

Martínez, María Cruz

**El rol del psicólogo clínico en
el proceso de admisión al
servicio de salud mental en
un hospital polivalente en la
Ciudad de Córdoba,
Argentina**

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

Director: Pernías, Ignacio

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.](#)

*El rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión al servicio de salud mental en
un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina*

María Cruz Martinez

*El rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión al servicio de salud mental de
un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina*



Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final

Modalidad: Sistematización de Prácticas

*“El rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión del servicio de salud mental de
un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina”*

Autora: María Cruz Martínez

DNI: 43.694.654

Director: Lic. Pernías Ignacio

ÍNDICE GENERAL.

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
1.INTRODUCCIÓN.....	6
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	10
3.1 Origen y antecedentes.....	11
3.2 Actualidad del Hospital Nacional de Clínicas.....	12
3.3 Antecedentes del Servicio de Psicopatología.....	13
3.4 Actualidad, roles y funciones del Servicio de Psicopatología.....	14
3.5 Organigrama.....	16
3. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	17
4. OBJETIVOS.....	19
4.1 Objetivo General.....	20
4.2 Objetivos Específicos.....	20
5. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	21
5.1 Paradigma de la Complejidad.....	22
5.2 Psicología Clínica.....	23
5.2.1 Origen y antecedentes.....	24
5.2.2 Actualidad y conceptos centrales desde una perspectiva interdisciplinaria.....	26
5.2.3 El malestar de la cultura contemporánea.....	27
5.2.3 Fundamentos éticos y marcos normativos en la práctica.....	30
5.3 El Servicio de Salud Mental en Hospitales Polivalentes.....	32

	5
5.4 El rol psicólogo clínico.....	34
5.4.1 Funciones generales en el ámbito de la salud.....	34
5.4.2 El psicólogo psicoanalista.....	35
5.4.3 Método clínico.....	37
5.5 Entrevista Psicológica y proceso de admisión.....	39
5.5.1. La entrevista psicológica.....	39
5.5.2 Entrevista de Admisión.....	40
5.5.3 Rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión.....	42
6. MODALIDAD DE TRABAJO.....	44
6.1 Sistematizar.....	45
6.2 Metodología de sistematización.....	46
6.3 Características de la Población.....	47
6.4 Fuentes de información.....	48
6.5 Aspectos éticos.....	49
7. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	52
7.1 Recuperación del proceso vivido.....	53
7.2 Evaluaciones neurocognitivas.....	54
7.3 Ateneos interdisciplinarios.....	55
7.4 Terapia grupal gestáltica.....	57
7.5 Interconsultas.....	58
7.6 Grupo de Control Farmacológico.....	59
7.7 Análisis y Síntesis de la experiencia.....	62
7.7.1 Admisiones: Primer contacto con el servicio de Salud Mental.....	63

7.7.2 Descripción del procedimiento de la entrevista de admisión.....	65
7.7.3 Funciones y aportes del psicólogo clínico en el proceso de admisión.....	72
7.7.6 Motivos de consulta más frecuentes en el servicio de salud mental de un hospital polivalente.....	76
7.7.7 Criterios de derivación y trabajo interdisciplinario.....	86
8. CONCLUSIÓN.....	90
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

APA: American Psychological Association

Dr: Doctor/a

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina

HNC: Hospital Nacional de Clínicas

Lic: Licenciado/a

MOCA: Montreal Cognitive Assessment

PPI: Proyecto de Investigación

PPP: Prácticas Pre Profesionales

Prof: Profesor/a

TAM: Test de Alteración de Memoria

TC: Tratamiento Combinado

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria

TIF: Trabajo Integrador Final

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por ser mi pilar fundamental durante todos estos años, por su apoyo incondicional y por acompañarme en cada paso.

A Lulu, Chechu y Sofi, que más que compañeras, se convirtieron en mis hermanas del alma. No solo compartiendo mañanas, tardes, mates y horas de cursada, sino también sueños, esfuerzos y logros. Gracias por empujarnos mutuamente, por no dejar que ninguna diera pasos atrás y por creer en nosotras incluso en los momentos más difíciles.

A Jime, mi mejor amiga, que me acompañó durante todos estos años, que escucho mis inquietudes, miedos y novedades de la carrera. Por festejar mis logros, por tus palabras de aliento y por estar incondicionalmente.

A mis amigas, por estar ahí en cada momento, por apoyarme, escucharme y por celebrar conmigo cada logro.

A Ignacio, mi director de tesis, por su guía, paciencia y dedicación. Gracias por ayudarme a perseverar, por creer en mi capacidad y motivarme para llevar este trabajo.

A Ana Silvia, por su ayuda con bibliografías, por responder mis preguntas y por estar siempre dispuesta a tender una mano cuando la necesité.

A la Universidad Católica de Córdoba, por abrirme las puertas y ofrecerme las oportunidades para crecer tanto académica como personalmente.

Al Hospital Nacional de Clínicas y, especialmente, a Julio, Dani y Ale, por acompañarme durante todo el 2024, por responder mis inquietudes y por dejarme aprender en este camino como profesional.

