el rol que desempeña dentro de su organización. Del mismo modo, la estructura comunitaria propia del sistema social en el que se desarrollan estos acontecimientos también ejerce su influencia. En palabras del autor, “la fisonomía que asume una misma enfermedad, pese a las características generales comunes que posee, son altamente individuales debido a la influencia que sobre ella ejercen los factores históricos contingentes” (p. 58).

La idea recién expuesta, se alinea con las recomendaciones establecidas en el documento titulado Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales (Ministerio de Salud de la Nación, 2018). En la sección dedicada a la interconsulta, se aborda la pertinencia de elaborar un diagnóstico y tratamiento integral y clínico del paciente, que considere su recorrido médico sanitario y que integre las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales intervinientes. “En consecuencia, se contribuye a una atención integral de la persona o de los grupos y rompe con prácticas de modalidad monovalentes de atención” (p. 23).

6. MODALIDAD DE TRABAJO

6.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

El presente TIF se enmarca en una modalidad de trabajo definida como Sistematización de Experiencias. Los aportes teóricos utilizados para desarrollar el concepto mencionado son aquellos propuestos por Jara (2011) y Barnechea García y Morgan (2010). Los autores coinciden en definirla como la reflexión e interpretación crítica que se hace sobre una experiencia o práctica vivida, con el propósito de comprenderla, reconstruirla y extraerle enseñanzas; y, que con una intencionalidad puramente transformadora, tiene como fin último ponerlo en contacto con otros, compartirlo y comunicarlo.

En este sentido, se utiliza esta modalidad de trabajo con la finalidad de apropiarse de los sentidos y significados que ofrece la experiencia vivida en los meses transcurridos en el hospital, construir una mirada crítica sobre los mismos y, a su vez, producir y compartir conocimientos y aprendizajes significativamente asociados (Jara, 2011).

6.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La población está conformada por aquellos profesionales pertenecientes al equipo de Interconsulta del Servicio de Psicopatología del HNC, cabe precisar: una psicóloga, especializada en terapia gestáltica; y, dos médicos, de los cuales una es psiquiatra, y otro residente de la mencionada especialidad.

A su vez, aquellos médicos y/o enfermeros pertenecientes a otras áreas del hospital, que realizan la solicitud de la ICMP, con el objetivo de observar la dinámica relacional entre el equipo del Servicio y el resto de los profesionales de la salud, a la vez que contemplar los desafíos que se desprenden de trabajar interdisciplinariamente. Cabe aclarar que las demandas seleccionadas para el análisis del presente trabajo provienen de salas de internación como Ramón Carrillo Norte, Ramón Carrillo Sur, Sala 3-5, Unidad de Terapia Intensiva, Guardia Central, Urología, Unidad Coronaria.

Por último, para advertir sobre las incumbencias e intervenciones específicas del rol, se incluyen a aquellos pacientes internados en los distintos servicios de la institución recientemente mencionados, destinatarios de la interconsulta. Al respecto, se utilizan un total de 30 casos, visualizados a lo largo del trabajo a través de viñetas ilustrativas. De los 30 pedidos de ICMP, 20 eran destinados a mujeres y 10 a hombres. Estos datos se distribuyen en edades entre los 16 y 40 años (16 pedidos); entre los 61 y 80 años (7 pedidos); y sin especificar (7 pedidos).

6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A fin de recabar los datos necesarios para el desarrollo del presente trabajo, se emplean diversas técnicas de recolección, a saber: observación participante y no participante, registro de campo y entrevista. A continuación se fundamenta el porqué de su empleo y la pertinencia en su elección.

Tomando los aportes de Guber (2001) en su texto *“La Etnografía-Método, Campo y Reflexividad”*, es posible diferenciar la utilización de las técnicas cualitativas de observación durante todo el trabajo. La observación no participante, caracterizada por ser neutra y desimplicada, permite asumir un rol únicamente de observador apartándose de la participación activa y el involucramiento directo en la actividad. Al respecto, la técnica permite tener una mirada objetiva del proceso de la interconsulta, desde su inicio hasta su finalización. En este sentido, se acompaña al profesional desde el momento que se realiza el pedido, leyendo la historia clínica, observando las interacciones que tiene con los profesionales demandantes, las preguntas sobre el caso y el intercambio de información necesaria para contextualizarlo. Al mismo tiempo, se observan las primeras aproximaciones que tiene con el paciente, las preguntas, indagaciones e intervenciones que realiza con el fin de responder a la demanda.

Por otra parte, la observación participante implica “observar sistemáticamente y controladamente todo lo que acontece en torno al investigador, y participar en una o varias de las actividades de la población” (p. 52). Requiere de la presencia directa y el involucramiento intenso, así como el papel activo de la subjetividad. En el proceso de interconsulta, su uso es

limitado en la mayoría de los casos, exceptuando aquellas situaciones en las que sea posible intervenir realizando algunas preguntas de la entrevista de examen mental, o preguntas generales que permitan dar información relevante.

Siguiendo con Guber (2001), “el registro es un medio por el cual se duplica el campo en forma de notas (registro escrito), imágenes (fotografía y cine) y sonidos (registro magnetofónico)” (p. 93). En tal sentido, permite realizar un recorte del campo, desde la perspectiva del investigador y lo que él supone relevante y significativo.

De este modo, el uso de registros de campo acompaña el desarrollo durante todo el proceso. Con ellos es posible puntualizar la información necesaria para contextualizar el caso; los aportes que realizan los profesionales tratantes, sus opiniones y suposiciones; los intercambios que suceden entre ellos; las intervenciones del equipo de salud mental; y, las reacciones y contestaciones de los pacientes frente a sus actuaciones.

Para el presente TIF, la forma de registro que se aplica es aquella que se realiza posteriormente a observar los hechos. Al respecto, una vez terminado el proceso de la interconsulta, se escribe la información contextual, las puntualizaciones pertinentes, expresiones textuales, y los aspectos fenomenológicos destacados. Se apela a la memoria y recuperación de lo experimentado, con el fin último de no generar un clima de incomodidad para los pacientes. Esto último refiere a comprender el contexto de internación, el estrés, la ansiedad y la angustia que pudieran estar implicados en el mismo. Si además se considera que lo que se intenta comunicar al profesional está siendo registrado, es apropiado concluir que podría surgir un ambiente de incomodidad y tensión.

Por último, se utilizan las entrevistas con el objetivo de recabar la información necesaria para clarificar el proceso de interconsulta del hospital; indagar sobre las intervenciones que realizan los profesionales, y, su intencionalidad con ellas; y, conocer las comunicaciones intrahospitalarias que suceden entre los servicios.

Díaz-Bravo, et. al., (2013) determinan que las entrevistas son una técnica útil para recabar datos e información de forma más completa y profunda. El trabajo se sirve de la utilización de las entrevistas semiestructuradas a profesionales participantes de la interconsulta, que se caracterizan por partir de preguntas planeadas, pero que se adaptan a los entrevistados y flexibilizan su intercambio: “Ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio” (p. 163).

6.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se presume que el presente trabajo se enmarca dentro de los lineamientos éticos correspondientes a lo estipulado en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (en adelante FePRA), vigente desde su aprobación en 1999 y modificación en el año 2013. En este, se precisan los cinco principios generales que dirigen y encauzan la práctica profesional del psicólogo, y las seis normas deontológicas que establecen los deberes y las reglas de la conducta profesional.

En este sentido, la perspectiva ética adoptada en la modalidad de trabajo recientemente mencionada se compromete con el respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Esto en la medida que se respeta la autonomía, tanto de los profesionales como los pacientes, así como su intimidad, privacidad y bienestar. Se obedece a la libre decisión de los profesionales a concurrir acompañados al momento de cada pedido de interconsulta, a participar de las entrevistas y brindar la información necesaria para ahondar en el proceso. Por su parte, se atiende a la decisión de los pacientes de aceptar o no la presencia de un observador no participante al momento del encuentro con el profesional.

Siguiendo en la misma línea, la intimidad y privacidad de los participantes se asume en el momento que los datos, tales como nombres, apellidos, direcciones y demás, son resguardados y modificados para su inaccesible identificación. Este lineamiento, es posible definirlo en pocas palabras según lo establecido en el apartado 2° de las Normas Deontológicas que se presentan en el Código de Ética de la FePRA: “Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de la profesión”.

Por añadidura, se cumplen las directrices del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, el cual tiene como propósito “proveer principios generales y normas deontológicas para el ejercicio profesional de la psicología. Los principios poseen una función orientativa de la práctica, las normas son obligantes para el ejercicio profesional y hallan fundamento en dichos principios” (p.1).

Se adoptan en la práctica profesional, cinco principios fundamentales: 1) Respeto por la Dignidad de las Personas y los Pueblos 2) Cuidado competente 3) Integridad 4)

Responsabilidades Profesionales y Científicas 5) Responsabilidad social. En relación a cada principio ético, se desprenden una serie de normas deontológicas generales, que permiten adecuarse a situaciones y ser aplicadas independientemente del ámbito donde se desempeñe el profesional.

Esta normativa abarca los niveles de intervención individual, familiar, grupal, institucional y comunitario, en todas las tareas y funciones propias del rol profesional y bajo las condiciones de trabajo en instituciones tanto públicas como privadas.

7. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

7.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

El proceso de las Prácticas Pre Profesionales comenzó el día 9 de marzo de 2023 con la Reunión Informativa Previa a la selección de aspirantes. En ella, se realizó una presentación de los contextos e instituciones disponibles hasta la fecha, los profesionales a cargo y el cronograma anual. Además, se comentó en qué consiste la entrevista de selección, que día y horario se desarrollaría y la documentación que se debía presentar antes de esa fecha. Se llevaría a cabo el jueves 23 de marzo, y sería desde las 13 hasta las 18 horas. La documentación debía presentarse en la Secretaría de Obispo Trejo, en la semana del 13/3 al 17/3.

Horas antes del jueves 23 de marzo, hubo cambios en la organización y distribución horaria pautada para las entrevistas, ya que la cantidad de inscriptos para los contextos Clínico, Laboral y Jurídico era más de la esperada. Los tres contextos anteriormente mencionados fueron, en ese orden, mi aspiración a ingresar, y lo estipulado era que participara de cada una de las entrevistas. En ella, debía comentar brevemente el porqué de la elección del contexto, además de las razones de mi selección de la institución. Sumado a esto, se realizaban preguntas de disponibilidad horaria, movilidad, adeudamiento de materias y concurrencia a algún proceso psicoterapéutico.

Unas semanas más tarde, el jueves 30 de marzo, nos encontramos nuevamente en la facultad para llevar a cabo la primera clase teórica de la cátedra. En ella se desarrollaron temáticas concernientes al posicionamiento ético que se debe tener en cuenta al ingresar a las instituciones, intervenir y participar. Al finalizar el módulo, se compartieron los resultados de la selección de estudiantes dispuestos en cada contexto e institución. En mi caso, quedé en mi primera elección: Contexto Clínico, específicamente en el Hospital Nacional de Clínicas.

Luego de algunos inconvenientes, la reunión con las autoridades de la institución se coordinó para el viernes 5 de mayo a las 10 horas. De este primer encuentro participaron conmigo, mi compañera de prácticas, la docente tutora y la referente del área. La profesional nos comentó detalladamente el manejo general de la institución, sobre todo lo concerniente a horarios, y la distribución de consultorios y salas comunes, y las actividades que se llevan a cabo a diario. El inicio formal de la práctica sería el lunes 8 de mayo a las 9 horas.

Las primeras semanas asistiendo al hospital permitieron aproximarme a la institución, su cultura y organización. Facilitaron el conocimiento, en primera mano, de las problemáticas y dificultades a las cuales se enfrentan los profesionales en su diaria. El principal desafío era la organización espacial y su limitación en cuanto a la cantidad de consultorios que tenían disponibles, debido a una reforma que se estaba llevando a cabo. Con el pasar de los meses, y

los avances en la construcción, esta problemática se fue desvaneciendo, y el manejo institucional pudo estabilizarse.

Otro de los inconvenientes que se reiteraban en cada conversación entre los integrantes del servicio era la sobre demanda de pacientes que asisten. El reto se presenta al momento de encontrar un turno libre, tanto para tratamiento psicológico como psiquiátrico, y que sea asignado dentro de las próximas semanas. Al contrario de lo anterior, esta dificultad persistió a lo largo de los meses, y aun en la actualidad se dificulta la designación de profesionales para el inicio del tratamiento.

- ENTREVISTAS DE ADMISIÓN

Se realizan todos los martes y jueves, de 8 a 12 horas, y son llevadas a cabo por psicólogas y psiquiatras. Ellas son el primer contacto que tienen los pacientes con el servicio, y tienen como objetivo recabar información básica y sintomatología actual, para poder derivarlo al profesional más apto y comenzar un proceso terapéutico.

La entrevista comienza con la toma de los datos filiatorios básicos, y la indagación del Motivo de Consulta; esto bajo la consigna “cuénteme qué lo trae”, o la pregunta “¿por qué viene?”. Una vez profundiza en la temática, y en lo referido a sus síntomas, se comienza a constatar el apartado de Antecedentes de Enfermedad Actual. Aquí, se da espacio libre a que manifieste todo lo que lo aqueja y contextualice su sintomatología bajo una cronología lógica.

Concluido su desarrollo, se indaga sobre los Antecedentes Patológicos Personales. Esto con la intención de conocer sobre padecimientos mentales y/o afecciones físicas que esté transitando actualmente, o haya sufrido en su pasado. Ligado a esto, se consulta sobre la Medicación Habitual que esté consumiendo.

Las preguntas consiguientes tienen como finalidad profundizar en las conductas y hábitos de la vida cotidiana. En particular, consumo de alcohol, tabaco y/o otras sustancias, y ejecución de actividades físicas y recreativas. Adicionalmente, se traza un genograma completo, con el propósito de esclarecer la estructura y composición familiar, así como el grupo conviviente actual del paciente.

Con el propósito de concretar y resumir los síntomas presentes en el sujeto, se completa el apartado referido a Hallazgos Positivos. Conviene destacar los más recurrentes, tales como ansiedad, angustia, tristeza, estrés, preocupación. En este punto, el profesional puede preguntar directamente diciendo “¿siente angustia?” “¿se encuentra preocupado por esto que mencionó?”.

Se arriba a un Diagnóstico Presuntivo, y se designa un Tratamiento particular al caso. Para el diagnóstico se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V, que otorga un lenguaje claro y universal. El tratamiento indicado lo designa el admisor desde su propio criterio clínico, y suele ser inicio a psicoterapia, y/o tratamiento psiquiátrico. La ficha de admisión completa se agrega a la Historia Clínica del paciente.

En lo que respecta a esta actividad, mi participación fue activa desde un primer momento. Observé la dinámica de las profesionales psicólogas, y las médicas psiquiatras y pude dar cuenta de la diferencia entre ambos enfoques. Sin embargo, advertí que más allá de la estrategia que se utilice y la postura que se tome para llevar a cabo la admisión, la intención es reconocer síntomas, y derivar adecuadamente para dar inicio a un proceso terapéutico exitoso.

Pasadas las semanas, comencé a sentirme cada vez menos inquieta y más cómoda al enfrentarme a este tipo de dispositivos, lo que me llevó a animarme a llevar adelante entrevistas. La mayor dificultad a la que me enfrenté en mi primera administración fue poder preguntar, escuchar y al mismo tiempo escribir lo que se me estaba contando.

Mi concurrencia me permitió conocer los síntomas y las problemáticas más recurrentes en los pacientes que asisten. Se observan sujetos atravesando situaciones personales, laborales y económicas, que les provocan grandes cantidades de ansiedad y estrés. En la mayoría de los casos, este escenario los lleva a sufrir dificultades en relación al dormir, la conciliación y el mantenimiento del sueño, intentando combatirlo con la auto medicación psicofarmacológica y provocando dependencia. La ansiedad intensa conduce a padecer ataques de pánico, episodios de taquicardia, temblores y sobresaltos. Otras manifestaciones muy reiteradas son los intentos de suicidio; ya sea actuales, o en el pasado. Habitualmente se repitieron en el tiempo, y el modo de realizarlo es con abuso de fármacos.

- EVALUACIONES NEUROCOGNITIVAS

Este servicio se realiza los días lunes y viernes con turnos fijos a las 9.30, 10.30 y 11.30 horas, y es llevado a cabo por dos profesionales psicólogos. Está destinado a sujetos con intenciones de conocer el estado actual de sus funciones y tienen como objetivo evaluar y describir el estado y funcionamiento cognitivo del paciente. Con esto se entiende valorar memoria, atención, lenguaje, función visomotora, función ejecutiva, abstracción y pensamiento lógico, y capacidad de identificación y nominación.

Las evaluaciones comienzan con una entrevista semiestructurada en la que se indaga sobre los datos filiales básicos. Recabados estos datos, se solicita al paciente que comente

brevemente el motivo de su consulta, el profesional que reclamó la derivación y el diagnóstico presuntivo que este último realizó. Se da espacio a que cuente todo lo que considere pertinente y lo angustie, pero también se lo orienta con preguntas sobre autonomía en actividades de la vida diaria (alimentación, baño, vestimenta, traslado, deposición), manejo de dinero, situaciones de pérdida o desorientación en la vía pública, momentos de olvidos. Se atiende a los datos fenomenológicos. A saber, si ha venido acompañado o solo, si usa bastón, lentes o algún tipo de ayuda, si cumple con el día y horario establecido, si su vestimenta y aseo son adecuados al contexto y la edad.

Se ahonda en actividades físicas y/o recreativas que realice en su vida diaria, conductas de consumo, esquema e higiene del sueño, y hábitos de alimentación. Por último, se pregunta en relación a los antecedentes clínicos, es decir, patologías personales que transite o haya transitado, así como su esquema de medicación actual en cuanto a ellos; y aquellos vinculados a salud mental, tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos que han llevado a cabo, registros de internación y antecedentes familiares en relación a lo mencionado.

Finalizada la entrevista, se comienza con la administración de los tests y pruebas correspondientes. La elección de las mismas depende del profesional a cargo y lo que considere oportuno, así como también de las características y sintomatología particular. El Montreal Cognitive Assessment (MOCA) es la evaluación más completa, ya que permite evaluar función visuoespacial, capacidad de identificación de figuras, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación. El Mini Mental (MMSE) se focaliza en orientación temporal y espacial, fijación, recuerdo inmediato, atención y cálculo, recuerdo y lenguaje. Para valorar funciones específicas se utiliza el Test de Alteración de Memoria (TAM), el Trail Making Test (TMT) para la atención, el Test de Bender para la función visomotora, sumado a la realización de un cubo 3D y el Test del Reloj a la orden. Si hay indicadores de depresión, se utiliza la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage; y si hay sospecha de demencia, el Índice de Barthel.

Con todos los datos recabados, se completa la ficha de evaluación, se realiza una breve conclusión y se estipulan ciertas recomendaciones. El arribo a un diagnóstico presuntivo es a través de los manuales DSM-V, CIE 10 y la Escala de Deterioro Global de Reisberg. Las recomendaciones suelen ser estimulación cognitiva, incorporación en actividades recreativas de interés, comienzo de psicoterapia de apoyo, o tratamiento psicofarmacológico, y nueva valoración para observar evolución.

Mi implicación en las pruebas neurocognitivas inició la primera semana de inicio formal de la práctica. Comencé observando al psicólogo a cargo, que desde un primer momento expresó su interés en que forme parte activa de las evaluaciones, observe y pueda administrar

y llevar adelante un proceso completo. Este interés se concretó con sus acciones cuando me proporcionó copia de los modelos de entrevistas, tests y técnicas utilizadas, manuales psicopatológicos, guías para elaborar informes, y todo tipo de apoyo didáctico.

Una de las dificultades más repetidas en las primeras administraciones, fue encontrar la forma clara y precisa de explicar las consignas de la batería de tests. El grupo etario al cual se dirigen es adultos mayores, en algunos casos con disminución auditiva, o incapacidad de mantener la atención por un largo periodo de tiempo. Esto despierta en mí, sentimientos de frustración, ya que me invade el malestar de no poder expresarme apropiadamente.

Un ejemplo muy claro, fue la administración a una mujer de 80 años, cuyo diagnóstico final fue GDS 6-Deterioro cognitivo grave. Con las láminas del Bender, su actitud era de perseveración, es decir, repetición constante y continua del dibujo de las figuras, incluso finalizada la hoja. Los esfuerzos por explicar la consigna, y la importancia de que intente que su dibujo se asemeje a las plantillas fueron reiterados, pero la respuesta siempre fue nula. Otra dificultad me encontré cuando la atención de la paciente quedaba fijada en una actividad, haciendo imposible avanzar a la siguiente. Se le pidió que realizara una resta, y frente a su negativa, se prosiguió por las consignas posteriores. Sin embargo, seguía repitiendo la resta mencionada, intentando encontrar la solución correcta.

Otro obstáculo al que me enfrenté fue la dispersión y actitud monotemática de los pacientes. Con esto me refiero a sujetos que, más allá del interrogatorio preciso que se le realice, vuelven una y otra vez a comentar la misma situación. En particular, una mujer de 59 años con variadas dolencias, síntomas físicos y múltiples fármacos en ingesta actual. Frente a cualquier pregunta estructurada del cuestionario, su discurso se desviaba sobre los dolores que sufría, la experiencia de desmayo y los reiterados pedidos de asistencia que tuvo que realizar. Pedía explicaciones médicas sobre la causalidad, y el uso de los psicofármacos, y repetía los pedidos incluso luego que se le explicara que aquí intentábamos evaluar el funcionamiento de su atención, memoria, lenguaje.