Finalmente, a todos aquellos que, de una forma u otra, contribuyeron en este camino.

Cruz.

1.INTRODUCCIÓN.

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) se enmarca en las Prácticas Profesionales Supervisadas realizadas en el Hospital Nacional de Clínicas durante el año 2024, requisito indispensable para la obtención del título de grado en la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba. Este trabajo tiene como propósito central sistematizar las experiencias adquiridas durante este período, con el fin de comprender, analizar y reflexionar sobre las prácticas profesionales en el ámbito de la salud mental, específicamente en el contexto de un hospital polivalente.

La sistematización de experiencias es un proceso integral que permite no solo reconstruir y analizar una experiencia específica, sino también extraer aprendizajes significativos que contribuyan a la mejora de las prácticas profesionales. Este enfoque, al depender de las condiciones particulares y de la participación activa de los actores involucrados, convierte cada sistematización en un proceso único e irrepetible. A través de este método, se busca no solo documentar y reflexionar sobre las vivencias, sino también transformar las prácticas presentes y futuras, enriqueciendo los saberes adquiridos y fomentando el desarrollo de comunidades más reflexivas, informadas y participativas. (Jara, 2011)

En el primer apartado, titulado “Contexto institucional”, se presenta una descripción detallada de los antecedentes y la situación actual del Hospital Nacional de Clínicas, con especial énfasis en la historia, los roles y las funciones del Servicio de Salud Mental. Se incluye, además, un organigrama que describe de manera clara y precisa los distintos dispositivos y servicios que ofrece esta área, proporcionando una visión global de su estructura y funcionamiento. Este marco contextual es fundamental para comprender el entorno en el que se desarrollaron las prácticas profesionales y el rol del psicólogo clínico dentro de esta institución.

El objetivo general de este trabajo es “El rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión del servicio de salud mental de un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina”. La elección de este tema se fundamenta en dos aspectos clave. En primer lugar, el psicólogo clínico desempeña un papel crucial durante el primer contacto con el paciente, ya que es responsable de crear un espacio seguro y comprensivo que puede influir significativamente en la disposición del paciente para iniciar un tratamiento. En segundo lugar, se busca profundizar en los criterios de derivación, los motivos detrás de estas decisiones y la comunicación entre los profesionales involucrados en el proceso de admisión. Considero fundamental que, como profesionales de la salud mental, contemos con herramientas esenciales como la escucha activa y la empatía, que nos permitan comprender y atender tanto las necesidades manifiestas como las latentes de los pacientes.

Los objetivos específicos de este trabajo son los siguientes: 1) Describir el proceso de admisión del servicio de salud mental; 2) Delimitar las funciones y aportes del psicólogo clínico en el proceso de admisión; 3) Caracterizar los motivos de consulta más frecuentes; 4) Describir los criterios de derivación en el proceso de admisión; y 5) Definir la importancia del trabajo interdisciplinario entre psicólogos clínicos y psiquiatras durante el proceso de admisión.

La perspectiva teórica que sustenta este trabajo se apoya en diversos autores desde el paradigma de la complejidad y la perspectiva psicoanalítica. Esta combinación teórica permite una comprensión más amplia y multidimensional del eje central del trabajo, favoreciendo una mirada integradora que considera tanto los aspectos individuales como los contextuales y relacionales en el proceso de admisión.

En cuanto a la metodología, se destaca el enfoque cualitativo, que resulta pertinente para analizar las características de la población que asiste a la institución y las dinámicas propias del servicio de salud mental. Las fuentes de información utilizadas incluyen

entrevistas semiestructuradas, registros de campo y mi rol como observadora no participante. Además, se han tenido en cuenta los aspectos éticos que guiaron la práctica, en consonancia con la normativa legal vigente en salud mental y los principios deontológicos que rigen nuestra profesión.

En el apartado de “Análisis de la experiencia”, se detalla el proceso vivido durante las prácticas profesionales supervisadas, describiendo cada una de las actividades realizadas en el hospital, tales como evaluaciones neurocognitivas, ateneos interdisciplinarios, terapia gestáltica grupal, interconsultas en guardia, grupo de control psicofarmacológico y, especialmente, el proceso de admisión al hospital. El análisis y síntesis de la experiencia se lleva a cabo desde una perspectiva crítica y reflexiva, integrando los aspectos teóricos con casos clínicos que fueron abordados durante mi experiencia en el Servicio de Salud Mental. Este enfoque no solo permite comprender las particularidades del rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión sino también responder a los objetivos específicos planteados a partir de la práctica realizada.

Finalmente, se presenta la conclusión, donde se reflexiona sobre la importancia del rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión dentro de un hospital general, destacando los aprendizajes obtenidos y las implicancias para la práctica profesional futura. El trabajo cierra con las referencias bibliográficas que sustentan el desarrollo teórico y práctico del TIF, aportando un marco sólido y riguroso para la comprensión de los temas abordados.