- APTOS PSICOLÓGICOS

Los certificados de aptitud psicológica son realizados por los mismos licenciados encargados de las evaluaciones, los días lunes y miércoles. Tienen la finalidad de evaluar si el sujeto está habilitado o no para la realización de alguna tarea específica, por ejemplo, conducir, trabajar en determinado puesto, ingresar a residencia universitaria y/o empresa.

Estas valoraciones psicológicas comienzan con una breve entrevista, principalmente para conocer datos filiales, situación laboral, estudios, convivencia y antecedentes. Se profundiza en el motivo del estudio, que institución lo demanda, cuáles son los nuevos roles que comenzaría a cumplir con la tarea, y qué expectativas tiene con respecto a ello.

Las técnicas administradas son proyectivas, exclusivamente dibujo de la figura humana, de la persona bajo la lluvia, del árbol, la casa, cuestionario desiderativo, y Rorschach cuando se desean descartar rasgos de personalidades psicóticas.

El hecho de que se utilicen técnicas estudiadas a lo largo de mi recorrido académico aumentó mi confianza en poder analizar críticamente lo que advertía. Mi aprendizaje estuvo ligado a enfocar la atención en los aspectos de los dibujos que sean pertinentes a la valoración que se estaba realizando. Por ejemplo, observar indicadores de ira contenida, enojo acumulado, y conductas evitativas frente a situaciones estresantes en un adolescente que intenta ingresar a una residencia universitaria para convivir con otros jóvenes, conduce a indicar en el informe: psicoterapia de apoyo y acompañamiento.

En sujetos que realizan el apto para cumplir tareas administrativas y de gestión, no resulta pertinente indagar en aspectos vinculados a la angustia a nivel sentimental ni en llantos por situaciones personales. Si bien se da lugar a la escucha y a generar un clima de apoyo si esto sucede, no se deja registro formal en el informe.

Por otro lado, en enfermeras dedicadas al cuidado y acompañamiento de enfermos en momentos críticos de su vida, observar indicadores de baja activación emocional, falta de atención e incapacidad para captar las necesidades de los demás, es un signo que lleva a indicar comienzo de terapia y nueva valoración en próximos meses.

- PROCESOS PSICODIAGNÓSTICOS

Son llevados a cabo los lunes y miércoles, por psicólogos, y apuntan a realizar una evaluación global de la personalidad del sujeto, a través de variadas técnicas y tests. Se utilizan aquellas destinadas a conocer el funcionamiento cognitivo, así como las proyectivas gráficas y verbales. Son procesos extensos en el tiempo, que suelen durar entre 3 a 5 sesiones, dependiendo de los aspectos que devengan necesarios de indagar y la severidad del caso.

- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

El servicio de tratamiento psicológico en consultorio externo es desempeñado por los psicólogos de planta, sumado a aquellos en formación académica. La atención es diaria, de 8 a 13, y las intervenciones desde los enfoques del psicoanálisis, la Gestalt, y la psicoterapia breve.

Actualmente, estoy participando de tres procesos psicoterapéuticos fijos con una psicóloga gestáltica, y un psicólogo lacaniano. Mi actuación en estos dispositivos depende de la disposición y consentimiento del paciente, siempre consultado antes de cada sesión; el rol es de observadora no participante, manteniéndome al margen de la situación e intentando involucrarme e interferir lo menos posible.

Las intervenciones realizadas por parte de la psicóloga en las sesiones fueron acotadas, y apuntando, en gran medida, a intentar dar explicación a los síntomas físicos que los pacientes estaban atravesando. Por su parte, el psicólogo se limita a escuchar, e intervenir únicamente para hacer preguntas concretas, o al finalizar la sesión para remarcar algún dicho de la paciente.

- GRUPO DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES

Esta psicoterapia grupal se desarrolla los días martes de 9.30 a 11.30 horas, con una concurrencia general de 6 pacientes, sumado cuatro practicantes y una psicóloga especialista.

Se basa en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), que es una modificación de la Terapia Cognitiva Conductual, y la evidencia confirma su uso efectivo para trastornos borderline o límite, alimentarios, uso y abuso de sustancias, estrés post traumático, impulsividad, violencia, y conductas autolesivas.

Tiene como objetivo aprender habilidades que permitan cambiar patrones de conducta y de pensamiento asociados a problemas vitales que estén atravesando los pacientes. Se caracteriza por trabajar en base a la demanda de los participantes, sus preocupaciones, miedos, síntomas y crisis, haciendo foco particularmente en la desregulación emocional. Los cuatro ejes de trabajo son: habilidades de conciencia plena; habilidades de efectividad interpersonal; habilidades de regulación emocional; habilidades de aceptación radical.

Las sesiones se estructuran en dos momentos. El primero mediante la práctica de ejercicios de meditación y mindfulness, con una duración aproximada de 15 minutos. El segundo, a través de la lectura en voz alta del manual y puesta en práctica de las diferentes habilidades por medio de actividades estipuladas; se apunta a la participación activa y voluntaria de todos los presentes.

Mi primera participación en el grupo fue a finales de mayo. Esta primera aproximación, suscitó en mí la misma cantidad de entusiasmo que de interrogantes. Emoción por comenzar a formar parte de una nueva actividad en el hospital, desconocida para mí y que me permitiría conocer nuevas formas de intervención terapéutica. Y dudas ligadas a mi ignorancia con respecto a la temática, las actividades y dinámicas del grupo. Se le sumaba también, la actitud acelerada y expeditiva de la profesional a cargo, que demostraba estar sobrepasada de trabajo, y con poco tiempo para la organización de las tareas. Si bien su deseo de que participe activamente estaba claro, sus actitudes relacionadas a otorgar manuales de soporte o explicaciones teóricas eran nulas.

Estas explicaciones aparecieron en un segundo momento, luego de conocer a practicantes de años anteriores, que aún seguían a cargo del grupo. Sin embargo, la incertidumbre seguía presente, y continúa aún en la actualidad. Por más que los contenidos teóricos están enmarcados en un libro, los desarrollos técnicos y actividades llevadas a cabo en cada encuentro, se modifican y son diferentes a lo planteado allí.

Las sesiones siguientes se vieron interrumpidas por diferentes factores externos, y muchas de ellas se realizaron mediante la plataforma de Google Meet. Esta última dinámica, provocaba que la asistencia sea escasa o casi nula, ya que muchos de los participantes no cuentan con dispositivos adecuados. A finales del mes de agosto, la participación en este grupo fue finalizada por decisión propia y debido a las razones anteriormente expuestas.

- CONSULTA PSIQUIÁTRICA

Las consultas para comenzar o realizar seguimiento de tratamiento psicofarmacológico se llevan a cabo los días jueves y viernes de 8 a 12 horas, y son dirigidas por médicas psiquiatras, o residentes en formación.

Si es la primera vez que el paciente asiste, el profesional realiza una anamnesis completa que permita reconocer motivo de consulta, síntomas, medicación y patologías. Si considera necesario, da inicio al tratamiento bajo un esquema de medicación psicofarmacológico pertinente para la remisión de síntomas. En otros casos, se coordina un nuevo encuentro que permita seguir indagando y profundizando en el examen psiquiátrico.

Las consultas para seguimiento de tratamiento son más breves que las recién mencionadas. En ellas, se indaga sobre los síntomas referidos en semanas anteriores, su remisión o intensificación; los efectos que provocaron los fármacos a nivel orgánico y mental; y se realiza, si es necesario, un ajuste de cantidad y tipo de medicación.

En ambos casos, se cita para un próximo encuentro, cada semana o 15 días. Se explica la importancia del tratamiento farmacológico, pero también del control y la supervisión constante. Se exponen las condiciones de la ingesta, por ejemplo que no deben cortar abruptamente la toma ya que sus efectos comienzan luego de algunas semanas; que no deben abandonarlos frente a la aparición de efectos secundarios. Además, se deja en claro que el fin último del tratamiento es suspender por completo aquellos fármacos que únicamente sirven de apoyo, por ejemplo para poder dormir.

Luego de cualquiera de las dos consultas, se completa la Historia Clínica. Allí, se consigna nombre del paciente y fecha, seguido de consideraciones generales del tipo si asiste o no en día y horario establecido, si refiere mejoras en el tratamiento, si relata episodios, sentimientos o síntomas particulares. Sumado a eso, se registra todo lo relacionado al examen mental, es decir, como se encuentra el paciente al momento de la entrevista. Por último, se anotan las indicaciones del profesional, por ejemplo, nombre de medicamento y miligramos correspondientes, inicio de psicoterapia y/o algún turno derivado para estudios relacionados.

Mi incorporación en estas consultas fue activa desde los primeros meses. Uno de los psiquiatras a cargo, me invitó a participar y coordinar días y horarios de su consultorio. Su interés por mi aprendizaje y entendimiento de las temáticas y abordajes era amplio, y lo expresaba, con clarificaciones orales y entrega de material didáctico. Frente a cada pregunta y pedido de esclarecimiento, su respuesta siempre es atenta, intentando explicar, en lenguaje coloquial, conceptualizaciones técnicas propias del ámbito médico.

Mis miedos al comenzar a participar de este servicio estaban ligados a mi limitado conocimiento. Suscitaba en mí la necesidad de registrar y repasar todo lo que esté a mi alcance, para poder comprender lo que estaba escuchando y formar parte activa de las conversaciones en las que estaba involucrada.

Participar de esta actividad me permitió observar nuevas formas de encuadre de trabajo, maneras de intervenir y de afrontar problemáticas. Me llevó a reafirmar el rol fundamental que cumple la interdisciplina y el abordaje complementario entre psicoterapia y psicofarmacología, en la medida que pueden garantizar un proceso terapéutico exitoso.

También pude advertir que los malestares y motivos de consulta más repetidos rondaban en torno a síntomas depresivos, de ansiedad, y dificultades en la conciliación del sueño. También hay intervenciones en sujetos con por ejemplo, personalidades límite, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias y acumulación compulsiva.

- INTERCONSULTA

El servicio de la interconsulta es llevado adelante por los psiquiatras y una psicóloga de planta, y se activa intrahospitalariamente, mediante un pedido médico. Esto hace que su actividad sea espontánea e inesperada, y la participación dependa de estar presente al momento del llamado. Su objetivo es responder a la demanda de otros profesionales que lo solicitan, y decidir el encuadre de trabajo adecuado para cada paciente.

El pedido comienza por mensajería interna entre los profesionales, detallando brevemente el caso y el pedido concreto. Toda entrevista comienza con interrogantes básicos para conocer el estado mental. Se pregunta nombre, edad, conocimiento del porqué de su internación, día, lugar y año actual. De ahí en más, el rumbo que tomará dependerá del caso.

Cuando el pedido proviene de las diferentes áreas del hospital, aparecen, por ejemplo, síntomas de angustia y desespero en pacientes cuyas internaciones se han extendido en el tiempo, más de lo esperado. Aquí, se da espacio a que el sujeto comente lo que lo aqueja, sus aflicciones y malestares. Se observa principalmente pacientes atravesados por el encierro, la monotonía, la incapacidad de movilidad y de sentirse inservibles.

Otro escenario son pacientes en situación de pre o post intervención quirúrgica, que requieren expresar sus dudas, miedos e incertidumbres. Nuevamente se da el espacio de escucha necesario, pero en este caso, referidos a la temática de la cirugía específicamente. En algunas ocasiones, las interconsultas se limitan a un pedido del profesional médico de controlar los psicofármacos utilizados, y realizar ajustes si se considera necesario.

Los pedidos de intervención más repetidos frente a pacientes que ingresan por guardia central son por un intento de suicidio. El método más utilizado es la ingesta abusiva de psicofármacos, de uso personal o familiar conviviente. Las preguntas se dirigen a conocer el por qué de la decisión, el procedimiento que llevó a cabo, y las intenciones de repetirlo. La actitud de estos pacientes es, por lo general, retraída y apática. Una recurrencia observada es la razón detrás del hecho y tiene que ver con el poder dormir tranquilos. Se observan sujetos atravesados por circunstancias adversas, que suponen un gran sufrimiento y desgaste psíquico, como así también sujetos víctimas de situaciones de violencia y agresión.

Una vez finalizada la visita, se deja registro de lo realizado en el cuaderno de interconsulta. Se especifica nombre, DNI y edad; motivo de consulta; profesional médico que solicitó y área donde se desempeña; rasgos generales del caso, por ejemplo si ingreso por guardia, que día, hora y por qué motivo; examen mental; y las indicaciones pertinentes.

Observar estas situaciones, me permitió advertir la trascendencia que tiene la interconsulta con salud mental en un proceso de internación, sea breve o mantenida en el tiempo. Otorga la posibilidad a los profesionales de detectar tempranamente indicadores que puedan llamar la atención y devenir en futuras problemáticas de riesgo, y dan la contención necesaria para que ninguna preocupación devenga en crisis.

- ATENEOS CLÍNICOS

Se realizan dos miércoles al mes, de 12 a 13.30 horas, y están a cargo de todos los profesionales que trabajan en el servicio. Su objetivo es la presentación y discusión de un caso clínico particular, que denote interés y relevancia para los tratantes.

En general, mi experiencia con respecto a los ateneos fue provechosa y constructiva. Descubrí en ellos un lugar de aprendizaje e intercambio de opiniones y puntos de vista, muy fructíferos para mi desarrollo profesional. Un lugar de encuentro entre dos disciplinas complementarias, y cuyo fin último se solapa: trabajar sobre la salud mental y el bienestar psicológico de los sujetos.

7.2 ANALISIS Y SINTESIS DE LA EXPERIENCIA

En el presente apartado, se llevará a cabo una articulación teórico práctica entre los postulados expuestos en la perspectiva teórica del presente TIF y la experiencia transcurrida en el Servicio de Psicopatología del HNC, que permita analizar, sintetizar y ofrecer una interpretación crítica del proceso vivido.

Para ello, el análisis de la experiencia estará guiada por los objetivos propuestos en un comienzo: Identificar las diferentes formas de recibir pedidos de interconsulta y los pasos a seguir; Caracterizar el papel del psicólogo/a en las diferentes demandas de interconsulta hospitalaria; Reconocer los desafíos del trabajo interdisciplinario a partir del dispositivo de la interconsulta. En base a estos, se crearon dos categorías: “el rol del psicólogo/a clínico en la interconsulta médico-psicológica” y “desafíos del trabajo interdisciplinario”. Vinculada a la primera de ellas, se generaron las siguientes categorías y subcategorías:

- Inicio del proceso
 - Recepción de la interconsulta: Canales de pedido y servicios solicitantes
 - Motivos
- Intervenciones
 - Colaboración diagnóstica
 - Colaboración terapéutica
 - Organización del alta médica, continuación del tratamiento y transferencia a una unidad de atención de salud mental
- Cierre del proceso

7.2.1 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INTERCONSULTA

El HNC es un hospital general, polivalente que ofrece una amplia variedad de atenciones, entre las cuales se encuentra el Servicio de Psicopatología, donde se llevan a cabo una gran cantidad de actividades diarias. Entre estas, destaca la interconsulta, proceso que suscita gran interés debido principalmente a la observación directa y el acompañamiento que se realizó junto a los profesionales durante sus visitas a las distintas áreas de internación hospitalaria. Recorrer los pasillos, las salas de internación y el encuentro entre médicos,

permitió observar la práctica clínica que realiza el psicólogo, inmerso en una institución hospitalaria, y evidenció el impacto significativo de sus intervenciones en la calidad de atención médica general.

7.2.1.1 INICIO DEL PROCESO

7.2.1.1.1 RECEPCIÓN DE LA INTERCONSULTA: CANALES DE PEDIDO Y SERVICIOS SOLICITANTES

Siguiendo a Carpinacci (1979), es posible identificar diferentes etapas dentro del proceso de interconsulta médico-psicológica, siendo la primera de ellas la denominada “Recepción formal de la Interconsulta”. De igual forma, Ferrari et. al. (1980) postula que la ICMP se inicia mediante una solicitud formal, ya sea escrita u oral, que incluye información acerca del paciente y un presunto motivo de interconsulta. En coincidencia con estos aportes, se encuentra que en el HNC los principales canales de pedido son RP/ con especificaciones que incluyen datos del paciente, cama y servicio donde se encuentra internado, además del diagnóstico presuntivo, así como también se utilizan audios y/o mensajes a través de la aplicación WhatsApp donde se precisan los datos mencionados. A modo de ejemplo, se exponen a continuación una copia textual de algunos RP/ representativos:

UCO Cama 3

STO: Interconsulta con salud mental

DX: Esquizofrenia. Medicación Olanzapina. (Registro de campo, 18/08/23)

RCS 11A

STO: IC con psiquiatría

DX: Depresión?. (Registro de campo, 28/08/23)

S1C3

STO: IC con psiquiatría

Pte POP (15 días) de CX Hartmann 20 peritonitis fecaloidea 2° a resección ant. baja.

Presenta excitación + temblores

Medicación: Quetiapina, Haloperidol SOS

DX: POP de laparotomía exploradora. (Registro de campo 02/10/23)

UCO 3

STO: IC con psicopatología

DX: Deshidratación - I. Renal - TAU. (Registro de campo, 27/10/23)

UCO 6

STO: IC con psicopatología

DX: Delirio mixto. (Registro de campo, 10/11/23)

Como puede observarse, en todos los casos los RP/ presentan información escueta y bastante concisa, limitándose a señalar la sala de internación del paciente sobre el cual se solicita la interconsulta, la indicación de la interconsulta con el Servicio de Psicopatología y el diagnóstico presuntivo relativo a una problemática de salud mental. Son escasos los casos en los que se proporcionan datos sobre la medicación del paciente, su sintomatología actual y/o información relacionada con su estado médico general.

En cuanto a los pedidos orales, principalmente expresados a través de WhatsApp, es notable destacar que contienen mayor cantidad de información respecto al paciente sobre el que se solicita la interconsulta. En este sentido, como se evidencia en las siguientes viñetas significativas, se incorporan datos de la Historia Clínica que apuntan a esclarecer las razones que motivan la solicitud, así como información personal del paciente como edad y género, antecedentes patológicos, medicación indicada, entre otros:

¡Hola buen día! tengo una paciente para valorar tiene como app [Antecedentes Patológicos Personales] demencia, trastorno bipolar que ingresa con síndrome confusional, que institución de salud mental no acepta sin valoración clínica, nosotros ya le hicimos todo pero queríamos ver si la podrán valorar ustedes. (Registro de campo, 25/08/23)

Hola Dr. Buenos días tengo dos pacientes para evaluación en piso de clínica médica. Ya le mando la info de cada paciente:

-RCS 3B. PAC femenina de 89 años Sdm confusión INSUF respiratoria 2ria a DERRAME PLEURAL bilat. App: FA HTA demencia generalizada con colostomía TX de deglución. Paciente se presenta vigil DOTE con excitación psicomotriz, está con 25 mg de Quetiapina

-RCS 4B. PAC masculino de 72 años. Sdm condicional. Sdm anémico crónico. App: HTA anemia crónica tabaquista. Pac se encuentra el día 4/7 vigil DOTE con excitación psicomotriz y al día de la fecha se encuentra somnoliento por medicación. (Registro de campo, 20/07/23)

Hola buen día, soy residente 1er año de clínica médica, te hago una consulta. Es por un paciente, de la Ramón Carrillo Norte 9A. Está con depresión, tengo entendido que se comunicaron con uds ayer por él, es así?. (Registro de campo, 27/07/23)

Al igual que lo exponen Lattanzi y Muñoz (2017), en el Hospital Nacional de Clínicas la mayoría de las interconsultas se receptan por los canales formalizados recién expuestos -

escritos en RP/ y orales por WhatsApp- aunque muchas veces emergen espontáneamente en la recorrida que el interconsultor realiza a los distintos servicios, “con una actitud activa en búsqueda de diferentes situaciones problemáticas que estén atravesando al vínculo médico usuario” (p. 8). Durante el transcurso de la práctica, era común que realizáramos una recorrida por las salas de internación que habitualmente solicitaban interconsultas, con el fin de identificar nuevos pacientes que pudieran necesitar los servicios que brinda el equipo. Alternativamente, sucedía que los profesionales de los distintos servicios se acercaban directamente al servicio de psicopatología a conversar y solicitar alguna intervención psicológica y/o psiquiátrica. Esto último se ilustra en la siguiente viñeta:

Se acerca al servicio una médica del Servicio de Ginecología, que comentaba estar en consulta con una joven paciente, que requería valoración psiquiátrica. Según refiere, en plena consulta la joven dice tener pensamientos suicidas, lo que alarma a la profesional y decide acercarse al servicio en busca de ayuda. (Registro de campo, 16/11/23)

El caso presentado es un fiel reflejo de la integralidad disciplinaria que implica el dispositivo de interconsulta. Citando a Ferrari, et al., (1980), la ICMP “significa la convergencia de dos disciplinas que presentan importantes y sustanciales diferencias en cuanto a criterios de salud, ideologías, lenguaje técnico, modelos de acción, objetivos y encuadre” (p. 16). En este ejemplo, la médica ginecóloga identificó signos de alarma en su paciente, quien mencionó tener pensamientos suicidas y contempló la posibilidad de buscar ayuda de profesionales especializados en salud mental. Su actitud proactiva permitió investigar e indagar más allá de las problemáticas de su área de especialización, comprendiendo al sujeto en su complejidad y sin ignorar aquellas situaciones que están fuera del ámbito de su campo de actuación. Esto último, en concordancia con lo expuesto sobre interconsulta en el documento titulado *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales* (Ministerio de Salud de la Nación, 2018), que confirma la imperiosa necesidad de elaborar un diagnóstico y tratamiento integral y clínico del paciente, que considere su recorrido médico sanitario y que integre las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales intervinientes.

Avanzando desde los aportes de Ferrari, et al. (1980), los pedidos de ICMP provienen, en su mayoría, de los médicos encargados del tratamiento del enfermo, aunque también surgen de familiares, enfermeras y/o paciente mismo. En relación al HNC, se observó que las solicitudes provenían en gran medida de médicos especialistas, o en su ausencia, de residentes que se encuentran a cargo del caso ese día en particular. No se registraron solicitudes realizadas por familiares, y los pedidos provenientes de los pacientes eran de aquellos que ya habían tenido

contacto previo con el psicólogo alguna vez. En relación a esta última situación, se destaca un caso que se ilustra a continuación:

Ahora visitamos a una joven de 29 años, internada por intervención quirúrgica. La psicóloga inició tratamiento hace unas semanas con ella luego de que su médico de cabecera le pidiera una IC. La operación era en el estómago, pero por complicaciones tuvieron que sacarle todo, incluso el útero. Me comenta que le refiere no tener problemas con la extirpación porque `no quería tener hijos´. La joven se encontraba muy angustiada, llorando y había pedido por la psicóloga todo el día. Las enfermeras dicen: `pidió por vos todo el tiempo y no teníamos tu número para llamarte´. Frente a esto, intercambiaron contactos, y las profesionales vuelven a insistir `por si te necesita a la tarde... te escribimos a ese número´. (Registro de campo, 31/08/23)

Tal como se observa, es la paciente quien pide a las enfermeras de la sala el llamado a la psicóloga con la que venía realizando acompañamiento desde el inicio de su internación. Casos así, o expresiones como “la estaba esperando” era común escuchar a lo largo de las visitas, pero siempre que el paciente ya había forjado un vínculo terapéutico con el profesional. Por el contrario, no se registraron casos en los que los pacientes solicitaban la intervención del psicólogo o del psiquiatra para afrontar su internación. Este patrón de comportamiento coincide con los aportes que Feixas y Miró (1993) han realizado sobre el tema. Para ellos, “el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica es un factor de cambio esencial” (p. 29), a la vez que identifican como primer componente de ésta, el vínculo terapéutico establecido entre cliente y terapeuta. Al respecto, señalan “la calidad de este vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el cliente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico” (p. 29).

Adicionalmente, durante el periodo de práctica, se observó que la mayoría de las solicitudes de interconsulta en el HNC provenían principalmente de la Guardia y de salas de internación como Ramón Carrillo Norte, Ramón Carrillo Sur, Sala 3-5. Un pequeño porcentaje de las solicitudes provenían de la Unidad Coronaria (UCO), la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y el Servicio de Urología. A continuación se presenta una tabla ilustrativa con datos precisos:

Solicitantes	Cantidad
Guardia	16
Ramón Carrillo Sur	6
Ramón Carrillo Norte	5
Sala 3-5	4

UCO	3
UTI	3
Urología	1

Tabla 1. Servicios solicitantes de la ICMP en el HNC

7.2.1.1.2 MOTIVOS

A modo de sistematizar, se elaboró una tabla que detalla los motivos de interconsulta encontrados en la HNC y que se desarrollarán en el presente apartado. La misma se presenta a continuación:

Motivo de la IC	Cantidad
Intento de Suicidio	11
Control de esquema de medicación	5
Sintomatología depresiva	4
Acompañamiento	4
Angustia	3
Examen mental	3
Brote psicótico	2
Excitación psicomotriz	2
Valoración PAMI	2
Ansiedad	1
Bipolaridad	1
Delirio mixto	1
Pensamientos Suicidas	1

Tabla 2. Motivos de la ICMP en el HNC

Es posible incidir en lo recién presentado, y analizarlo a través de los datos vinculados a la tabla 1, que demuestra los principales servicios solicitantes de ICMP en la institución

hospitalaria. Se observa claramente que el motivo más recurrente para solicitar interconsulta es debido a intentos de suicidio. Esta tendencia se evidencia en la tabla 1, donde se destaca que la mayoría de las solicitudes provienen del servicio de guardia, que es donde concretamente llegan aquellos casos que requieren una rápida intervención. A su vez, otro de los motivos reiterados son los pacientes que muestran una fuerte sintomatología depresiva, una intensa angustia o aquellos que requieren acompañamiento o control de medicación. En concordancia, los datos de la tabla 1 indican que otro de los servicios consultantes son las salas de internación que alojan a pacientes con internaciones prolongadas y períodos extensos de reposo, condiciones que pueden desencadenar las manifestaciones mencionadas.

Previo a comenzar a profundizar en los desarrollos pertinentes a los motivos de ICMP, resulta crucial contextualizar el presente apartado dentro de la secuencia lógica propuesta por Carpinacci (1979). Una vez recibido el pedido, ya sea escritos en RP/, orales por WhatsApp o por contacto directo entre profesionales, se da inicio a la etapa que el autor resume bajo el nombre “Recepción personal y objetiva de la Interconsulta”. Para Ferrari, et al., (1980), este momento implica el primer acercamiento que tiene el profesional con los médicos solicitantes, el paciente y todo sujeto implicado en la conflictiva; en otras palabras, es el primer contacto con el lugar donde se origina el conflicto.

En este sentido, en el HNC el comienzo de este momento implica identificar el servicio o sala de internación que había solicitado la interconsulta, y comenzar el recorrido por los pasillos hasta llegar al piso indicado. Una vez allí, presentarse y comenzar la búsqueda del profesional solicitante.

‘Somos de psicopatología, venimos por una IC por la paciente de la cama 1. ¿Habrá alguno de los médicos para charlar un ratito antes o ver la historia clínica?’ (Registro de campo, 10/11/23)

Aquí, se da inicio a un intercambio entre profesionales que facilita ampliar la información inicialmente obtenida de los canales formalizados, así como profundizar detenidamente en la situación dilemática que derivó en un pedido de ICMP.

Para comenzar a ahondar en los motivos que impulsan a los profesionales a solicitar una interconsulta con el servicio de salud mental, se tomarán las ideas de Crespo Hervas y Martín Vázquez (1996). Para estos autores, los pedidos por parte de los médicos se inician cuando encuentran obstaculizada su labor al momento de abordar la afección orgánica del paciente. Al respecto, Ferrari, et al., (1980) agregan que el médico sospecha que existen síntomas o elementos en el cuadro general del sujeto que no se pueden atribuir directamente a éste, a la vez que reconoce que estos tienen un peso y significado importante en la evolución.

A lo largo de la práctica, las dificultades recientemente mencionadas, pueden traducirse en diferentes situaciones. Por un lado, se encontraron pacientes con actitudes y conductas violentas que impedían el desarrollo del trabajo por parte de los profesionales a cargo. En tales situaciones, los obstáculos surgían de comportamientos agresivos que llevaban a cabo los sujetos y dificultaban la intervención médica en momentos oportunos. Frente a este contexto, la función del servicio de psicopatología del HNC consistía en mitigar las actitudes hostiles y facilitar el accionar médico. Lo desarrollado es posible visualizarlo en las viñetas presentadas seguidamente:

Pedido de interconsulta para una paciente con internación en el hospital hace 26 días. Fue operada de la cadera, le colocaron un clavo y se le infectó. El pedido es porque la mujer está con sintomatología depresiva y también con actitudes y contestaciones agresivas con el personal. (Registro de campo, 18/08/23)

Se visita al paciente por IC en UTI. Los médicos refieren que `estuvo muy delirante y desorientado´. El fin de semana lo tuvieron que atar de los pies a la noche porque se puso muy violento con el personal. (Registro de campo, 18/09/23)

Por otro lado, se observaban pacientes sumidos en una profunda angustia que entorpecían el desarrollo de la entrevista y hacían imposible la anamnesis, es decir, la recopilación de información por parte del equipo médico. A pesar de los esfuerzos de los profesionales, les resultaba imposible intervenir y formular las preguntas protocolares que les permitieran completar la historia clínica y definir el diagnóstico. Eran sujetos, en su mayoría, recién llegados al hospital, que aún intentaban procesar lo que les estaba ocurriendo, y solo lograban canalizar la angustia a través del llanto. Aquí, el servicio de psicopatología actuaba como mediador proporcionando al paciente un espacio para que pueda sentirse mejor, a la vez que le comunicaban la importancia de poder cooperar con los procedimientos médicos. Tales situaciones se ilustran en las siguientes expresiones:

Pedido de interconsulta por una mujer de 41 años que ingresa por la guardia con mucho dolor físico. Refiere no ir de cuerpo hace 14 días, y también tener una rotura de cadera que le inhabilita caminar. El pedido es por la fuerte angustia que transmite la paciente y su imparable llanto. Al escuchar las comunicaciones entre los profesionales, los médicos de la guardia comentan: `no sabemos qué le pasa... debe ser algo de ustedes por que llora todo el tiempo... le hablamos y llora´. Se observa en los profesionales, la duda de no saber qué le sucede a la paciente, con la que cada vez que se intenta hablar, no hace más que llorar. (Registro de campo, 24/08/23)

Al rato, vuelven los médicos, y podemos hablar con ellos sobre la paciente. Comentan que es la tercera internación del año, por una infección urinaria complicada. Agregan: `tiene una cuestión emocional, y está un poco traumada por la internación en sí´. La psicóloga comenta la importancia de explicarle el porqué de las cosas y les comenta:

‘ella cree que es en contra de ella pero estaría bueno de explicarle bien todo. Lo vive como un rechazo, un desprecio’. La médica refiere ‘por más que le expliquemos todo, se lo contamos con mucha sutileza porque tiene mucha labilidad emocional... ella dice otra cosa que me encontraron, entonces se larga a llorar... por eso necesita contención’. (Registro de campo, 23/11/23)

Adicionalmente, ocurrió el caso de una joven que debía ser sometida a una importante cirugía y suscitaba preocupación en el equipo médico en razón de su estabilidad emocional y preparación previa para la intervención quirúrgica. En este caso, su labilidad emocional era el elemento obstaculizador del labor médico, y lo que llevó a consultar con el servicio:

‘Yo quería una consulta con ustedes porque ella me decía que se quería ir a la casa ... mi miedo era que no entre estable a la cirugía... psicológicamente hablando’. (Registro de campo, 10/11/23)

Tal como se puede notar, los pedidos de interconsulta percibidos en el HNC eran solicitados cuando los profesionales del equipo se encontraban imposibilitados de continuar con la linealidad esperada de sus intervenciones, aparecía algún factor relacionado con el paciente que influía en su accionar, obstaculizaba su enfoque y no les permitía llevar a cabo los abordajes deseados frente a la afección orgánica que estaba transitando el sujeto.

Avanzando desde los aportes de Crespo Hervas y Martín Vázquez (1996), los pedidos de ICMP son motivados cuando los médicos se enfrentan a pacientes con algún tipo de psicopatología o pacientes “difíciles”, como son las personas con trastorno de personalidad límite o “borderline”. En concordancia con lo dicho, otro de los principales motivos de interconsulta en el HNC eran pacientes que acudían debido a intentos de suicidio, sujetos con diagnóstico o sintomatología vinculada a depresión, angustia, brotes psicóticos, ansiedad, delirio mixto, excitación psicomotriz, entre otros.

Los casos de intentos de suicidio que llegaban por guardia eran atendidos primeramente por el equipo médico que se encontraban allí. Siguiendo los lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental del Ministerio de Salud de la Nación (2013), su labor se centraba en llevar a cabo un examen físico general así como iniciar un abordaje psicofarmacológico. Sobre este último, se postula que “a través de la medicación se pretende lograr la sedación de la persona y disminuir el sufrimiento, con el fin de poder definir una conducta efectiva para el seguimiento” (p.20). Para seguir con la evaluación integral del estado de la persona y de la situación, el Servicio de Psicopatología evalúa el estado psíquico global, cabe decir,

Estado de consciencia: despierto/dormido. Lúcido/Obnubilado
 Grado de orientación global: ubicación témporo-espacial.
 Estado cognitivo global: atención, concentración y memoria.

Aspecto físico: descuidado, señales visibles de abandono (siempre evaluado dentro del contexto socio cultural y etario).

Actividad motora: inquietud, desasosiego, hiperactividad, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía.

Actitud: colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida.

Lenguaje: verborrágico, mutismo, neologismos.

Pensamiento: Curso: enlentecido, acelerado, interceptado, sin idea directriz, fuga de ideas. Contenido: Ideación coherente, delirante, de grandeza, de persecución, mística, pueril, obsesiones, ideas de desesperanza y muerte.

Juicio: conservado, insuficiente (ej. retardo mental), debilitado (ej. demencia), suspendido (ej. confusión mental), desviado (ej. esquizofrenia).

Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas.

Afectividad: humor expansivo (ej. manía), humor deprimido (ej. depresión), indiferencia afectiva (ej. esquizofrenia), labilidad (ej. bipolaridad).

Sueño: insomnio o hipersomnio.

Actitud alimentaria: anorexia, negativa a comer, hiperorexia. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013, p. 26)

Al mismo tiempo, se indaga en

El contexto de la persona en crisis, en la situación en la que se produce y sobre los factores desencadenantes: factores estresantes y de riesgo para la persona (pérdidas, desempleo, desarraigo, episodios de violencia, etc.), situaciones de carencia (física, emocional y social) y en relación a enfermedades/padecimientos previos, entre otras. Y los aspectos vinculares y en particular la existencia de la red de apoyo socio-familiar de la persona e intervenir para favorecer su inclusión participativa. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013, p. 19)

Bernstein y Nietzel (1982) agregan sobre la labor del entrevistador, que el mismo “intenta dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda. Esto generalmente significa tratar al cliente con calma, interés y de una forma aceptante; haciendo preguntas para obtener información relevante y trabajando directamente sobre el problema inmediato” (p. 173).

En relación a las sintomatologías mencionadas previamente, se presentan casos ilustrativos:

Al llegar a la sala, los médicos comentan que `ha estado muy violento con las enfermeras... les pegó ayer a la tarde a una de ellas y hoy a la madrugada volvió a pasar lo mismo´. También agregan: `no sabemos cómo actuar con él, porque nadie se le quiere acercar... no se deja controlar ni deja trabajar... le tenemos miedo´. Al ingresar a su habitación, observamos la interacción que tiene con el Dr. que intentaba curarle las heridas. El paciente se enoja, y se mueve cada vez que intenta acercarse; el joven le explica que necesita limpiarle las heridas y que por favor lo deje. Frente al pedido, responde `No. No me toques. Salí´. (Registro de campo, 02/10/23)

Al conversar con los médicos, comentan que el pedido era para `saber si podían entrevistarlo, cómo lo ven ustedes y si le podían dar algo para que no esté tan perdido´. (Registro de campo, 03/10/23)

Como demuestra lo anterior, en numerosas ocasiones, los médicos se encontraban desconcertados ante determinados comportamientos de los pacientes. Se puede notar que, en el primer escenario, los médicos optaban por distanciarse del paciente y reducir las intervenciones debido al miedo ante sus actitudes. Mientras tanto, en la segunda viñeta, surgía la incapacidad de tratar con un paciente que mostraba cierta desorientación, lo que llevaba a solicitar un accionar especializado para poder continuar con su labor de manera efectiva.

Crespo Hervas y Martín Vázquez (1996), agregan que las interconsultas pueden surgir por la necesidad de colaboración entre servicios, con los que se llevan a cabo reuniones y toma de decisiones para mejorar la calidad de la asistencia y atención brindada a los pacientes. Tal como se observa en la tabla 2, en el HNC se destacan aquellos motivos como “control de esquema de medicación”, “examen mental”, o “valoración PAMI”, cuyo objetivo era aportar la visión del profesional psicólogo o psiquiatra a cargo, para poder evaluar o reevaluar según sea el caso, la internación y/o futuro del paciente. Algunas viñetas representativas expresan:

Llegamos a la sala de los médicos, y la psicóloga se encontró con una médica que le comentó un poco como había estado. Le dijo que ya tenían que darle el alta, pero estaban decidiendo qué tratamiento darle. (Registro de campo, 19/05/23)

Pedido de IC desde la guardia, por el ingreso de una mujer de 39 años con intento de suicidio con consumo de un blíster y medio de clonazepam. Al llegar a la guardia, los médicos comentan que es adicta, y tienen miedo que si se queda mucho tiempo encerrada, empiecen a aparecer síntomas de abstinencia. Piden IC para poder entrevistarla, y tomar una decisión. (Registro de campo, 12/10/23)

Se responde a una IC para valoración de paciente en RCS. Ella entra por un síncope, deshidratada y con infección pulmonar. La dra nos comenta que cuando llegó al hospital, la valoró una de las psiquiatras, y en su estado, dejó indicado que no podía volver a su casa y que tenía que ser institucionalizada. Ahora, un mes después, ya está mejor y querían que la valoren para indicarle que vuelva a su casa. (Registro de campo, 12/10/23).

Se responde a pedido de IC para paciente de RCN; el pedido es para completar la planilla de PAMI para que el paciente pueda ser institucionalizado en un geriátrico. (Registro de campo, 06/11/23)

Como es posible observar, la solicitud de ICMP aparece en momentos clave donde se requiere que la combinación entre experiencia y conocimiento de los diferentes profesionales y servicios permita arribar a una idónea recomendación sobre el futuro del paciente. La

colaboración terapéutica se vuelve esencial en situaciones en las que la atención brindada requiere ajustes o cambios significativos para garantizar el bienestar.

Los cuatro casos presentados son una figurativa representación de lo que ocurría a diario en el HNC. Por un lado, pacientes próximos al alta pero con una notoria necesidad de un seguimiento profesional una vez fuera del hospital. Aquí el servicio de Psicopatología interviene para determinar si se requiere el ingreso en una institución que ofrezca internación en una institución de salud mental, o si basta con un tratamiento ambulatorio. Por otro lado, pacientes que acuden por guardia en situaciones de crisis, con antecedentes patológicos y toxicológicos que requieren un enfoque de tratamiento personalizado, y una toma de decisión colaborativa. La labor de los integrantes del servicio implica diseñar un plan de internación idóneo para el caso, que incluya la medicación adecuada y el acompañamiento terapéutico necesario. Por último, pacientes de edad avanzada que requieren una valoración por parte de un profesional de salud mental para determinar la institución geriátrica más adecuada para sus necesidades. Esta evaluación, combinada con la información proporcionada por el equipo médico, permite decidir si la residencia geriátrica será permanente, temporal durante algunos meses, así como si se requiere seguimiento de un profesional psiquiatra o únicamente acompañamiento terapéutico por parte de un psicólogo.

Otra de las situaciones que pueden presentarse es la solicitud de atención ambulatoria de pacientes atendidos durante su internamiento, cuando esto se acuerda con el paciente por razones personales. Este escenario era poco frecuente durante el desarrollo de las interconsultas en el HNC, ya que muchas veces los pacientes eran dados de alta, o bien, sus obras sociales tenían convenio con otras instituciones que les brindarían algún tipo de servicio referido a salud mental. No obstante, se presentan aquí, los dos casos presenciados en los cuales los pacientes comenzaron a concurrir al servicio por consultorio externo:

Se le explicó a la paciente la importancia de que, si ella estaba de acuerdo, comience un tratamiento psicológico en el hospital pero por consultorio externo. La psicóloga se comprometía en ser ella quien lo lleve a cabo, y buscaba poder acompañarla los días posteriores a la internación. (Registro de campo, 28/08/23)

Se reunió parte del equipo del servicio de psicopatología, y al volver comentan que llegaron al acuerdo de que lo van a tomar como paciente en el servicio. Le expresan: `si están todos de acuerdo, vuelvan mañana. Los profesionales que lo atenderán vamos a ser nosotros cuatro, para llevar el tratamiento en conjunto'. (Registro de campo, 31/10/23)

En ambas ocasiones, el contacto con el paciente fue inicialmente por un pedido de ICMP, motivado por sus circunstancias particulares. A medida que transcurría el periodo de internación y se profundizaba en la evaluación del caso, se consideró conveniente que

comiencen tratamiento psicológico y psiquiátrico dentro del mismo servicio. En el primer caso, se llegó a un acuerdo con la paciente, quien expresó su deseo de iniciar consultas semanales con la psicóloga y comenzar tratamiento psiquiátrico para abordar su sintomatología. En el segundo caso, aunque se expresó la importancia de que comience a recibir tratamiento, la paciente no estaba conforme en iniciar el proceso ni demostró interés en acceder al servicio.

Para comprender mejor estos dos escenarios, podría resultar útil considerar el concepto de “adherencia terapéutica”. Según Nieto Betancurt y Pelayo Pedraza (2009), ésta se refiere a una conducta compleja, que implica tanto comportamientos por parte del terapeuta, como del paciente, sumado a “la combinación de una serie aspectos relacionales que conllevan a la participación activa y a la comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento para lograr el resultado esperado” (p. 71). En este sentido, podríamos reconsiderar los casos presentados a la luz de lo mencionado, y comprender por qué, frente a la misma situación, uno accedió a iniciar tratamiento y otro no.

A modo de resumir lo desarrollado, se destaca que los motivos de ICMP identificados a lo largo de la práctica en el hospital se encuentran en coincidencia con los señalados por Crespo Hervas y Martín Vázquez (1996). Los mismos incluyen “colaboración diagnóstica, colaboración terapéutica, organización del alta médica y continuación del tratamiento, y transferencia a una unidad de psiquiatría” (p. 943).

7.2.1.2 INTERVENCIONES

Una vez recopilada la información necesaria referida al pedido de interconsulta, comienza el paso que Carpinacci (1979) identifica como “análisis de las entrevistas efectuadas, del clima general de la sala y cotejo entre versión escrita y oral de los motivos de la Interconsulta”. Durante este proceso, se organiza e integra la información para darle sentido a los datos y aclarar cualquier punto oscuro y aspecto confuso. En cortas palabras, se busca obtener una comprensión más profunda de lo que está ocurriendo en el vínculo médico-paciente.

En el presente apartado, se intentarán analizar las diferentes formas de intervención realizadas por el equipo de ICMP del hospital en el marco de las entrevistas, situando las

mismas dentro de los cuatro motivos referidos en el apartado anterior: colaboración diagnóstica, colaboración terapéutica, organización del alta médica y continuación del tratamiento, y transferencia a una unidad de psiquiatría.

Según lo señalado por Bernstein y Nietzel (1982), la entrevista se reconoce como “el instrumento más empleado en la psicología clínica” (p. 168). Esta idea, coincide con lo observado a lo largo de la práctica, donde la mencionada era el medio por excelencia utilizado en todos los momentos de la ICMP.

Los autores refieren que “tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue al tratamiento” (p. 168). Señalan que es un medio simple, flexible, que no requiere equipos ni lugar y permite recopilar datos sobre la conducta verbal y no verbal de una persona. Al mismo tiempo, agregan que el entrevistador tiene la flexibilidad de ajustar el enfoque de la indagación según los aspectos que considere relevantes, lo que posibilita su aplicación en diversas circunstancias. En este sentido, expresan “la estructura de una determinada entrevista depende en gran medida de su propósito” (Bernstein y Nietzel, 1982, p. 175).

Atendiendo a estas consideraciones, se observó que la entrevista servía como medio para tener contacto directo con los médicos, el personal de enfermería, los pacientes y los familiares implicados en la interconsulta. A la vez que conocer toda la información relativa al paciente y su situación durante la internación.

.2.1.2.1 COLABORACIÓN DIAGNÓSTICA

Las entrevistas realizadas con el propósito de una colaboración diagnóstica eran aquellas llevadas a cabo entre el equipo de ICMP y los médicos de cabecera, y, en ciertas ocasiones, con el personal de enfermería y los familiares.

Con respecto al primer escenario, el médico expone los motivos que llevaron a recurrir a una interconsulta, así como los motivos de hospitalización, el historial del paciente, sus comportamientos recientes y cualquier detalle relevante del caso. Se completa la información

con una lectura minuciosa de la historia clínica del paciente. Los presentes relatos demuestran los primeros intercambios que se observan entre psicólogo o psiquiatra y médico solicitante:

Llegamos a la sala de médicos, y el profesional se encontró con uno de los médicos que le entregó la historia clínica, y le contó el caso. La mujer, de unos 60 y algo de años, había entrado a la guardia el viernes por intento de suicidio con un coctel de pastillas. Frente a este panorama, se le pregunta `¿hubo intentos de suicidios previos? ¿Ya había pasado esto antes?´. Frente a lo que nos responde que no. Además, nos agrega que la mujer no estaba muy dispuesta a contestar; habló de mutismo selectivo. Una vez con todo sabido, ingresamos a la sala. (Registro de campo, 15/05/23)

En comunicación con los médicos, nos ponen al tanto y comentan que la IC es para una mujer de 27 años, consume cocaína y está medicada para esquizofrenia. Se consulta `¿qué medicación toma actualmente?´, a lo que responden que está todo detallado en la H.C pero que dejó la medicación psiquiátrica por decisión propia, y al año le aparecieron las voces nuevamente (de esto hace 3 años). Además comentan que se enteró que tenía VIH cuando estaba embarazada de su hijo, hace 4 años. Se pregunta: `¿está acompañada de algún familiar, o alguien con quien se pueda hablar?´ A lo que responden que está acompañada por su madre. (Registro de campo, 18/10/23)

Al llegar a la sala, nos comunican por otro paciente, de 67 años, que también refiere por pedido de IC. El pedido lo expresa la médica y es porque `está depresivo.. se lo nota triste´. (Registro de campo, 02/10/23)

Al reunirnos con los médicos tratantes, comentan que es una mujer de 77 años, que ingresa el miércoles por heridas en las piernas, también presenta varices y una descomposición por insuficiencia renal crónica. Se pregunta `¿le están dando algo para esa sintomatología?´. Los médicos le leen el esquema de medicación actual. También refieren que vive con el marido (87) y un par de perros. Se pregunta `¿tiene antecedentes vinculados a salud mental, algún intento de suicidio o internaciones?´. Frente a eso, responden `tuvo dos intentos de suicidios previos, en uno, el marido llegó justo y la encontró con una bolsa atada en la cabeza´. (Registro de campo, 27/10/23)

Las intervenciones empleadas en estas entrevistas son aquellas que permitan recabar información básica del paciente, así como indagar en sintomatología médica, motivo de consulta e historia clínica. Al respecto, Etchegoyen (1986) propone que el instrumento más sencillo y directo para recopilar este tipo de datos es la pregunta. El autor plantea que la misma “tiene por finalidad obtener una información precisa y se entiende que se formula sin otros propósitos, sin segundas intenciones” (p. 279). Una idea similar puede encontrarse en Bernstein y Nietzel (1982) cuando refieren a la pregunta como una técnica directiva, que permite “recopilar la mayor cantidad de información particular” (p. 173).

En coincidencia con los autores, el instrumento por excelencia utilizado por el equipo de ICMP para recopilar esta información es la pregunta. En este sentido, los profesionales preguntan de forma directa aquellos datos que desean saber sobre el paciente y permiten comprender su situación actual de internación. Ejemplo de esto se observan en las viñetas:

“¿qué medicación toma actualmente?”, “¿le están dando algo para esa sintomatología?”, o “¿está acompañada de algún familiar, o alguien con quien se pueda hablar?”. Además, interrogan acerca de los aspectos vinculados a la salud mental, por ejemplo antecedentes de intentos de suicidios o internaciones psiquiátricas anteriores. En los casos presentados, las preguntas son del tipo: “¿hubo intentos de suicidios previos? ¿Ya había pasado esto antes?” o “¿tiene antecedentes vinculados a salud mental, algún intento de suicidio o internaciones?”. Cabe destacar que, si bien el equipo de salud mental se concentra en aquellos aspectos vinculados a su campo, la indagación del caso implica una contemplación de todas las áreas de la vida del sujeto, aspecto que refleja la mirada compleja y multidimensional sobre el paciente.

Tal como se mencionó en párrafos anteriores, otra de las entrevistas que se llevan a cabo son al personal de enfermería. En el HNC, esto sucedía preferentemente cuando, arribados al servicio solicitante, se notaba la ausencia del médico que había motivado la interconsulta. Si bien esta situación impedía la profundización del motivo de la ICMP, se optaba por interrogar a las enfermeras a cargo, o de lo contrario, limitarse a leer las fichas que ellas mismas se ocupaban de rellenar. La lectura, o en el mejor de los casos, la comunicación con ellas resulta esencial ya que son quienes se ocupaban de los pacientes la mayor parte del día, tenían contacto directo con ellos y podían propiciar información relevante sobre su dinámica diaria y comportamientos. Las siguientes viñetas corresponden a intercambios que se realizaron entre enfermeras y miembros del equipo de salud mental:

Las enfermeras comentan que estos síntomas aparecieron hoy, porque ayer estaba re bien. Frente a esto, se pregunta `¿Ayer hablaron con él y les respondió sin problema?´. A lo que responden `si.. es más nos hablaba de sus nietos. No parecía perdido´. (Registro de campo, 18/07/23)

Una de las enfermeras nos cuenta que tuvo un momento de lucidez, por ejemplo ayer. Se indaga, `¿qué pasó ayer? ¿qué les dijo?´. Y refieren que una enfermera lo visitó, y él le dijo `vos no sos de este turno, vos en realidad trabajas a la mañana´. (Registro de campo, 18/09/23)

Las enfermeras que la curan comentan que cada vez que la visitan llora. Se indaga en esto y se pregunta `¿hace cuánto está en este estado de angustia?´, a lo que responden `desde que llegó, la paciente todo el tiempo comenta `estoy cansada del dolor... de esto´. También agregan que `cada vez que habla del nieto, llora´. (Registro de campo, 27/10/23)

Nos encontramos con una enfermera, que nos comenta un poco de la situación actual de la paciente. Es una paciente en aislamiento, que tiene una bacteria, y eso la obliga a estar aislada. (Registro de campo, 23/11/23)

Al igual que en las entrevistas anteriores, las intervenciones de los profesionales son preguntas directivas y precisas que apuntan a conocer los comportamientos exhibidos por los pacientes en periodos recientes, ya sea en las últimas horas o semanas. Las mismas se observan en las viñetas, y son presentadas nuevamente a continuación: “¿Ayer hablaron con él y les respondió sin problema?”, “¿qué pasó ayer? ¿qué les dijo?”, “¿hace cuánto está en este estado de angustia?”.

Del mismo modo, se llevan a cabo lecturas de las planillas referidas a medicación y evoluciones clínicas detalladas por el personal, que permiten abordar la situación y contribuir a la elaboración diagnóstica requerida. Este último accionar puede asociarse con las ideas de Bernstein y Nietzel (1982), quienes mencionan los documentos entre las fuentes para recopilar datos. Al respecto, argumentan que son un medio que “puede dar de una manera sintetizada gran cantidad de información” (p. 127).

La información concerniente a la salud física del paciente, obtenida a través de las entrevistas con el médico tratante y el personal de enfermería, podría pensarse desde el enfoque de intervención propuesto por Faberman (2010, citado en Polak, 2018). Para el autor, al llevar a cabo una ICMP, es fundamental tener en cuenta aspectos como qué enfermedad padece, motivo de internación, la medicación que está tomando actualmente, así como los procedimientos a los que está siendo sometido.

Otro de los actores que es pertinente entrevistar para dar respuesta a las ICMP referidas a la colaboración diagnóstica, son los familiares del paciente. Estas sucedían, generalmente, con aquellos acompañantes de sujetos ingresados por guardia, y estaban dirigidas a permitir que el familiar pueda relatar cómo se desarrollaron los acontecimientos hasta el momento que se decide llevarlo a la institución. En ellas da su versión de los hechos, brindando detalles adicionales, contexto y aportando datos que a menudo los pacientes omiten como, internaciones previas, intentos de suicidio anteriores, esquemas de medicaciones. Ejemplo de estos casos se presentan a continuación:

Salimos a encontrarnos con la madre. ‘Cuenteme qué pasó’ expresan los profesionales. La mujer comentó que él había ido a su casa ayer, y que comenzó a convulsionar. Pidió ayuda a un vecino para traerlo para acá. Explicó que no vive con él, ella se quedó sin la casa que tenía, y él quedó en situación de calle. Ella vive en un lugar de mujeres, y él no puede vivir ahí. Con respecto al consumo, dice que él fuma marihuana hace años, desde siempre; pero que no tiene control de todo lo que consume porque ya no vive con él. Comenta que estuvo internado también por su quiebre de hombros, pero que no lo operaron. La psiquiatra le explica que en el hospital, van a tratar su sintomatología actual, pero que si no encuentran nada lo van a mandar de vuelta a la casa. Que sería importante que ella sepa que hace, y que él pueda ir al médico anualmente. Ella refiere que él ya es mayor de edad, y ella no puede obligarlo. (Registro de campo, 24/05/23)

Se le comunica que deseaban hablar a solas con su madre, que si puede esperar en el consultorio. Una vez a solas, `cuéntenos su versión.. ¿qué está pasando?´. Ella nos comenta que vive en el campo porque allí cuida a su madre con hipertensión; se vino de allá porque él no respondía el celular, y que cuando llegó se enteró de lo que había pasado el sábado. Además, llegó y dio cuenta que la relación del joven con su hermano estaba en muy malas condiciones, comenta que tuvieron una pelea, porque le contestó mal; él te tiró agua en la cara y el otro se enojó. Nos refiere que su hermano no lo aguanta más, no quiere seguir viviendo con él. Se la observa preocupada: `nunca lo vi así... lo que paso el sábado y eso que dice que lo va a llevar a la justicia.. él no era así. también eso que dice de maestro pizzero... Él no es maestro pizzero, una sola vez trabajó en una pizzería, pero no puede sostener mucho sus trabajos´. (Registro de campo, 31/10/23)

Vino traída por su marido. A solas con él: `cuénteme qué pasó´. Cuenta que actualmente se encuentra medicada para la depresión, y por eso tenía a disposición los fármacos. Además, comenta que está viviendo una situación particular porque se le juntó el aniversario de la muerte de un familiar cercano y está en pleno proceso por la tenencia de su hijo mayor. Debido al estado de somnolencia de la paciente, no se pudo realizar la entrevista. (Registro de campo, 03/11/23)

Con el objetivo de ampliar la historia y detallar aspectos relevantes de los pacientes, las intervenciones del equipo de ICMP son preguntas abiertas o petición. Esta técnica no directiva es caracterizada por Bernstein y Nietzsche (1982) quienes refieren que la misma se utiliza cuando se “desea instigar la conducta verbal del cliente a la vez que desea influir en su contenido lo menos posible”, ya que le permite al entrevistado “empezar con su propio estilo” (p. 179).

Tal como se observa, las entrevistas se iniciaban con un pedido del tipo “cuénteme qué pasó”, que permitía al familiar comenzar a contar los hechos de la manera que le pareciera conveniente, y resaltar los detalles que sugirieran información relevante al caso. Podría argumentarse que, con el fin de influir lo menos posible, el profesional interconsultor practicaba lo que Bernstein y Nietzsche, (1982) definen como la táctica más general utilizada durante las entrevistas: la escucha activa. Esto implicaba que respondía “en formas tales que, sin interrumpirlo, le indiquen comprensión y lo animen a continuar” (p. 179).

7.2.1.2.2 COLABORACIÓN TERAPÉUTICA

Para dar respuesta a aquellos pedidos de interconsulta motivados por la colaboración terapéutica, las entrevistas que debía realizar el equipo del HNC eran principalmente a los pacientes, y, en menor medida, a los familiares de los mismos. En este sentido, resulta conveniente citar a Carpinacci (1979) cuando refiere que el interconsultor “se ocupa de aquellos sectores que el médico por lo general elude, esto es, las implicaciones emocionales en un paciente y sus familiares ante la emergencia de una enfermedad somática” (p. 23).

Cada una de las entrevistas con los pacientes del HNC, comenzaba con una breve presentación del equipo, seguida de una pregunta o indicación no directiva, que permitiera al sujeto comenzar a hablar sobre lo que considerara relevante (Bernstein y Nietzsche, 1982). Estas eran del tipo: “vinimos por si nos quiere contar algo”, “queríamos saber cómo está hoy”, “vinimos a charlar un rato”, “¿cómo estás?”. A continuación se adjuntan viñetas representativas:

Ingresamos a la habitación y el profesional nos presentó: `Somos del Servicio de Salud Mental del hospital, vinimos a charlar un ratito con usted; ¿cómo está hoy?´. (Registro de campo, 15/05/23)

Ingresamos a la habitación; había dos camas. La señora estaba acostada en la suya. Nos presentamos diciendo `Somos del equipo de Salud Mental, queríamos saber cómo está´. (Registro de campo, 24/05/23)

La psicóloga se presenta, aludiendo `Somos del Servicio de Salud Mental, vinimos por si nos quiere contar algo... saber cómo está, cómo se siente´. (Registro de campo, 29/08/23)

Luego de indagar en su historia clínica, se ingresa a la habitación y se realiza la entrevista. `Hola.. Somos del Servicio de Salud Mental.. Venimos a charlar un rato con usted, a ver cómo se siente´. (Registro de campo, 12/10/23)

Se llevó a cabo la entrevista: `Somos del Servicio de Salud Mental.. vinimos a charlar un ratito con usted. ¿cómo está hoy?´ (Registro de campo, 27/10/23)

En la entrevista con la paciente, la profesional nos presenta: `Somos del Servicio de Psicopatología... Venimos a charlar un rato con vos´. (Registro de campo, 30/10/23)

Ingresamos a la habitación. Nos presentamos con la paciente. `Podes hablar?... 1 es si, 2 es no´. La paciente responde: `sí.´, a lo que la psicóloga prosigue: `Somos psicólogas, nos pidieron que vengamos a verte, a ver como estas´. (Registro de campo, 10/11/23)

Seguidamente, comienza un intercambio entre paciente y equipo de ICMP, el cual puede ser analizado mediante las seis intervenciones clínicas que postulan Bernstein y Nietzsche (1982) para utilizar en el marco de la psicoterapia. Ciertas intervenciones buscaban “fomentar el insight”, que consiste en tomar conciencia y promover el conocimiento de uno mismo. Apunta a que los pacientes puedan reconocer las razones por las cuales se comportan de determinada manera, con el fin último de conseguir el desarrollo de nuevas conductas. Con el objetivo de fomentar la aparición de éstas, el profesional proporciona una interpretación que permita al sujeto examinar sus actitudes e inferir conclusiones relevantes sobre su significado.

En relación a la práctica, y en el contexto de internación en el cual se encontraban los pacientes, los comportamientos eran más bien estados emocionales vinculados al cansancio, agotamiento, tristeza e irritabilidad. Con respecto a las intervenciones de los profesionales, se intentaba dar conocimiento que sus estados estaban fuertemente influenciadas por su sintomatología física y dolores, la situación de hospitalización a la cual estaban sometidos y los días de encierro. Al respecto, se presentan viñetas ilustrativas:

La paciente comenta sobre la angustia que le genera el estar acostada en la cama y no poder hacer nada: `antes de esto.. yo hacía de todo, salía a caminar, a hacer las compras.. es más a veces iba rápido.. casi corriendo... y ahora estoy así porque me caí en el baño´. También comenta sobre la preocupación de cómo será el después, si podrá salir a hacer todo como antes, o tendrá que estar tirada sin hacer nada. Las intervenciones de la psicología están referidas a hacerla comprender la importancia de su recuperación en un primer momento, y en después poder pensarlo para más adelante. Al respecto, expresa `es entendible que estés angustiada, van muchos días de internación y es muy feo, pero todo es para que se recupere al 100% y pueda volver a tener una vida lo más parecida a lo que era antes. Es importante que se enfoque en la internación de ahora, poder mejorar para poder irse y volver a hacer todo lo que tiene ganas´. Se la tranquiliza diciendo que seguro encuentre la mejor forma de volver a hacer lo que le gusta, y que `si no es caminando, será en una silla de ruedas, capaz hasta con motor. irás atropellando a todos, y yendo muy rápido como hacías antes´. También se le dice la importancia de que ahora esté acompañada, y lo bueno que es para ella que sus hijas la estén acompañando todo el tiempo, que puedan traerle cosas que le gusten, comida, libros o lo que le guste hacer. Referido a eso, comentó que tenía ganas de comer fruta... banana. Es super importante el papel que están teniendo ellas ahora.. es muy comprensible que la internación sea algo estresante y cansador, siempre hacer lo mismo.. misma rutina, mismo lugar. Que ellas las acompañen hacen de estos días más pasables. (Registro de campo, 18/08/23)

La paciente comenta que, junto a su madre, cuidaban a un joven, que era como su hijo, y también refiere preocupación por él y por su madre que no puede estar cuidándola. Expresa: `me quiero ir... no quiero estar acá... quién va a cuidarla a mi mama, y a mi hijo... yo tengo que estar ayudándoles´. Frente a esta idea, se le explica que no es momento de estar pensando en eso: `seguro tu mamá va a encontrar la forma de ocuparse de ella.. tu hijo la va a poder acompañar y ayudar con la medicación o con lo que necesite. No podes irte ahora.. primero hay que estabilizarte, y recién ahí vas a poder.

pensá que los médicos están haciendo todo lo posible para que te pongas mejor, y puedas volver a casa. pero tenés que ocuparte de vos ahora´. (Registro de campo, 24/08/23)

En la entrevista con la paciente de la sala nos refiere: `no puedo.. no puedo hablar, no puedo nada con esto.. me tiene ... no sé .. no lo quiero más. Por ahí tengo que llamar a la enfermera, tengo que gritar... y me duele.. me duele. no puedo más... no quiero más.. me duele.. todo junto, no quiero más´. Lloro. Luego de un ratito, comenta que hoy se levantó y no podía caminar.. `hoy no caminé nada´. Frente a esto la psicóloga le pregunta `¿qué te pasaba?´. A lo que ella responde: `no tenía la fuerza. me quiero ir.. me quiero sacar esto´. La psicóloga interviene diciéndole que hay una sola cosa buena, y es que ya pasó a sala.. `Es un paso. ya estás en una sala común y eso ya es un paso. Sé que lo de la sonda es horrible y molesto, pero se ve que todavía es necesario, yo puedo preguntarle al médico, pero requiere mucha paciencia´. La paciente expresa: `no tengo... ya no aguanto más.. levantarme me causa mucho dolor.. esto no es lindo, no es fácil´. Vuelve a comentar lo mucho que le molesta la sonda, y expresa `yo sé que a nivel medicinal es importante todo lo que me pusieron pero ... hoy me desperté porque me ahogué con mi propia respiración... es horrible esto, no quiero más´. La profesional interviene: `me imagino que sí.. debe ser molesto, doloroso.. pero todo es necesario para que te pongas mejor y te puedan dar el alta. Seguro que debes estar cansada y si, es esperable, pero ya va a terminar todo y vas a poder estar en casa´. Agrega: `pensá que esto es un momento y nada más, un momento feo.. si.. pero un momento que termina. cuando los médicos consideren que estás estable para irte, vas a poder estar en casa y más tranquila´. (Registro de campo, 31/08/23)

La paciente comenta sobre las dificultades que le genera ir al baño en esta situación, usar la chata. También que se duerme todo el tiempo, que no puede hablar por mucho tiempo. Se la acompaña en el sentimiento de incomodidad, y la psicóloga expresa `nada de esto es agradable, que te estén viniendo a ver todo el tiempo, que te hagan ir al baño ahí, y te estén esperando para terminar... Se entiende, pero es una situación de internación, un contexto muy específico´. Y en relación al dormir, se le sugiere: `Es así... cuando el cuerpo te pida descansar, descansa´. (Registro de campo, 10/11/23)

Se le explica a la paciente que por la bacteria que tiene, ella debe estar en aislamiento. La profesional expresa: `no es que te desprecien, necesitas estar sola para no contagiar, ni tampoco nosotros te traigamos cosas. Pero quédate tranquila, no es que no te quieran atender´. La paciente pregunta: `¿y hasta cuándo voy a estar sola?´ La psicóloga responde: `hasta que estés mejor... es una manera de protegerte. mientras más te protejan, más rápido vas a salir de acá´. La mujer señala: `me hace mucho daño estar sola´, a lo que se responde: `si... no es fácil estar sola, y menos en esta situación, que uno se siente más vulnerable.. a la noche podés dormir bien?´. La paciente comenta. `no. me cuesta.. yo escucho que todo el tiempo me dicen si ya volvemos, ya volvemos.. pero están escapando... me doy cuenta que están escapando´. Frente a esto, la psicóloga interviene `bueno.. pero hay que entender también que es parte de la situación del hospital, como cuando era el COVID. Hay personas que están en aislamiento, y es normal que cuando una persona tenga una infección.. pero no te sientas mal. es una manera de cuidarte a vos´. (Registro de campo, 23/11/23)

Tal como se observa, el profesional se centraba en situar el estado emocional y contextualizar el malestar de las pacientes dentro de la situación actual que estaban atravesando.

Todo esto, con la intención de ayudarlas a encontrar un significado y un por qué a la actitud que tenían, así como contribuir a que desarrollen nuevas conductas o estados afectivos, que les permitan apaciguar sus molestias. Para llevar a cabo un análisis más preciso, a continuación se presenta un ordenamiento más claro sobre algunas de las viñetas anteriores, que permiten distinguir el estado emocional de las pacientes, y la intervención pertinente del profesional.

La viñeta referida al 18/08/23 nos presenta una paciente fuertemente angustiada debido a su prolongada internación, de aproximadamente 26 días, y su incapacidad para llevar a cabo la actividades que realizaba en su vida cotidiana: “la paciente comenta sobre la angustia que le genera el estar acostada en la cama y no poder hacer nada: ‘antes de esto.. yo hacía de todo, salía a caminar, a hacer las compras’”. La profesional interviene situando su angustia dentro del contexto de internación, y haciéndole dar cuenta que es entendible y hasta esperable su malestar: “es entendible que estés angustiada, van muchos días de internación y es muy feo, pero todo es para que se recupere al 100% y pueda volver a tener una vida lo más parecida a lo que era antes (...) es muy comprensible que la internación sea algo estresante y cansador, siempre hacer lo mismo.. misma rutina, mismo lugar”.

El caso expuesto del 10/11/23, describe a una joven con una marcada dificultad para utilizar la chata para orinar, acompañada de una notable incomodidad. Frente a este panorama, la profesional intenta hacer foco en la situación particular que está atravesando, y que explica en gran medida su estado emocional: “se la acompaña en el sentimiento de incomodidad, y la psicóloga expresa “nada de esto es agradable, que te estén viniendo a ver todo el tiempo, que te hagan ir al baño ahí, y te estén esperando para terminar... se entiende, pero es una situación de internación, un contexto muy específico”.

En relación al extracto del día 23/11/23, la paciente expresa estar muy dolida por la situación de soledad a la que, según ella, la han expuesto sin explicación. Esto lo verbaliza diciendo: “me hace mucho daño estar sola”. Nuevamente, se contextualiza su tristeza en el entorno hospitalario: “si... no es fácil estar sola, y menos en esta situación, que uno se siente más vulnerable”. Esta viñeta permite distinguir también, la intervención de “proporcionar información nueva”, que refieren los autores mencionados. Sobre ésta, postulan que el profesional les brinda información que les permita corregir distorsiones en el conocimiento del paciente. En este sentido, el texto publicado por el Hospital Universitario 12 de Octubre (2016) agrega que se debe buscar que el paciente adquiera una comprensión más profunda del proceso de su enfermedad, que pueda afrontarla, y responder de manera adecuada.

En este caso mencionado, las aclaraciones de la psicóloga le permiten a la paciente comprender el porqué de su aislamiento, corrigiendo la idea de que ha sido sin explicación: “Se

le explica a la paciente que por la bacteria que tiene, ella debe estar en aislamiento. La profesional expresa: “no es que te desprecien.. necesitas estar sola para no contagiar, ni tampoco que nosotros te traigamos cosas. pero quedate tranquila, no es que no te quieran atender (...) hay que entender también que es parte de la situación del hospital, como cuando era el COVID. Hay personas que están en aislamiento, y es normal que cuando una persona tenga una infección.. pero no te sientas mal. es una manera de cuidarte a vos”.

Siguiendo con el análisis de las viñetas presentadas, y desde la perspectiva de Bernstein y Nietzsche (1982), es posible distinguir en ellas la intervención “desarrollar fe, confianza y una expectativa de cambio”. Los autores consideran que la mejoría terapéutica está fuertemente ligada a la incrementación de la creencia de que los pacientes pueden mejorar y pueden ser ayudados. En el contexto de internación en el cual se encontraban inmersos los sujetos, esta expectativa de cambio y mejoría significaba saber que el alta estaba dentro de las posibilidades cercanas, y que la situación que estaban atravesando no es permanente, sino que puede cambiar. Expresiones que lo manifiestan son:

“Es importante que se enfoque en la internación de ahora, poder mejorar para poder irse y volver a hacer todo lo que tiene ganas”. Se la tranquiliza diciendo que seguro encuentre la mejor forma de volver a hacer lo que le gusta, y que si no es caminando, será en una silla de ruedas, capaz hasta con motor. irás atropellando a todos, y yendo muy rápido como hacías antes. (Registro de campo, 18/08/23)

“No podés irte ahora.. primero hay que estabilizarte, y recién ahí vas a poder. Pensá que los médicos están haciendo todo lo posible para que te pongas mejor, y puedas volver a casa. pero tenés que ocuparte de vos ahora”. (Registro de campo, 24/08/23)

La profesional interviene: “me imagino que sí., debe ser molesto, doloroso.. pero todo es necesario para que te pongas mejor y te puedan dar el alta. Seguro que debes estar cansada y si, es esperable, pero ya va a terminar todo y vas a poder estar en casa”. Agrega: “pensá que esto es un momento y nada más, un momento feo.. si.. pero un momento que termina. Cuando los médicos consideren que estás estable para irte, vas a poder estar en casa y más tranquila”. (Registro de campo, 31/08/23)

Este tipo de intervención, no sólo les proporcionaba la certeza que el alta médica se encontraba dentro de sus posibilidades, sino que también constituía, tomando las ideas de Fuentetaja y Villaverde, (2019) un medio para facilitar su continuación en los proyectos vitales, sin que el rol del enfermo determine su identidad.

Otra de las intervenciones propuestas por Bernstein y Nietzsche (1982) es “reducir la perturbación emocional”, intervención dirigida a pacientes con un estado de crisis emocional y angustia muy pronunciado. Aquí, el profesional puede emplear el apoyo directo mediante frases que reflejen una comprensión de lo que está atravesando. Durante la práctica, fueron pocos los

casos observados en los cuales se reflejara esta situación crítica, pero a continuación se presenta uno de ellos:

Se realizó la entrevista a la paciente. Tal como habían comentado los médicos y enfermeras, la mujer se encontraba en un estado de angustia muy grande, hablando entre sollozos. Cuando se le pregunta qué le estaba pasando, comenta que tuvo una caída que hizo que se le quebrara la prótesis de cadera que tenía instalada. Nunca dejando de llorar. La psicóloga interviene respondiendo `Entiendo que debe ser una situación difícil, y muy dolorosa, pero acá estamos para cuidarte y que te pongas mejor´. (Registro de campo, 24/08/23)

La crisis de angustia y la perturbación emocional de la paciente fue evidente desde que ingresó a la institución, incluso llevándola a no poder dar respuesta a las preguntas del equipo médico que la recibió. El encuentro con ella se vio atravesado por dicho estado, y la conversación estuvo envuelta en un llanto constante. Frente a este contexto, y en consonancia con lo propuesto por Bernstein y Nietzsche (1982), la profesional decidió intentar reducir la perturbación, empleando el apoyo directo a través de la frase: “Entiendo que debe ser una situación difícil, y muy dolorosa, pero acá estamos para cuidarte y que te pongas mejor”.

Una situación similar sucedió con una paciente ingresada por guardia a causa de un intento de suicidio. Se expone una viñeta respectiva a la entrevista con ella:

Ya en la entrevista con la paciente. Frente a la pregunta de `¿qué pasó? ¿querés contarnos cómo llegaste acá?´ la mujer comienza a expresar sobre la situación laboral que estaba atravesando. Se la notaba muy alterada, por momentos demasiado inquieta y con taquilalia al momento de hablar. Comenta que es docente del nivel primario, en un colegio para niños con discapacidad. Según comenta, con los niños nunca tuvo ningún problema ni se enfrentó a ninguna dificultad, no así con los directivos, específicamente la directora de la institución. La profesional interviene: `Ya veo... Debe ser una situación complicada para trabajar. Acá estamos para ayudarte´. (Registro de campo, 01/09/23)

En este caso, la crisis emocional que estaba atravesando la paciente, se veía más reflejada en su comportamiento físico y su manera de hablar. Nuevamente, el apoyo directo se ilustra con la frase: “Ya veo... Debe ser una situación complicada para trabajar. Acá estamos para ayudarte”.

En ambos ejemplos, la reducción de la perturbación estuvo complementada con una intervención que coincide con lo que Bernstein y Nietzsche (1982) denominan “fomentar la catarsis”. Los autores indican que los profesionales promueven la expresión de las emociones de los pacientes, ya que consideran que al liberarse, éstas pueden disminuir o ser calmadas.

El equipo de ICMP a cargo de las entrevistas con ambas pacientes, vieron necesario brindarles un espacio que les permitiera liberar todos los aspectos relacionados con la crisis

emocional que estaban atravesando. Se observó cómo cada una refería sobre aquello que le angustiaba actualmente:

Refiere que haberse quebrado la prótesis de cadera le trajo muchas dificultades para caminar, y eso la tenía muy angustiada porque no podía trabajar y tenía que depender de sus sobrinos para tener ingresos. Ella entregaba pan y ya no podía hacerlo. Comenta que, junto a su madre, cuidaban a un joven, que era como su hijo, y también refiere preocupación por él y por su madre que no puede estar cuidándola. (Registro de campo, 24/08/23)

Refiere que recibe malos tratos, y también vive situaciones en las que se siente abandonada o no recibe el apoyo que debería. Además, no tiene permitido ir al baño durante todas las horas de trabajo, ni dejar de acompañar a los niños en ningún momento. Vivió una situación específica hace unos días, en la que se le dificultó el trato con uno de los niños de su clase. Este se puso violento, e intenta pegarle, causándole una caída que la dejó tirada en el piso. Por el dolor no era capaz de recomponerse y pedir por auxilio, por lo que tuvo que esperar que alguien la encontrara. Por lo que comenta, esta situación fue distorsionada por la directora, quien le hizo firmar un acta en la que declaraba ser la culpable de la situación, y haber sido ella quien maltrataba físicamente al niño, y no al revés. Sobre eso, expresa: `Si no firmaba, me iba a echar´. Luego siguió comentando y dando descripciones detalladas sobre la personalidad de la directora, afirmando `les dice negros de mierda a los chicos... Una persona que piensa así no puede dirigir un colegio´. Además, cuenta `no nos apoya en nada, nos deja solas siempre... ya no puedo más´. (Registro de campo, 01/09/23)

Tal como se observa, los profesionales fomentaban la expresión de lo sucedido, interviniendo lo menos posible, sin realizar ninguna interrupción y dejando silencios que indiquen la intención de que sigan comunicando aquello que los atravesaba. Empleando las palabras de Fuentetaja y Villaverde (2019) “el foco debe estar en la identificación de aspectos que afectan a la adaptación y afrontamiento de las enfermedades, preocupaciones en torno a la misma y consecuencias derivadas” (p. 15). Si bien estos casos pretenden ilustrar la intervención mencionada, es importante resaltar que atraviesa a la mayoría de las entrevistas sucedidas entre paciente y equipo de ICMP.

Por último, se presenta la intervención “designar tareas”, en la cual se acuerda entre profesional y paciente la realización de ciertas acciones que debe experimentar el sujeto entre sesiones. Una intervención similar fue llevada a cabo por una de las psicólogas del equipo del HNC, quien trabajó durante algunos encuentros a través de cancioneros y actividades que le provocan bienestar a la paciente que visitaba. Esta información fue recabada gracias a una entrevista con la profesional, y a continuación se presenta un extracto:

- Actualmente estoy viendo una paciente que hace poco más de un mes que está internada, por otros problemas de salud, en aislamiento, con una situación con un hijo con discapacidad que solamente la viene a ver los fines de semana, que hay poco apoyo social. Entonces las intervenciones son diferentes. Por ejemplo a esa paciente que hace

un mes está internada, le gusta cantar, entonces le imprimí un cancionero, porque se olvidaba de las letras, entonces como recurso uno puede pensar..

- Y qué tipo de intervención sería esa?

- Bueno no está tipificada pero es algo que uno puede pensar que le sirva como herramienta a esa paciente en particular para transitar una situación que no es fácil, no?.

(Comunicación Personal, 11/12/23)

Lo expuesto permite reflexionar cómo, en este caso, la intervención actúa como un recurso para poner foco en algo que no sea el extenso período de internación que está atravesando, acompañado de un sentimiento de soledad debido a su limitado apoyo social. El uso del cancionero le permite desviar la atención, ocupar su mente y transformar la situación en una más transitable.

Las características de los encuentros entre profesionales y pacientes al momento de la ICMP permiten confirmar los desarrollos de Faberman (2010, como se citó en Polak, 2018) y Fuentetaja y Villaverde (2019). Tal como lo hacen notar los autores, en la interconsulta no se sigue un encuadre de sesiones programadas como en el consultorio externo; más bien el profesional interviene y está disponible para el paciente cuando sea necesario. Esto puede implicar sesiones breves y frecuentes, e incluso diarias, según las necesidades y su deseo de sentirse acompañado.

Conforme se mencionó anteriormente, también se efectuaban encuentros entre el equipo interconsultor y los familiares de pacientes, principalmente aquellos que se encontraban en las salas de internación. La importancia de estas entrevistas radica en la idea de comprender que “cada cuidador o miembro de la familia tiene una parte importante y complementaria en el cuidado psicológico del paciente ingresado” (Fuentetaja y Villaverde, 2019, p. 6). Continuando con los planteamientos de los autores, se sostiene que el apoyo emocional de la familia al paciente hospitalizado es un factor esencial y alentador para enfrentar la enfermedad. Es crucial reconocer a la familia como una fuente fundamental de soporte, pero para ello también admitir que debe ser receptora de ayuda y cuidado psicológico.

En las entrevistas a familiares con pacientes internados, estos eran notificados sobre el motivo de la visita y el diálogo se destinaba a determinar si reconocían las actitudes y conductas mencionadas por los médicos tratantes, así como a brindarles un espacio en el que puedan expresar miedos y aclarar dudas. Además, eran comunicados sobre cualquier aspecto relevante relacionado con el tratamiento, deseos del paciente o acuerdos que hayan realizado.

Al salir, se habla con la hija. Ella refiere que su madre, y con justa razón, estaba cansada del encierro y de no poder caminar. La hija expresa: `Hace 26 días está internada, es evidente que se sienta así'. La psicóloga expresa `entiendo..' mientras asentía con la cabeza, en un intento de evidenciar que estaba comprendiendo lo que expresaba. La

joven también comenta que `Ahora no se guarda nada.. nos dice todo lo que nos tenga que decir, sin importar nada´. (Registro de campo, 18/08/23)

Al salir de la habitación, se le comenta a la hermana la idea de comenzar tratamiento psicológico y psiquiátrico por consultorio externo, en el servicio del hospital. Al respecto, le expresa `ya hablamos con ella y está de acuerdo en empezar. Me parece importante que así sea´. La hermana accede e intercambian números para coordinar día y hora del turno disponible para que comience. (Registro de campo, 28/08/23)

A la salida, nos encontramos con la hermana, quien nos refiere que estaba preocupada porque las enfermeras habían anotado que había podido ir al baño, pero en realidad no. La psicóloga expresa `ya veo´, a lo que la familiar comenta: `anotan cualquier cosa.. la verdad que un desastre... hay días que ni siquiera la pasan a visitar en todo el día´. Se le comunica que ya hablarán con las enfermeras. Nos despedimos de ella. (Registro de campo, 04/10/23)

Se observó que las intervenciones en este contexto estaban vinculadas a atender aquellas inquietudes, miedos, ansiedades y angustias que despierta la situación de internación del familiar. Esto puede relacionarse con la técnica de Bernstein y Nietzsche (1982) anteriormente mencionada, la escucha activa. Expresiones como “entiendo” o “ya veo” consisten en una forma verbal de escuchar activamente, permitiendo responder al diálogo sin interrumpirlo, al mismo tiempo que demostrando comprensión y alentando a continuar

Todo esto le permite al profesional verificar la claridad de la información proporcionada por el equipo médico al familiar acerca del diagnóstico y futuro de internación del sujeto, así como entender la perspectiva de los acompañantes respecto a la situación que está atravesando el paciente.

Posteriormente, se notó que se empleaban comentarios más del tipo directivos. Estos, de acuerdo a los autores citados, permitían concentrarse “en los temas y aspectos particulares que le sean especialmente interesantes e importantes” (p. 182). Esta dinámica se observa claramente en el segundo de los casos presentados, donde el profesional expone la intención de que el paciente comience tratamiento dentro del Servicio de Psicopatología, una vez haya recibido el alta: “se le comenta a la hermana la idea de comenzar tratamiento psicológico y psiquiátrico por consultorio externo”

Otro de los aspectos que destaca Mucci y Benaim (2006, citados en Polak, 2018) en relación a las entrevistas con familiares, es la importancia de proporcionar educación sobre la enfermedad que afecta al paciente, haciendo hincapié en la relevancia de adherir al tratamiento. Sobre ello, los profesionales del servicio de psicopatología del HNC dedicaban una parte significativa del tiempo explicando en detalles todo lo concerniente a la enfermedad.

La mamá de la paciente se rehusaba a la internación en una clínica. Frente a esto, profesional intenta explicarle la importancia que tiene que su hija esté cuidada

constantemente. Le comenta `todo lo que ella dice y escucha es constante, es cansador y es muy importante que alguien la tenga bajo supervisión para poder estabilizarla, y que esas voces desaparezcan´. (Registro de campo, 29/05/23)

La madre comenta que ella no quiere tomar medicamentos; `siente que no lleva una vida normal estando tanto tiempo medicada, viene tomando desde los 9 años´. El profesional interviene diciendo `la medicación es necesaria para que ella lleve una vida normal... nosotros no obligamos, damos indicaciones, pero me gustaría que pueda venir mañana... Tener una entrevista más formal´. (Registro de campo, 16/11/23)

En el primer caso expuesto, se evidencia que las intervenciones realizadas por los miembros del equipo tenían como objetivo explicar, mediante un lenguaje claro y accesible, la sintomatología que actualmente está experimentando su familiar. Esto con el propósito de asegurar que los familiares comprendieran plenamente la situación médica de la paciente, y pudieran participar de manera informada en el tratamiento sugerido. En el segundo caso, se apela a una intervención más directiva, enfatizando la necesidad de comenzar un tratamiento farmacológico para mejorar la calidad de vida de la paciente: “la medicación es necesaria para que ella lleve una vida normal”. Al mismo tiempo, se recurre a la voluntariedad de la elección al decir: “nosotros no obligamos”.

Siguiendo los aportes de Mucci y Benaim (2006, citados en Polak, 2018), resulta menester subrayar la idea referida al apoyo que realiza el equipo de ICMP para que la familia pueda afrontar los altos niveles de ansiedad que sugiere la situación de internación. Asimismo, Fuentetaja y Villaverde (2019) postulan “el ingreso de un paciente en el hospital conlleva también un impacto importante para la familia” (p. 12). Procesar la información recibida, así como conectar con los sentimientos que de ella surgen, son procesos que la familia puede no ser capaz de llevar a cabo sola, “por lo que la intervención psicológica va a favorecer la propia estabilidad familiar, su capacidad en la toma de decisiones y su capacidad de afrontamiento ante circunstancias adversas” (p. 12).

Un caso pertinente sucedió a lo largo de la práctica con la familia de una paciente de 26 años internada en UTI debido a un tumor cerebral. El primer contacto con los miembros se ilustra en la viñeta siguiente:

De camino a UTI nuevamente, nos encontramos con la familia. `Hola, somos psicólogas del Servicio de Psicopatología de acá del hospital, estuvimos esta mañana hablando con su hija para ver cómo estaba... quería contarles que yo voy a volver el domingo a verla, la idea es acompañarla. Pero también quería hablar con ustedes. Esto es parte de lo que hacemos acá. ¿Cómo están con todo esto?´. La madre de la joven responde y expresa `nosotros psicológicamente estamos luchando para que nos vea fuerte.. el miércoles a la noche hizo como una crisis, que quería estar solo conmigo.. cada vez que me ve, se pega. Hemos pedido estar más tiempo del indicado en el horario de visita, y gracias a Dios los médicos de acá accedieron... Les pedimos que nos dejen estar el más tiempo

que se pueda'. La psicóloga interviene sobre el tema, y les dice 'es importante para ella estar con los afectos, aunque ella se duerma... pero despertarse y ver una cara conocida'. La familia coincide: 'si... no iba a ser bueno para ella que esté sola... esto es muy fuerte la verdad... ella la viene luchando hace muchísimo con esto'. (Registro de campo, 10/11/23)

Fuentetaja y Villaverde (2019) sostienen que "la presencia de familiares es prácticamente continua, siendo ésta un elemento de apoyo y soporte de ciertas indicaciones médicas. Debido a esto, las familias no pueden ser ajenas o quedar excluidas de los propios procedimientos médicos" (p. 7). En el caso presentado, el acompañamiento fue constante y sucedía mayoritariamente cuando se encontraban en la institución esperando el parte médico que escuchaban a diario.

Se visitó la sala de Terapia Intensiva, para acompañar a familiares de la paciente en seguimiento, al momento del parte médico. Los médicos les explican a los padres y novio que no hay muchas novedades. 'Sigue con el respirador, sigue dormida.. Está hipertensa, así que le vamos a agregar una medicación, pero estamos en la misma etapa que ayer'. La familia pregunta si va a seguir sedada, y se le explica que sí. (Registro de campo, 10/11/23)

En estos encuentros, nuevamente las intervenciones estaban ligadas mayoritariamente a la escucha activa y el acompañamiento, sin casi incluir elementos verbales ni comentarios. Como lo hacen notar Fuentetaja y Villaverde (2019), "en algunos momentos, es la angustia familiar la que no permite captar la información que los médicos les transmiten, teniendo la necesidad de ser también ellos escuchados y expresar libremente sus dificultades y temores" (p. 12).

Lo observado en el caso, permiten confirmar los dichos de los autores mencionados recientemente, quienes afirman que ha habido un creciente reconocimiento de la importancia de la participación familiar en el proceso de recuperación y bienestar del paciente enfermo, lo que llevó a que cada vez existan menores restricciones. Incluso "se han abierto unidades que tradicionalmente habían estado más cerradas, siendo la convivencia con las familias una variable más de la dinámica hospitalaria" (Fuentetaja y Villaverde, 2019, p. 12). A continuación se adjunta un fragmento de una comunicación entre profesionales debatiendo sobre el tema:

- Te consulto doc, si fuera posible, lo más que se pueda que venga la familia a acompañarla. Eso es importante. eso ayuda, ayuda a soportar
- Si si, ya voy a ver cómo lo manejo. cuando son tan chiquitas, siempre intentamos que estén acompañadas... Ya hemos autorizado a la madre a que entre dos o tres veces al día y que esté acompañándola un poco. (Registro de campo, 10/11/23)

El tipo de intervenciones mencionadas tales como escucha activa, educación y apoyo, lleva a recordar los aportes de Lagache (1982) cuando en su texto menciona que "la psicología clínica se define por su objeto, por sus metas y por sus medios" (p. 7). Al respecto, refiere que

las principales metas prácticas son el asesoramiento, la curación y la educación. Podría decirse entonces que sus intervenciones educativas, no solo constituyen un aspecto significativo dentro del marco de la interconsulta, sino que también contribuyen a alcanzar las metas y finalidades establecidas para la psicología clínica.

7.2.1.2.3 ORGANIZACIÓN DEL ALTA MÉDICA, CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO, Y TRANSFERENCIA A UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Las entrevistas destinadas a la organización del alta médica y la continuación del tratamiento del paciente, requería que los profesionales del equipo de ICMP utilizaran intervenciones más directivas, con el objetivo recabar información precisa que permitiera decidir el mejor futuro para el paciente.

A juicio de Bernstein y Nietzsche (1982) se lleva a cabo una entrevista de examen mental del paciente. En esta se indagan principalmente aspectos vinculados a la orientación temporal y espacial del sujeto, así como memoria reciente y a largo plazo. A lo largo de las interconsultas realizadas en el HNC, se observaron intervenciones del equipo que refieren a lo mencionado. Un ejemplo se presenta a continuación:

Una vez con todo sabido, ingresamos a la habitación. La mujer estaba acostada en la cama, con suero, tapada, y dormida. La profesional la llama por su nombre y se coloca al lado de su camilla. La mujer se despierta y se acomoda un poco. Se comienza a indagar un poco, y se le pregunta: `¿cómo se siente? ´, `¿sabe por qué está acá? ¿Sabe qué día es hoy? ´ `cuéntenos un poco qué pasó´. Se indaga también en los detalles del intento de suicidio: `¿cómo se intentó suicidar? ´, `¿por qué lo hizo? ´, `¿lo haría de vuelta? ¿sigue con los mismos pensamientos? ´, `¿con quién vive usted? ´. Se profundiza sobre las pastillas que había ingerido, y si recordaba de dónde las había sacado; responde `se las había olvidado mi hermana en casa hace un tiempo´. La paciente dijo que lo que hizo fue para `poder dormir´. Después de eso, la profesional le pregunta si estaba pudiendo dormir, a lo que responde que sí. (Registro de campo, 19/05/23)

Los autores agregan que, además, puede ampliarse la información evaluando “la familia y los amigos, la ocupación, los problemas físicos y psicológicos, la retención y el recuerdo de la información, el conocimiento general, etc.” (p. 175). En entrevista con la misma paciente presentada, se pudieron indagar aspectos de los mencionados:

La profesional le preguntó si había familiares que la venían a visitar, a lo que responde `que yo sepa, no´. Esta pregunta le da motivos para comenzar a comentar acerca de su nieto, y el deseo de comer medialunas y tomar café con leche con él. Expresa: `El clima frío me da ganas de eso... pero estoy acá sin poder hacer nada, tirada´. La psicóloga interviene: `sacarle júbilo al júbilo es de lo más difícil´. Nuevamente se indaga en relación al intento de suicidio, ahora con la intención de saber si recuerda donde había dejado las pastillas luego del suceso. Ella responde `antes estaban en el baño... ahora no las tengo más´. (Registro de campo, 19/05/23)

Otra intervención similar sucedió con una paciente visitada en una sala de internación, con el objetivo de comenzar a tramitar el alta médica.

Una vez en la habitación, la profesional se presenta y le comenta a la paciente: `Vinimos a visitarte para ver cómo estás... parece que te van a dar el alta, y queríamos charlar con vos por última vez´. La paciente exclama: `si... yo ya me quiero ir, no aguanto más estar acá´. Se comienza a indagar sobre la familia y amigos y se pregunta `y si vos te fueras a tu casa... ¿Quién te acompañaría?´, frente a lo cual responde: `yo no necesito que me acompañen... Yo estoy bien... no tengo nada´. Se le explica la importancia del acompañamiento: `Vos cuando llegaste estabas deshidratada... si a vos te pasa esto seguido, no es recomendable que vuelvas a casa sola, sin que haya alguien que te de la medicación, te acompañe con la alimentación, hidratación... Entendés lo que te queremos decir, ¿no? no es que queremos que te quedes acá para siempre, pero sí que estés acompañada cuando te den el alta´. La paciente explica: `yo tengo una chica que me acompaña, va dos veces a la semana nada más... Ella trabaja en muchos lados, y yo no puedo pagarle más para que venga más días. tampoco tengo para pagarle, yo cobro la mínima. también tengo vecinos.. y una despensa. Vivo en un barrio que hay mucha gente grande, nos acompañamos entre nosotros. Ellos me acompañan´. La profesional responde `Está bien, entiendo´. (Registro de campo, 18/10/23)

En consonancia con Etchegoyen (1986) y Bernstein y Nietzel (1982) quienes sugieren que la intervención más directa para recopilar datos e información precisa es la pregunta, en las viñetas se observa una gran cantidad de preguntas directas formuladas con la intención de obtener información particular. Algunas de ellas son: “¿sabe por qué está acá?” “¿Sabe qué día es hoy?” “¿sigue con los mismos pensamientos?”, “¿con quién vive usted?” “y si vos te fueras a tu casa... ¿Quién te acompañaría?”.

En estas entrevistas, el equipo de ICMP también dirigía un tiempo para explicar con detenimiento, al paciente, el futuro de su tratamiento y dar lugar a la escucha de dudas o miedos que le surgieran al respecto. Sobre el primer caso expuesto, sucedió lo presentado a continuación:

`Hoy te van a dar el alta médica, ya te van a mandar a casa. Pero este tratamiento ambulatorio requiere que me prometas que vas a empezar un tratamiento psicológico. Por convenio con PAMI, a vos te toca una institución de salud mental específica... podés ir a la que está ubicada cerca del Cerro, o al centro, la que te quede más cómoda a vos. De todas maneras, cuando quieras podés acercarte acá, al hospital, y buscar a las médicas cuando las necesites. Para hacer todo lo que quieras, me tienes que prometer

que vas a empezar a ir. Es muy importante el seguimiento psicológico. Sé que no es el mejor plan, y que es mucho mejor ir a tomar café con leche con este frío, pero es muy importante, si? Cerca del mediodía, te hace una última visita el psiquiatra del servicio, y ya con eso vas a poder irte a casa´. (Registro de campo, 19/05/23)

En relación al ejemplo del 18/10/23, la explicación al respecto se desarrolló de la siguiente manera:

`Bueno, empezamos a organizar el alta entonces, pero nosotros también vamos a coordinar con PAMI. Ellos tienen un servicio de enfermería, vamos a pedir un enfermero que pase a verla y controlar su medicación, ¿le parece?´. La paciente responde: `si.. Está bien... Yo ya me quiero ir, tengo un perro que está muy enfermo y hace mucho que no lo veo... Lo tengo que cuidar´. La profesional termina la conversación y le expresa: `no se preocupe que ya se va a ir. Descanse´. (Registro de campo, 18/10/23)

Previo a contemplar la opción de internación en una unidad de atención dedicada a la salud mental, se realizaba una indagación acerca del contexto social y familiar del paciente que permitiera considerar la posibilidad de un tratamiento ambulatorio. El caso que a continuación se presenta, refiere una paciente donde sus expresiones, así como la confirmación de un entorno familiar favorable, permitió elegir dicho tratamiento:

`La idea de derivarte a una institución no es que tengas una cama para estar acostada sino que puedas levantarte, salir al patio, hacer actividad física, hacer actividades de la institución. ¿vos a qué te dedicas?´. La paciente comenta: `ahora actualmente no estoy haciendo nada, estaba buscando trabajo´. Se indaga: `y durante el día que hacías´, a lo que cuenta `y hacía las compras, lavaba la ropa, limpiaba la casa´. La profesional interviene: `Eras una persona activa.... no estás todo el día tirada en la cama, y acá te vas a aburrir´. La paciente refiere: `Si, ahora me trajeron una revista, una sopa de letras, voy a intentar esperar lo más que se pueda para conseguir una cama, ellas fueron a averiguar a una institución ayer y les dijeron que no hay camas´. Se le explica que `lo que vamos a hacer es diseñar con tu familia, un dispositivo para que puedas seguir el tratamiento, no hace falta que estés internada para hacer el tratamiento, ¿me explico?´. La joven asiente, y la profesional prosigue: `podemos intentar, si alguien te va a cuidar en casa, bueno que puedas hacer el tratamiento ambulatorio, porque acá no lo podés hacer, porque no hay psicólogo que venga a verte en todo momento, faltan un montón de cosas. Tenerte acá cuando no hay cama allá es hacerte perder el tiempo y que no avance el tratamiento. Tomando solo la medicación no va a ser suficiente. La idea sería derivarte pero para que tengas todo el tratamiento. Si no vamos a conseguir cama y te vas a quedar acá sin hacerlo, lo mejor es que vayas a casa y lo hagas de forma ambulatoria´. (Registro de campo, 30/10/23)

Se advierte que el tratamiento elegido, así como los cuidados posteriores se basaban, en sintonía con los aportes del Ministerio de Salud de la Nación (2013), “en un plan personalizado, elaborado por el equipo interdisciplinario, consensuado con la persona y su entorno” (p. 23).

Por su parte, las entrevistas cuyo propósito era el traslado a una unidad de psiquiatría, sucedían en aquellas situaciones donde el paciente ingresaba, mayoritariamente por guardia,

debido a un intento de suicidio. Las entrevistas que se realizaban con los sujetos implicaban intervenciones que, por un lado, permitieran explorar el estado psíquico global del sujeto, y por el otro, ofrecer un espacio educativo sobre el futuro de su internación. Si había familiares presentes durante el contacto con el paciente, esto último también se realizaba con ellos.

El examen mental al paciente sigue los lineamientos propuestos por el Ministerio de Salud de la Nación (2013) el cual propone evaluar estado de conciencia, orientación, lenguaje, sueño y pensamiento, así como aspecto físico, actividad motora y actitud, entre otros. Además, factores desencadenantes del hecho, enfermedades o padecimientos previos y redes de apoyo. Para recopilar estos datos, el equipo de ICMP realizaba, a lo largo de la entrevista, preguntas directivas del tipo: “¿Qué edad tenés?” “¿A qué te dedicas?” “¿Con quién vivís?” “¿Actualmente estás tomando alguna medicación?” “¿Pudiste descansar acá?”.

A continuación se exponen casos ilustrativos de entrevistas con pacientes arribadas a la institución:

En la entrevista con la paciente, la profesional le pregunta ` ¿qué pasó? ¿por qué hiciste lo que hiciste? ´. La joven comenta `fue porque estoy muy abrumada por los exámenes. Estoy sola, no tengo a nadie acá. Solo a mi amiga, que fue la que me trajo. Estoy muy cansada´. La psicóloga le pregunta ` ¿Vos a qué te dedicas? ´, a lo que comenta que estaba estudiando para un doctorado en matemática. La profesional interviene diciendo `claro, si... es entendible.. y en un doctorado seguramente son muy exigentes.. ¿Vos hablaste con tus papás? ellos saben? ´ Responde rápidamente `No, y no pienso contarles lo que me pasó. No quiero asustarlos´. Se indaga en el porqué de la decisión, preguntando ` ¿y por qué lo hiciste? ´, a lo que comenta `no sé... no quería morir. Solo estaba muy abrumada y me sobrellevé la situación´. La psicóloga expresa ` ¿ya habías hecho algo así alguna vez? ´, y la joven refiere `si... una vez intenté cortándome.. pero fue por otros problemas que tenía en ese momento, nada que ver con ahora. (silencio) también otra vez con pastillas...´. Se le pregunta ` ¿y ahora... pensas en volver a hacerlo? ´, a lo que dice `no... ahora no tengo ideas... no lo volvería a hacer... estaba muy cansada´. Se indaga en el sueño: ` ¿pudiste descansar un poco desde que llegaste? ´, y responde `no... la verdad que nada. desde que llegué no dormí´. La profesional le explica que: `Sería importante que puedas descansar.. aprovecha estos momentos para dormir un poco y ponerte mejor´. Se indaga si está en tratamiento: ` ¿Actualmente vos estás en tratamiento? ¿psicológico o con psiquiatra? ´. Ella cuenta: `si... estoy con psiquiatra. Ella ya sabe, ya le conté´. Se le comenta: `Eso es importante, tener el apoyo de ella, que es alguien en quien vos confías está bueno. ¿Podrías facilitarnos el número? así coordinamos con ella, le comentamos un poco y arreglamos qué decisión tomar´. Responde que sí, y se le explica que: `nosotras vamos a pasar durante las horas que estés acá, para acompañarte... y ver cómo te sentís... cualquier cosa que necesites avisas. ¿Tu amiga va a venir a visitarte? ´, comenta: `Si.. iba a pasar cerca del mediodía´. Se la despide y refuerza la idea de descansar. (Registro de campo, 02/10/23)

En la entrevista, la profesional se presenta: `Somos del Servicio de Psicopatología. Venimos a charlar un rato con vos... ¿Qué pasó? ¿Por qué estás acá? ´. La paciente comenta `Tomé muchas pastillas y me tuvieron que traer para acá´. Se indaga al respecto: `Y por qué tenías esas pastillas? ´, ella comenta: `Algunas eran Ibuprofeno y

Paracetamol, y otras eran las que tomo yo de mi tratamiento psiquiátrico y otra que tenía de hace un tiempo'. La profesional pregunta: '¿Y de verdad te querías morir?', a lo que la joven explica: 'No sé si de verdad me quería morir. En ese momento me sentía muy mal y fue como un momento de impulsividad. No fue la mejor decisión obviamente, ni lo pensé un segundo'. Se indaga en antecedentes: '¿Ya te ha pasado esto de tener momentos de impulsividad?', ella comenta que sí, y se le pregunta '¿Hace cuánto?', 'y en 2021'. Frente a esto, se indaga: '¿Y desde 2021 hasta ahora no te había vuelto a pasar?', responde 'No', y se pregunta: 'Bien... y vos vas a la psiquiatra y a la psicóloga?'. Responde: 'No.. a la psicóloga no, a la psiquiatra sí'. Se pregunta entonces: '¿Por qué a la psicóloga no?', y cuenta que: 'porque es complicado... me estaba tratando, pero me decía que no conseguía turno y bueno.. quedó ahí en la nada'. Frente a esto, se le explica: 'Estaría bueno que vuelvas para que te ayude con eso... ¿Y por qué el jueves tomaste las pastillas y no pediste ayuda?'. La joven explica: 'Es que estaba hablando con mi novio y mi hermana de que me sentía mal pero en un momento ellos dejaron de responderme y me desesperé y bueno..'. Se indaga: 'estaban hablando por mensajito?', la paciente responde que sí, y se pregunta: '¿Y por qué no llamar?'. Explica que: 'Porque mi novio estaba trabajando. No sé mi hermana, pero él estaba trabajando y no podía llamarlo en ese momento'. La profesional le pregunta: 'pero era una emergencia, o no?'. A lo que la joven refiere: 'Si... o sea me sentía mal pero no pensé que iba a llegar hasta ese punto'. Comienza a indagarse sobre la situación actual: 'Bueno.. y ahora si te vas de alta, ¿A dónde te vas a ir?'. Ella explica: 'Mi hermana me dio la posibilidad de irme con ella un tiempo, hasta que mejore pero bueno está en mí la decisión de quedarme en casa o ir con mi hermana'. La profesional refiere: 'O sea que tenemos una posibilidad, porque si no conseguimos cama para internarte, no está bueno que estés acá en la cama acostada. La idea es que puedas hacer cosas... acá es como bastante aburrido. Vos tenés tu psiquiatra... ¿cuándo fue la última vez que lo viste?'. La joven responde: 'Hace mucho tiempo... porque conseguía los medicamentos.. mi mamá se trata en el Neuro entonces la doctora de ella nos hacía la onda y nos daba los medicamentos'. Frente a esta situación, se indaga: '¿O sea que estabas sin control médico?', a lo que la joven responde que sí. Se le explica: 'Bueno... si vos querés irte, eso no puede pasar. Vas a tener que seguir con el control. Al menos una vez al mes, una vez cada tres semanas, hacer un control para que no pasen estas cosas. ¿Risperidona y Clorpromazina tomabas?'. Ella refiere que sí, y se pregunta: 'Y cómo te hacía esa medicación?'. Responde: 'Bien... me venía funcionando bien'. Se le pregunta: '¿No te daba mucho sueño?', a lo que responde que dormía lo normal. La profesional explica: 'Bueno vamos a ver qué podemos hacer. vamos a seguir insistiendo en conseguirte cama para que puedas seguir el tratamiento internada pero si no hay, tenerte acá acostada es perjudicial en vez de ayudar'. (Registro de campo, 30/10/12)

El momento de la explicación relacionada con la situación de internación del paciente tenía como objetivo, en concordancia con los aportes de Bernstein y Nietzsche (1982), proporcionar a los pacientes un conocimiento claro sobre su actual padecimiento y corregir cualquier prejuicio y/o distorsión asociada. Vinculado a la paciente entrevistada el día 02/10/23, a continuación se expone la comunicación:

'Pudimos comunicarnos con tu psiquiatra, y estuvimos hablando un largo rato. Ella me comentó un poco más sobre tu tratamiento, y la medicación que te está dando. Decidimos que hoy, con todo lo que te está pasando, entendiendo también que estás sola, vivís sola, decidiste no comentarle a tus padres, y está bien eso se respeta, lo ideal

sería pedir una derivación para una internación por lo menos por unos días hasta que te estabilices, te mejores y puedas volver a tu casa. Pensamos en una internación breve, únicamente para que te sientas mejor y no tengas que volver sola a tu casa hoy después de lo que pasó'. (Registro de campo, 02/10/23)

Asimismo, se registraron, a lo largo de la práctica, dos situaciones en las cuales el momento educativo se dirigía a los familiares presentes en la institución. Este momento se encuentra en consonancia con lo que se mencionó anteriormente, "las familias no pueden ser ajenas o quedar excluidas de los propios procedimientos médicos" (Fuentetaja y Villaverde, 2019, p. 7).

Fue posible entrevistar a la madre, quien proporcionó algunos datos importantes (...) Luego de una intensa charla, se le comenta sobre el deseo de pedir una internación: 'Lo importante ahora es ayudarla. Lo indicado sería una derivación para internación, ¿sí? Ella así no puede volver a casa para tratamiento ambulatorio, necesita una hospitalización, en un lugar que la cuiden, y la tengan controlada, por lo menos hasta que se estabilice y esté mejor psíquica, pero físicamente hablando también. ¿Usted tendrá un contacto en la clínica donde se atiende? Nosotros podemos encargarnos de comunicarnos con ellos'. La mujer refiere: 'Si, yo quiero que se ponga bien. Le paso el contacto'. (Registro de campo, 07/11/23)

Se le explica a la mujer que, 'Si bien ésta es una primera entrevista, y no se puede hacer un diagnóstico ahora, si se observa que es un paciente que si bien no es violento, tiene un discurso un tanto delirante, con algunas ideas fijas, que sería importante considerar la internación, sobre todo sabiendo que usted no vive con él y está cuidando a su madre, y su hermano ya no quiere convivir. No es apropiado que vuelva a donde vive, solo, sin ningún acompañamiento ni nadie que pueda controlarlo'. La madre responde: 'Si... yo también había pensado en internación.. yo estoy preocupada'. (Registro de campo, 31/10/23)

Tal como se distingue, y en consonancia con los lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2013), la internación apuntaba a ser "de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis" (p.23).

7.2.1.3 CIERRE DEL PROCESO

Los desarrollos anteriores, vinculados a los diferentes tipos de intervención psicológica, pueden ser situados dentro del paso que Carpinacci (1979) define como “síntesis del material obtenido, arribo a una conclusión acerca de la índole del problema e inventario de los medios que se disponen para llevar a cabo los objetivos”. En este, sobre los datos obtenidos, se elabora un plan que implica comenzar tratamiento farmacológico y/o terapia breve con el paciente, o simplemente dar las indicaciones pertinentes al equipo médico.

Como se observó, en el HNC el plan terapéutico se generaba en relación a la solicitud textual de los médicos y lo observado en la entrevista oral con el paciente que, con frecuencia, eran datos coincidentes. En dicha institución, los casos observados, tanto en las salas de internación como en la guardia, presentaban una variedad de situaciones y requerían distintos planes de acción, siendo los más repetidos la colaboración diagnóstica, la colaboración terapéutica, la planificación del alta médica, y el traslado a una institución de atención de salud mental.

Una vez finalizados estos momentos de plan terapéutico, se da inicio a lo que Ferrari, et al. (1980) denominan “devolución”. Esta implica una acción terapéutica concreta, que permite resolver los conflictos y encauzar las razones que generaron la crisis en un primer momento, y se lleva a cabo, citando a Carpinacci (1979), organizando de manera sistemática y concreta la explicación al médico que solicitó la ICMP.

En coincidencia, en el HNC se encuentra que los intercambios entre médicos solicitantes y profesionales miembros del equipo de ICMP son recurrentes. A modo de ejemplo, se seleccionaron algunas viñetas que permiten observar varios de los escenarios que sucedían al momento de la devolución entre equipo y médicos a cargo. Una de las situaciones que ocurrían era que la entrevista no se efectuaba por solicitud del paciente, o a porque éste se encontraba durmiendo:

Motivo: presenta excitación + temblores. ha estado muy violento con las enfermeras. Al salir, se comentó con los médicos que no fue posible hablar con el sujeto porque no lo permitió, y comentaban `siempre es así.... son pocos los momentos en los que se puede hablar con él´. (Registro de campo, 02/10/23)

Motivo: valoración para indicarle el alta médica.
Se le comenta a la Dra. que no hemos podido realizar ninguna valoración porque la paciente nos echó y de mala gana nos respondió que no quería hablar.; que la semana que viene arregle con la psiquiatra y venga ella. (Registro de campo, 12/10/23)

Motivo: valoración de un paciente y evaluación de medicación por excitación psicomotriz.

Se le comenta a la médica que no se pudo hacer la valoración porque estaba muy dormido. (Registro de campo, 31/10/23)

Frente a estas situaciones, el equipo de interconsulta le comunica a los médicos las limitaciones con las que se encontraron al momento de la entrevista, y pautan otro día u horario para volver y encontrar al paciente despierto, o de mejor humor. Otra de las situaciones, era que la devolución servía como un momento de asesoramiento para los médicos. Era allí cuando el equipo dedicaba un momento a explicar, desde su disciplina, el porqué de las actitudes que ellos alertaban del paciente, y cuáles son las medidas que se pueden llevar a cabo:

Motivo: está depresivo se lo nota triste.

Al salir de la habitación, se comenta con el grupo de médicos y enfermeras que estaban a su cargo en ese momento y se comenta que el sujeto se encontraba demenciado y con fuertes signos de desorientación temporo espacial. (Registro de campo, 02/10/23)

Motivo: demencia. era para saber si podía entrevistarlo, cómo lo ven ustedes, y si le pueden dar algo para que no esté tan perdido.

Se comenta con los médicos que realizaron el pedido, y se explica que no hay mucho que hacer. Se explica que estos síntomas pueden ser propios de su edad, su diagnóstico o de alguna alteración frontotemporal, pero si comienza con otro tipo de síntomas, como alucinaciones o con excitación psicomotriz avisen y vemos de ponerle algo. (Registro de campo, 03/10/23)

Por último, se observaban devoluciones en las que se ponían en juego aspectos más bien contextuales y del desarrollo de las emociones del paciente. Si bien este escenario también refiere a la explicación del porqué de sus actitudes, se le suma una mirada más emocional, que permita a los médicos a cargo, comprender las implicancias que un contexto de internación tiene sobre los pacientes, y que les de las herramientas para poder intervenir adecuadamente con ellos:

Motivo: que la paciente entre estable a la cirugía

Volvemos a la sala, a conversar con los médicos. Se les comenta sobre su estado, y sobre lo que genera tener dolor en la cabeza. `siempre la cabeza es un lugar complejo; cuando hay dolor el psiquismo se inmuta... No querés nada, no tenés ganas de pensar, comer, hablar´ `entiendo que necesita alimentarse, pero hasta dónde insistirle tanto... se duerme todo el tiempo´ dr; ella cuando entra el martes, estaba súper lúcida, con ganas, creo que en un par de días el tumor no hace todo eso... creo que es el contexto, todo la está tirando para abajo” `ella si está un poco perdida en el tiempo, pero sí le pregunté qué le dijeron los médicos y dijo que sí que la iban a operar... nunca dijo la palabra tumor, pero sabe que la van a operar´ `uno tiene que pensar en el sufrimiento, ella viene hace mucho con el dolor y andá a saber desde cuándo... desde antes que consulte al médico cuanto pasó con ese dolor de cabeza´ `aparte de ese sufrimiento, semejante diagnóstico al final´

`claro... bueno nosotras vamos a seguirla viendo. Te consulto si te parece que mande al psiquiatra para que le vea la medicación´ `si... obvio´ `si fuera posible, lo más que se pueda que venga la familia a acompañarla... eso es importante, eso ayuda... ayuda a soportar´ `si si, ya voy a ver cómo lo manejo. cuando son tan chiquitas, siempre intentamos que estén acompañadas´. (Registro de campo, 10/11/23).

Motivo: acompañamiento

Al rato, vuelven los médicos, y podemos hablar con ellos sobre la paciente. Comentan que es la tercera internación del año, por una infección urinaria complicada. `Tiene una cuestión emocional, y está un poco traumada por la internación en sí´. La psicóloga comenta la importancia de explicarle el por qué de las cosas; `ella cree que es en contra de ella... pero estaría bueno de explicarle bien todo. Lo vive como un rechazo, un desprecio´. La médica refiere `por más que le expliquemos todo, se lo contamos con mucha sutileza porque tiene mucha labilidad emocional... ella dice otra cosa que me encontraron, entonces se larga a llorar... por eso necesita contención´. (Registro de campo, 23/11/23)

Para dar por finalizada la ICMP, Carpinacci (1979) refiere que es necesario que se den dos pasos. Primeramente, el “término de la Interconsulta”, en el cual damos por terminada la intervención, o porque desaparecen las causas que la motivaron o bien cuando el paciente abandona el hospital. Y, por último, se realizan las pertinentes “consideraciones de los resultados obtenidos”, distinguiendo si las intervenciones fueron promotoras de decisiones que han salvado la vida del paciente o solamente sirvieron para lograr un mal menor.

En relación a esto, en el HNC cada interconsulta que se realizaba se daba por finalizada una vez que los miembros del equipo rellenaban la historia clínica del paciente, detallando las intervenciones realizadas y las indicaciones médicas aconsejadas.

Volvimos a la sala de médicos, a rellenar la ficha del paciente. Se rellenó el examen mental y las indicaciones que se habían acordado. (Registro de campo, 15/05)

Ella fue a buscar la ficha clínica, para dejar asentado que la paciente estaba vigil, sin ideas suicidas. (Registro de campo, 19/05)

Volvimos a ingresar, y fuimos a la sala donde se juntan los médicos, a dejar asentado en la historia clínica lo que habían hablado con él. (Registro de campo, 24/05)

En la historia clínica se registra: paciente Desorientado en Tiempo y Espacio (DOTE), colaborativo, refiere dolor por la operación y preocupación por lo mismo. Se seguirá con acompañamiento psicológico y con indicación de Quetiapina. (Registro de campo, 18/08/23)

En la historia clínica se escribe: DOTE, ideas delirantes, discurso incoherente, alucinaciones de tipo visual. (Registro de campo, 12/09/23)

Se anotaron las impresiones en la historia clínica correspondiente al paciente. (Registro de campo, 03/10/23)

Sumado a esto, y una vez vueltos al servicio de psicopatología, dejaban registro en el cuaderno de interconsultas, en el cual daban noción de los datos del paciente, motivo de internación, y las indicaciones que habían realizado. A continuación, una copia textual de lo escrito sobre una ICMP:

En el cuaderno de IC se completa: APP: deterioro cognitivo moderado secundario a lesiones corticales y subcorticales; trastorno de ánimo en tratamiento. Al momento de la entrevista, se encuentra un sujeto colaborador, con desorientación intermitente, con inconsistencias en el discurso propias de sus patologías de base y al periodo de internación. Refiere sentimientos de tristeza y no demuestra comprender las implicancias de su situación. Niega y no evidencia alteración sensorio-perceptivas, idea o plan tanático. Indicaciones: medicación habitual para otras condiciones médicas y Clonazepam 0,5 mg (16-24 hs). La paciente requiere ayuda para sostener condiciones de salud, alimentación y nutrición. (Registro de campo, 18/10/23)

7.2.2 DESAFÍOS DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Siguiendo a Carpinacci (1979) “dada la complejidad del hecho humano, intentar comprender su acontecer implica ubicarlo dentro de la mayor cantidad de sistemas posibles de los que forma parte” (p. 63). Comprender esta perspectiva, permite a su vez entender la necesidad del trabajo interdisciplinario para abordar una problemática dentro de un entorno hospitalario. El presente apartado se enfocará en detallar los desafíos que he podido observar en el trabajo interdisciplinario entre los profesionales del HNC involucrados en la interconsulta. A los mismos los delimité en tres grandes grupos: reconocimiento de la incompletud disciplinaria, tiempo disponible y formación profesional.

Con respecto al primero de los desafíos señalados, y siguiendo la idea de Lattanzi y Muñoz (2017), el trabajo interdisciplinario sólo es posible si se reconoce la incompletud de la propia disciplina para abordar una problemática y poder llevar a cabo una tarea en colaboración con otros. A lo largo de la práctica, esta actitud por parte de los profesionales era recurrente, y una evidencia de ello se observa en la tabla 2, donde el segundo motivo de ICMP refiere a “Control de esquema de Medicación”. Este pedido refleja la intención del equipo médico de

verificar que la medicación que le están suministrando para sus afecciones físicas, no interfiera con aquella que toman o podrían comenzar a tomar debido a algún padecimiento mental.

Cabe mencionar también, los ya analizados motivos de consulta referidos a determinados accionares de los pacientes, que no le permitían a los médicos intervenir plenamente.

El pedido es por la fuerte angustia que transmite la paciente y su imparable llanto. Al escuchar las comunicaciones entre los profesionales, los médicos de la guardia comentan: “no sabemos qué le pasa... debe ser algo de ustedes por que llora todo el tiempo... le hablamos y llora”. Se observa en los profesionales, la duda de no saber qué le sucede a la paciente, con la que cada vez que se intenta hablar, no hace más que llorar. (Registro de campo, 24/08/23)

Al rato, vuelven los médicos, y podemos hablar con ellos sobre la paciente. Comentan que es la tercera internación del año, por una infección urinaria complicada. “tiene una cuestión emocional, y está un poco traumada por la internación en sí. (Registro de campo, 23/11/23)

Pedido de interconsulta para una paciente con internación en el hospital hace 26 días. Fue operada de la cadera, le colocaron un clavo y se le infectó. El pedido es porque la mujer está con sintomatología depresiva y también con actitudes y contestaciones agresivas con el personal. (Registro de campo, 18/08/23)

Sin embargo, también se observaron situaciones en las que la articulación entre el equipo y los profesionales médicos se veía dificultada debido a un pedido de interconsulta posterior a una toma de decisión. Eran casos en los que la elección de la medicación apropiada para el paciente la realizaba el equipo médico, incluso cuando se requería la supervisión y aprobación de un especialista. A pesar de reconocer la incompletud de la propia especialidad para decidir, el pedido de ICMP llegaba al servicio momentos posteriores al accionar. Algunos casos se presentan a continuación:

Se realiza una interconsulta en UCO, para paciente de 76 años con excitación psicomotriz. Desde el servicio comentan enojos por parte de este tipo de interconsultas, porque los pacientes ya están medicados, sin previa asistencia, y deben adecuarse a lo que ellos le han puesto. Al respecto expresan: ‘nos llaman para pedir asistencia, pero después hacen lo que ellos consideran más pertinente’. Los profesionales manifiestan malestar y no entender el porqué del llamado. (Registro de campo, 20/07/23)

Se visita a paciente internado en RCN. Las médicas comentan un poco sobre su situación actual y refieren que está con haloperidol y quetiapina. Frente a esto, el profesional interviene rápidamente y les cuestiona ‘¿cómo van a mezclar dos neurolépticos?’. (Registro de campo, 07/11/23)

Los casos presentados pueden considerarse como un ejemplo claro de una consulta, entendida desde la perspectiva de Ferrari, et al., (1980). Ellos la definen como la interacción entre dos especialistas, donde uno solicita la contribución del otro para abordar un aspecto

específico. Tal como se observa en las viñetas, y en consonancia con los autores, se busca una opinión autorizada, y una intervención que no implique aspectos profundos. Esta perspectiva difiere de la ICMP, donde el abordaje es más colaborativo, y se solicita una asistencia o un asesoramiento más personalizado. En los casos presentados, la respuesta del equipo ante una solicitud más ligada al enfoque de la interconsulta habría implicado una indagación exhaustiva de factores como antecedentes, enfermedades orgánicas y la especificidad de la sintomatología, con el fin de seleccionar la medicación adecuada para el paciente y su historia.

Por otra parte, retomando los desafíos planteados, se hará mención a la formación profesional. Esta fue reconocida por una de las profesionales del equipo de ICMP, en el marco de una entrevista de tipo semiestructurada, que comenzó con una pregunta abierta: “¿Encontrás algún tipo de dificultad en el vínculo entre los profesionales de la salud involucrados en el dispositivo de la interconsulta? Si es así, ¿cuáles?”. Esta formulación permitía que la entrevistada pudiera expresarse y aportar lo que considere relevante, sin direccionar sus respuestas. Uno de los puntos que destaca se encuentra en consonancia con lo propuesto por Ferrari, et. al., (1980), quienes afirman que “se requiere un alto grado de formación específica y un entrenamiento particular (del equipo interconsultor), pues se trata a menudo de enfrentarse con situaciones enfermas, muy regresivas” (p. 70). Además, “deberá estar dispuesto a operar fuera del contexto psicoterapéutico habitual, en un ámbito que por lo general incrementa la frustración, lo que imprime una sobrecarga emocional adicional a su tarea” (p. 71). A continuación se exponen los dichos de la profesional:

“La otra dificultad que yo le veo es que tenemos una modalidad de trabajo que requiere entrenamiento entonces de alguna manera si yo quiero empezar a hacer interconsultas sin entrenamiento, sin entender cómo funciona el equipo, se desordena. Primero hay que entrenar para trabajar en equipo y en un equipo que además se va a abrir a otras metodologías de trabajo como es los otros servicios del hospital (...) nos pasó en su momento de recibir gente en el equipo que no tenía formación hospitalaria. Entonces hay que aprender a trabajar, no es lo mismo trabajar en un consultorio privado, yo con el equipo de consultorio que en un hospital que tiene otro tipo de encuadre... y eso hay que aprenderlo. El encuadre también puede ser una dificultad para algunos... y la ansiedad, nos mata la ansiedad de querer resolver todo y no poder. Son como distintas cosas, una cosa es lo práctico y otra lo personal. Yo las dividiría en eso a las limitaciones: lo que tiene que ver con la ejecución; y, lo que tiene que ver con la personalidad de cada uno, que el ambiente hospitalario despierta cosas que quizás el consultorio particular no”. (Comunicación personal, 06/11/23)

Resulta pertinente destacar frases como “la ansiedad, nos mata la ansiedad de querer resolver todo y no poder” y “lo que tiene que ver con la personalidad de cada uno que el ambiente hospitalario despierta cosas que quizás el consultorio particular no”. Estas permiten reflexionar sobre los aportes de Ferrari, et al., (1971), quienes postulan que “el espacio de

interconsulta se desarrolla en un ámbito que por lo general incrementa la frustración, lo que imprime una sobrecarga emocional adicional a su tarea” (p. 71). En este sentido, se comprende al hospital como una institución que requiere una formación particular, ya que la modalidad de trabajo y el contexto donde éste se desarrolla, activan cuestiones emocionales que podrían interferir en el desempeño.

En añadidura a la temática, Caballero (2007) expresa: “aunque el trabajo en equipos interdisciplinarios es una realidad cada vez más evidente, existen carencias en la formación del profesional de salud mental para poder llevarlo a cabo” (p. 1) La autora refiere que estas carencias se hacen evidentes, entre otras instituciones, en los Hospitales Generales, en donde “es cotidiana la metodología de la interconsulta, los análisis de casos por servicios, los foros de capacitación, las capacitaciones comunes para todo el personal y el abordaje interdisciplinario de casos” (p. 1).

Siguiendo con el desafío planteado, también se abordó lo referido a la formación de los profesionales médicos. Al respecto, la entrevistada menciona:

“El otro tema que tenemos como dificultad es que los médicos tienen muy poca formación en salud mental y ellos consideran que llamar a la IC en salud mental es como bueno... llaman a infectología para que pongan un antibiótico, llaman al psiquiatra que les ponga un antidepresivo, y ahí es cuando tenemos que educar a los médicos en que la vida no se resuelve con un antidepresivo y menos en un sujeto que ha sido sacado de su hábitat natural y que está en una institución donde hay otra cotidianeidad... entonces imagínate que muchas de las consultas tienen que ver con respuestas, reacciones adaptativas de los pacientes que los médicos no saben interpretar”. (Comunicación personal, 06/11/23)

En las declaraciones se refleja lo planteado por Lattanzi y Muñoz (2017): “la capacitación permanente en salud mental y el reconocimiento de que el padecimiento no está puramente ligado a algo orgánico es otra iniciativa para saber que las diferentes disciplinas de la salud pueden aportar desde su conocimiento para aliviar ese sufrimiento” (p. 92). La formación de los equipos médicos en salud mental permitiría comprender que muchos de los comportamientos observados en los pacientes no se deben a un padecimiento mental, sino a “reacciones adaptativas de los pacientes que los médicos no saben interpretar”.

Este accionar médico podría ser pensado desde el debate de la separación cerebro-mente que propone Desviat (2016). Al respecto, considera que “dependiendo de la opción que tomemos, la acción terapéutica será diferente” (p. 15). Enfocarse en la biología, conduce a un tratamiento médico que no entiende el sentido del síntoma, ni se preocupa por la persona. Tal como lo expone la entrevistada, y en consonancia con el autor, “no hay escucha, y la acción terapéutica se suele centrar en la farmacología, en tranquilizantes más o menos potentes (...) es

por ello que la acción terapéutica termina siendo contra la enfermedad, no hacia el enfermo” (p. 15). Siguiendo esta idea, la profesional añade:

“Por eso nosotros insistimos tanto en que cualquier médico debería tener herramientas psicológicas, porque no puede depender de que un psicólogo o un psiquiatra le diga si su paciente tiene una personalidad que va a responder a las instrucciones post quirúrgicas o no, que a ver si este paciente lo podemos operar o no. Vos sos el médico que lo conoce, que lo viene atendiendo hace un montón de tiempo, tendrías que haber podido hacer una idea global de tu paciente no solamente te importa si la cadera o no la cadera”. (Comunicación personal, 06/11/23)

Esta idea se alinea con lo expuesto por Fuentetaja y Villaverde (2019), quienes refieren “sería un error considerar que toda la atención psicológica tiene que ser ‘suministrada’ por psicólogos, sin reconocer que cada profesional tiene una parte importante y complementaria en el cuidado psicológico del paciente ingresado” (p. 6). Sin embargo, la escasa formación en salud mental nuevamente emerge como un obstáculo para reconocer una reacción esperable frente al estrés que surge de una hospitalización.

Lo referido por la profesional entrevistada permite introducir la dimensión de la subjetividad, el otro aspecto del debate planteado por Desviat (2016). Poner en juego este, permite intervenir dando lugar a la biografía, emociones, fracturas, duelos y deseos de la persona. En este sentido, “tenemos unos síntomas que cobran sentido en la vida de la persona que aqueja esas alteraciones (...) la enfermedad se nos presenta en su correlato biopsicosocial como una entidad construida histórica y socialmente” (p. 15)

Por último, se observa el desafío referido a la disponibilidad del equipo. Al respecto del tema, Ferrari, et. al., (1980) postulan que “es prácticamente imprescindible que las personas que integren el equipo tengan una dedicación full-time, lo que significa que están disponibles en todo momento” (p. 68). En consonancia, la profesional entrevistada expresa:

“Dentro del equipo el primer problema que tenemos es la escasez de recursos. No nos alcanza para dar abasto con todas las demandas que tenemos. Y que encima de eso, estamos haciendo demasiadas actividades, cada uno tiene demasiadas actividades para hacer. Con todo eso, pasa que no tenemos espacio para decir bueno... Ahora nos juntamos el equipo de interconsulta, porque cuando nos queremos juntar o yo estoy en consultorio, o ella está en consultorio o el no sé quién no vino porque estaba de carpeta”. (Comunicación personal, 06/11/23)

Este panorama podría llegar a limitar el accionar del equipo interconsultor, y los alejaría de la actitud activa que se espera adopten a la hora de intervenir. Lattanzi y Muñoz (2017) expresan “el interconsultor puede adoptar una actitud activa e ir en búsqueda de diferentes situaciones problemáticas que estén atravesando al vínculo médico paciente” (p. 84). Al respecto, la dedicación parcial al trabajo de interconsulta podría pensarse como un factor que

dificultaría la labor así como la colaboración interdisciplinaria necesaria para abordar de manera integral las dificultades y problemáticas que atraviesan a los pacientes hospitalizados.

8. CONCLUSIÓN

El presente trabajo de integración final se trató de una sistematización de prácticas llevadas a cabo en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas. Para el mencionado, se propuso como eje de sistematización “el rol del psicólogo clínico en la interconsulta médico-psicológica de un hospital público polivalente de la Ciudad de Córdoba”. El mismo se estructuró en diferentes apartados, que permitieron abordar el tema desde una perspectiva conceptual hasta una reflexión más profunda de la práctica.

Inicialmente, y para situar el contexto donde se desarrollaron las prácticas, se destinó el primer apartado para ahondar en la historia y organización actual del Hospital Nacional de Clínicas, así como de su Servicio de Psicopatología.

Asimismo, se dedicó una sección para caracterizar el eje y los objetivos que guiaron el desarrollo del trabajo, y otra para profundizar en los aspectos teóricos relativos al rol del psicólogo clínico en general, su papel en el ámbito hospitalario en particular, y la interconsulta como intervención destacada. En relación a esta última, se indagó particularmente en las implicancias del trabajo interdisciplinario y los desafíos que de éste se desprenden.

Seguidamente, se detalló la modalidad de trabajo referida a los sujetos involucrados (equipo de ICMP, médicos, pacientes), los instrumentos de recolección de datos (observación participante y entrevistas) y las cuestiones éticas implicadas, tanto aquellas pertinentes al transcurso de la práctica como a las referidas a la elaboración del presente trabajo.

Con esta base, se procedió al análisis de la experiencia vivida durante las prácticas, desarrollada en función de la creación de dos ejes de análisis: el rol del psicólogo clínico en la interconsulta; y, los desafíos del trabajo interdisciplinario. En este punto, resulta apropiado aclarar que la separación de dos ejes es sólo a los fines de la presente articulación teórico-práctica, ya que ambos son valorados como ejes íntimamente relacionados. Esto en la medida que el análisis de los desafíos del trabajo interdisciplinario permite repensar el papel del psicólogo dentro del dispositivo, así como el rol puede ser pensado desde las implicancias de la interdisciplina.

Con el motivo de concluir la sistematización de la experiencia, resulta pertinente desarrollar en lo que sigue algunas consideraciones y planteamientos derivados del mencionado análisis, así como reflexiones personales que permitan dar perspectiva a todo lo desarrollado.

Así, el primero de los ejes relativos a “El rol del psicólogo clínico en la interconsulta” fue ordenado en base a los pasos de la ICMP propuestos por Carpinacci (1979). En relación al “Inicio del Proceso”, se realizó una distinción entre la recepción de la interconsulta, que incluye los canales de pedido y los servicios solicitantes, y los motivos que originaron la solicitud. Con respecto a los canales de pedido, se observó que los utilizados en el HNC son los RP/ y los

pedidos orales a través de aplicación de mensajería. A lo largo del desarrollo, se incluyeron viñetas que permitieron observar el contraste entre ambos canales, siendo los RP/ aquellos donde la información era resumida, escueta y concisa, y los audios donde se agregaban datos pertinentes del paciente, sobre todo aquellos referidos a la historia clínica.

En relación a los servicios solicitantes, se incluyeron datos que corroboran que los mayores pedidos provienen del servicio de guardia y seguidamente, de las salas de internación. En consonancia con los mencionados datos, se encontró que los principales motivos de ICMP eran intentos de suicidios, que arribaban por guardia, y pacientes con sintomatología depresiva, intensa angustia, aquellos que requerían acompañamiento o control de medicación, que se encontraban internados en sala. En menor medida los pedidos eran motivados por la elaboración de un examen mental o una planilla de PAMI, así como por casos aislados de episodios psicóticos, excitación psicomotriz, delirio mixto o bipolaridad. Comienza aquí el paso definido por Carpinacci (1979) como “Recepción personal y objetiva de la Interconsulta”. Se concluyó que los motivos identificados a lo largo de la práctica en el hospital se encontraban en conformidad con los aportes de Crespo Hervas y Martín Vázquez (1996), quienes los puntualizan en: “colaboración diagnóstica, colaboración terapéutica, organización del alta médica y continuación del tratamiento, y transferencia a una unidad de psiquiatría” (p. 943).

Con el apartado siguiente de “Intervenciones” se dió inicio al paso identificado por Carpinacci (1979) como “análisis de las entrevistas efectuadas, del clima general de la sala y cotejo entre versión escrita y oral de los motivos de la Interconsulta”. Dicha categoría fue subdividida de acuerdo a los motivos recientemente mencionados, y se intentó dar cuenta de las diferentes intervenciones llevadas a cabo por el equipo de ICMP del hospital, destacando a la entrevista como el medio utilizado por excelencia.

La intervención predominante para dar respuesta al pedido de colaboración diagnóstica es la pregunta. Se presentaron viñetas que permitieron coincidir con los autores quienes afirmaban que la mencionada “tiene por finalidad obtener una información precisa” (Etchegoyen, 1986, p. 279), permitiendo “recopilar la mayor cantidad de información particular” (Bernstein y Nietzel, 1982, p. 173). Sumado a esto, se encontró que en el HNC los actores entrevistados en esta situación eran médicos, enfermeros y familiares del paciente, cada uno otorgando detalles que hacían a la historia global del sujeto internado.

En cuanto a la subcategoría de colaboración terapéutica refiere al momento de entrevista que sucedía principalmente con el paciente, aunque también con los familiares. En este desarrollo, se encontraron coincidencias entre las seis intervenciones clínicas postuladas por Bernstein y Nietzsche (1982) para utilizar dentro del marco de la psicoterapia y las

intervenciones llevadas a cabo por las psicólogas del equipo de ICMP. Concretamente, éstas eran: fomentar el insight, proporcionar información nueva, desarrollar fe, confianza y una expectativa de cambio, reducir la perturbación emocional, fomentar la catarsis y designar tareas. Con respecto a los familiares, se demostró que el acompañamiento que recibían ellos incidía fuertemente en la mejora del paciente, en la medida que “cada cuidador o miembro de la familia tiene una parte importante y complementaria en el cuidado psicológico del paciente ingresado” (Fuentetaja y Villaverde, 2019, p. 6). Las viñetas expuestas al respecto permitieron observar que, mayoritariamente, las intervenciones estaban ligadas a la escucha activa, la educación y el apoyo.

Con respecto a la organización del alta médica, continuación del tratamiento, y transferencia a una unidad de salud mental se observaron, nuevamente, intervenciones más del tipo directivas que permitieran llevar a cabo un examen mental del paciente para generar un plan de tratamiento adecuado. Las viñetas presentadas reflejan que en dichos cuestionarios, también se indagaba el contexto social y/o familiar para considerar un tratamiento ambulatorio o una internación. En consonancia con los aportes del Ministerio de Salud de la Nación (2013) la internación era de carácter transitorio, breve y respondía a un plan personalizado y consensuado.

Los desarrollos recientes vinculados a los diferentes tipos de intervenciones llevadas a cabo fueron situados dentro del paso que Carpinacci (1979) define como “síntesis del material obtenido, arribo a una conclusión acerca de la índole del problema e inventario de los medios que se disponen para llevar a cabo los objetivos”. Seguidamente, se dio inicio al apartado “Cierre del proceso” en el cual se expusieron viñetas representativas referidas a los momentos de devolución, de registro en la historia clínica y en el cuaderno de ICMP del Servicio.

En relación al segundo eje señalado previamente, referido a los “Desafíos del trabajo interdisciplinario”, se señala que el mismo se estructuró en función de las tres principales problemáticas encontradas a lo largo del desarrollo de la práctica. El primero de ellos, el reconocimiento de la incompletud disciplinaria, fue observado a través de los diferentes pedidos que arribaban al servicio en los cuales se solicitaba una intervención especializada de los profesionales. Sin embargo, se expusieron viñetas que permitieron dar cuenta de situaciones en las cuales la solicitud de intervención arribaba de forma tardía al equipo de ICMP, luego de la actuación solitaria de los médicos.

El segundo de los desafíos refiere a la formación profesional tanto del equipo de interconsulta como de los médicos. En este punto, fueron fundamentales los aportes que brindó una profesional del equipo gracias a una entrevista, en la cual detalló los obstáculos de trabajar

con profesionales que no tienen formación hospitalaria. La misma subrayó también las dificultades que suscitaba enfrentarse con médicos sin formación en salud mental, quienes pedían al equipo intervenciones limitadas, como únicamente el uso de medicación para apaciguar síntomas. En este punto, resultó útil presentar la diferenciación que proponen Ferrari, et al., (1980) entre interconsulta y consulta. Ésta distinción fue pertinente en la medida que permitió reconocer que los reduccionistas pedidos provenientes de profesionales sin formación específica respondían a una consulta más que a una ICMP. Sumado a esto, se expuso el histórico debate cerebro-mente retomado por Desviat (2016) en la medida que permitió comprender que “dependiendo de la opción que tomemos, la acción terapéutica será diferente” (p. 15).

Por último, la disponibilidad del equipo responde al desafío que pone en juego el tiempo dedicado al dispositivo de la interconsulta. Al respecto, se expusieron extractos de los dichos de la profesional entrevistada que dan cuenta las complicaciones que se originan de la participación en una gran cantidad de actividades que no dan lugar a un encuentro de equipo ni permiten responder a la gran cantidad de demandas. En otras palabras, expresó que las diferentes actividades diarias que realizan los miembros del equipo limitan de cierta forma la posibilidad de llevar a cabo las intervenciones de ICMP desde un lugar ideal. Esto deja en evidencia la clara distinción entre los aportes de los autores en la teoría, y las posibilidades reales que atraviesan la institución.

Lo aquí resumido permitió reelaborar y repensar el papel del psicólogo dentro de una institución tan compleja como es un hospital general, así como de un dispositivo tan particular como es la interconsulta. Antes de indagar en el rol, resulta particularmente importante poder expresar que el recorrido de la práctica permitió comprender la ICMP como una estrategia de intervención esencial para la atención integral de los pacientes hospitalizados, que permite abordar la salud de manera holística. Tal como se mencionó en reiteradas ocasiones, la salud física y mental están intrínsecamente vinculadas, aspecto que hace al trabajo interdisciplinario como un plan de acción eficaz para dar respuesta a esta premisa. Se observaron además cambios positivos y beneficios importantes en aquellos pacientes que eran visitados a diario por un profesional psicólogo, en la medida que encontraban un lugar donde exponer sus temores, deseos y podían ser escuchados.

En este contexto, el psicólogo aparece como un actor clave en la dinámica hospitalaria y esencial dentro del equipo médico que interviene con el paciente. Se observó que su participación no se limita al diagnóstico y tratamiento de padecimientos mentales, sino que también se concentra en ayudar al sujeto a manejar las respuestas emocionales que surgen como consecuencia de sus enfermedades físicas y del contexto de internación que está atravesando.

La comprensión de los factores emocionales no sólo le permite al paciente comprender parte de lo que está vivenciando, sino también ayuda a los médicos a reconocer que su sintomatología no es un hecho aislado.

Se destaca que el rol que adopta un psicólogo para dar respuesta a una interconsulta responde a una actitud de apertura, que implica flexibilizar sus intervenciones así como ajustar el encuadre a la institución en la que se encuentra. De este modo, el profesional interviene según las necesidades del paciente, adaptando los encuentros para que puedan incluso ser diarios si así lo requiere. Por otro lado, se enfrentan a sujetos que no expresan un deseo genuino de participar en el encuentro, ya que, en la mayoría de los casos, la solicitud de visitar al paciente proviene del equipo médico a cargo. Esta situación con frecuencia conlleva a recibir actitudes o declaraciones explícitas de rechazo que limitan el accionar, y obligan a repensar la estrategia de intervención.

En resumidas cuentas, los meses transcurridos en el Hospital Nacional de Clínicas permitieron profundizar el aprendizaje en cuanto al rol del psicólogo y su participación en los diferentes dispositivos que ofrecía la institución, así como en los espacios de aprendizaje brindados por los profesionales. Estos últimos permitieron un aprendizaje abarcativo y general del rol, lo que llevó a conocerlo en sus diferentes facetas. Al mismo tiempo, observar la dinámica y el desenvolvimiento de los profesionales en el dispositivo de la interconsulta suscitó un fuerte interés y llevó a asimilar la complejidad del papel y la necesidad e importancia de sus intervenciones en un contexto inherentemente estresante. Estrés que se desprende de los padecimientos que atraviesan a los sujetos, de la gravedad de los cuadros a los que se enfrentan y del compromiso corporal que todo eso ocasiona.

En particular, las visitas a salas de internación permitieron conocer la práctica clínica que realiza el psicólogo, así como también dar cuenta del impacto significativo de sus intervenciones en la calidad de la atención médica y en los resultados de salud de los pacientes. El caminar por los pasillos, las salas y áreas de reunión y encuentro entre médicos, permitió observar la colaboración interdisciplinaria que sucede entre profesionales de la salud, la dinámica relacional entre ellos y la importancia de una comunicación positiva y recíproca. Otro aspecto importante en cuanto a punto de llegada del análisis es la concepción integral de salud que se deriva en la intervención psicológica para pacientes hospitalizados, en su mayoría, por causas orgánicas. Es innegable que para lograr el bienestar integral del sujeto se requiere un enfoque y abordaje interdisciplinario que tome en consideración los aspectos físicos, psicológicos y/o sociales intrínsecos que atraviesan la historia de los individuos y su actualidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agazzi, E. (2002). El desafío de la interdisciplinariedad: dificultades y logros. *Revista Empresa Y Humanismo*, 5(2), 241-252. <https://doi.org/10.15581/015.5.33372>
- Amoros, V., (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2), 363-369. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80512213.pdf>
- Barnechea García, M., y Morgan Tirado, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias & Retos*. (15), 97-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929270>
- Bernstein, D. A., y Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. McGraw-Hill.
- Caballero, S. (2007). El familigrama: un instrumento de la práctica clínica del psicólogo. Ficha de Cátedra. Psicología Clínica.
- Castro, A., Cravero, V. E., y Stancato, L. (1999). La Interconsulta Médico-Psicológica en un hospital general. *Revista Nuestra Ciencia*, II(9), 8-13.
- Carpinacci, J.A. (1979) *Fundamentos metodológicos para el estudio del padecimiento humano*. Galerna
- Código de ética del Colegio de Psicólogos. (2016). *Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba*. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf
- Código de Ética Nacional, Federación de Psicólogos de la República Argentina [FePRA], 10 de Abril de 1999. <https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (1995). *Reglamento de Especialidades*. Córdoba, Argentina. <https://cppc.org.ar/wp-content/uploads/2022/03/083-16-Reglamento-de-Especialidades-y-anexo.pdf>

- Crespo Hervas, M., y Martín Vázquez, M. (1996). Psiquiatría de interconsulta y enlace. En *Tratado de Psiquiatría*, (pp. 939-950). https://psiquiatria.com/tratado/cap_54.pdf
- Desviat, M. (2016). La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental). En O. A. Bravo (ed.), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos* (pp.14-45). Editorial Universidad Icesi.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162- 167. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>
- Etchegoyen, H. (1986). Materiales e instrumentos de la psicoterapia. En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (pp. 273-283). Amorrortu.
- Fabrissin, A. (2011). La interconsulta y las actividades de enlace en el Hospital General: estrategias para su efectividad. *Vertex* (22)99, 356-367.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Feixas, G., y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Ferrari, H., De Notrica, S., Rucker, S., Araujo, F., Cambrero, M., Cifarelli, A., ... Zalzman, D. (2019). Vigencia de la interconsulta. UBA. Ciencias Médicas. <http://saludmental-jornadas.fmed.uba.ar/2019/xvi/7.1.pdf>
- Ferrari, H., Luchina, I., y Luchina, N. (1980). *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Nueva Visión.
- Fuentetaja, A., y Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 1(10), 1-19. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2019a2>

- Gazotti, T. de C., y Prebianchil, H. B. (2019). Aspectos técnicos e relacionais da interconsulta psicológica: a visão dos psicólogos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(1), 209-222.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072019000100011&lng=pt&tlng=pt.
- Guber, R. (2001). *La Etnografía-Método, campo y reflexividad*. Norma.
- Hospital Nacional de Clínicas. (s.f.). *Autoridades*.
<https://hospitalnacionalclinicas.fcm.unc.edu.ar/autoridades/>
- Hospital Nacional de Clínicas. (s.f.). *Reseña Histórica*.
<https://hospitalnacionalclinicas.fcm.unc.edu.ar/resena-historica/>
- Hospital Nacional de Clínicas. (s.f.). *Servicios*.
<https://hospitalnacionalclinicas.fcm.unc.edu.ar/servicios/>
- Instituto Nacional de Formación Docente (s/f). *Sistemas de Servicios y Organizaciones de la Salud Pública*. [Archivo PDF].
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:r2ti4igHE-sJ:https://iescapayanch-cat.infed.edu.ar/sitio/wp-content/uploads/2020/03/UNIDAD-N-2-administracion..docx&cd=23&hl=es&ct=clnk&gl=ar>
- Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid (2016). Guía Docente de Rotación de Interconsulta y Enlace.
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PBLrnlFQKEcJ:https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/2701/download%3Ftoken%3DDhk8_59z&hl=es&gl=ar

Jara Holliday, O. (2013). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. *Revista Matinal* (5). 12-14.

https://cdn.designa.mx/CREFAL/revistas-decisio/decisio28_testimonios1.pdf

Jara Holliday, O. (s.f.). Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias.

http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/3845/1/Orientaciones_teorico-practicas_sistematizar_experiencias.pdf

Lagache, D. (1945). *El Método Clínico en Psicología Humana*. Ficha de Cátedra. Psicología Clínica.

Lattanzi, L., y Muñoz, L. (2017). La interconsulta Médico Psicológica. Ficha de Cátedra. Psicología Clínica.

Ley Provincial N° 7.625 (1987). *Régimen del Personal que Integra el Equipo de la Salud Humana*. Boletín Oficial; Córdoba, Argentina; 22 de Diciembre de 1987.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-7625-123456789-0abc-defg-526-7000ovorpyel/actualizacion>

Ley Provincial N° 10.889 (2023). *Modificación de la Ley N° 7625, Régimen del Personal que integra el Equipo de Salud Humana*. Boletín Oficial; Córdoba, Argentina; 9 de Junio de 2023.

<http://www.saij.gob.ar/10889-local-cordoba-modificacion-ley-n-7625-regimen-personal-integra-equipo-salud-humana-lpo0010889-2023-05-17/123456789-0abc-defg-988-0100ovorpyel?&o=15&f=Total%7CTipo%20de%20Documento/Legislaci%F3n%7CFecha%5B50%2C1%5D%7COrganismo%7CPublicaci%F3n%7CTema/Salud%20p%FAblica/salud%20humana%7CEstado%20de%20Vigencia%7CAutor%7CJurisdicci%F3n/Local&t=38>

Ministerio de Educación (s.f.). *La chispa que encendió la Reforma Universitaria: se cumple un siglo del cierre del internado.*

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-chispa-que-encendio-la-reforma-universitaria-se-cumple-un-siglo-del-cierre-del-internado>

Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental.* [Archivo PDF].

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2018). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales* [Archivo PDF]. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento226.pdf>

Muniz, A. (comp.). (2018.). *Intervenciones en psicología clínica: herramientas para la evaluación y el diagnóstico.* Udelar. CSE.

https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf

Nieto Betancurt, L., y Pelayo Pedraza, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*, (85), 61-75.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Editorial Organización Mundial de la Salud.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42447/WHR_2001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez Matos, N. E., Setién Quesada, J. A., y Setién Quesada, E. (2008). La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: Una mirada a la teoría bibliológico-informativa. *Acimed*, 18(4)

Polak, S. (2018). *El trabajo del psicólogo en el área de pediatría* (tesis de grado).

<https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2003/Polak%2C%20Sof%20C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Real Academia Nacional de Medicina de España. (2012). Hospital. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado en 28 de Septiembre de 2023, de

https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=hospital

Resolución 1178 de 2022 [Ministerio de Salud de la Nación]. Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental. 14 de junio de 2022.

Trull, T. J., y Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Thomson.

Universidad Nacional de Córdoba. (s.f). *Hospitales Universitarios*.

<https://www.unc.edu.ar/sobre-la-unc/hospitales-universitarios>

Zas Ros, B. (2016). *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. ALFEPSI.

<https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2011/11/Psicologia-Hospitalaria-Barbara-Zas.pdf>

Zurita, M. (2014). ¿Consulta, interconsulta o psiquiatría de Enlace?. *ATLAS (1)*1, 9-10

<https://www.mundoatlas.com/pdfs/ATLAS01.pdf>