Este Trabajo Integrador Final (TIF) no solo busca sistematizar una experiencia profesional, sino también contribuir al enriquecimiento de la práctica psicológica en el ámbito de la salud mental, promoviendo una mirada reflexiva, crítica y comprometida con el bienestar de los pacientes y la mejora continua de los servicios de salud.

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.

3.1 Origen y antecedentes.

El Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba ha sido mucho más que un centro médico durante sus 100 años de historia. Fundado en 1913 como un hospital escuela, obtuvo un papel fundamental en la formación de generaciones de profesionales de la salud y en el desarrollo de la Facultad de Ciencias Médicas, cuyo proyecto se originó durante la presidencia de Domingo Faustino Sarmiento en 1877 (Reseña Histórica, s.f.).

Situado en el histórico "Barrio de las Quintas" de Córdoba, el hospital fue erigido en terrenos cedidos por el intendente Juan Manuel de la Serna. La construcción comenzó en 1885 bajo la supervisión del ingeniero Francisco Tamburini. A pesar de varios contratiempos, el hospital abrió sus puertas el 24 de mayo de 1913, coincidiendo con el tercer centenario de la universidad. Actualmente, se localiza en el Barrio Alberdi, en la calle Santa Rosa 1564.

Desde sus comienzos, el Hospital Nacional de Clínicas no solo brindó atención médica, sino que también se convirtió en un importante centro de enseñanza y aprendizaje. Contaba con instalaciones modernas para la época, incluyendo salas especializadas, laboratorios avanzados y espacios dedicados a la investigación y formación en diversas especialidades médicas.

El impacto del hospital trascendió el ámbito médico, desempeñando un papel significativo en la vida cultural y social de Córdoba. El entorno que lo rodeaba, inicialmente conocido por sus viviendas modestas, se transformó en el "Barrio Clínicas", un centro de encuentro intelectual y compromiso social. Este barrio fue testigo de eventos históricos como la Reforma Universitaria de 1918 y el Cordobazo de 1969 (Reseña Histórica, s.f.).

A lo largo de los años, el Hospital Nacional de Clínicas ha mantenido una tradición de excelencia académica y sanitaria, formando a profesionales destacados que han dejado una

marca en la historia de la medicina en Argentina. Reconocido como Monumento Histórico Nacional desde 1996, el hospital no solo conserva un valioso patrimonio arquitectónico, sino que también sigue siendo un bastión de innovación y servicio a la comunidad, perpetuando su legado de casi un siglo de contribuciones a la salud y al conocimiento médico.

3.2 Actualidad del Hospital Nacional de Clínicas.

Hoy en día, el Hospital Nacional de Clínicas (HNC) destaca por su intensa actividad, atendiendo a más de 20,000 personas cada mes en consultas, realizando cerca de 700 hospitalizaciones y llevando a cabo alrededor de 650 procedimientos quirúrgicos. En el ámbito académico, el hospital trabaja de cerca con más de 30 cátedras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Esto le permite ser un lugar clave para la formación práctica de estudiantes de enfermería, nutrición, fisioterapia, farmacia y laboratorio, además de apoyar el desarrollo de programas de posgrado.

El HNC también alberga tres museos importantes: el Museo de Ciencias de la Salud, que cuenta la historia del hospital, la facultad y del barrio Alberdi; el Museo de Anatomía Pedro Ara, que muestra más de 1300 piezas anatómicas humanas para estudio y enseñanza; y el Museo de Anatomía Patológica, donde se exhiben muestras del cuerpo humano afectadas por diversas enfermedades.

Entre las figuras clave del hospital se encuentran el Dr. Rogelio Pizzi, decano de la Facultad de Ciencias Médicas; el Dr. Alberto José Pons, director general; la Prof. Marcela Munizaga, directora asistencial; y el Dr. Mariano Zuazága, jefe de guardia.

El HNC se dedica a ofrecer atención médica de alta calidad a quienes no tienen cobertura médica, manteniendo su carácter de hospital público. Sin embargo, también recibe pacientes afiliados a obras sociales como PAMI, APROSS, DASPU y PASOS, aunque en menor número.

En cuanto a los servicios médicos, el HNC cubre una amplia gama de especialidades, que van desde Alergia e Inmunología hasta Urología, incluyendo Cardiología, Cirugía en diversas áreas, Dermatología, Endocrinología, Ginecología, Kinesiología-Fisioterapia, Nefrología, Neurología, Oftalmología, Psicopatología y Traumatología, entre otras. Ofrecen tanto atención clínica como quirúrgica avanzada y diagnóstico especializado.

3.3 Antecedentes del Servicio de Psicopatología.

El servicio de Psicopatología se fundó en 1985 a partir de la Cátedra de Psiquiatría que forma parte de la Facultad de Medicina; en la cual había profesionales del espacio de psiquiatría que eran parte de la formación de los estudiantes; esto coincide con la actividad asistencial de la psicóloga Beatriz Gutierrez quien estaba realizando actividades de salud mental en el Servicio de Radiología. A raíz de esto, se solicitó que se desarrollara una actividad vinculada a la creación del Servicio de Psicopatología en el Hospital. (L. Chávez, comunicación personal, 5 de agosto de 2024)

En principio, era una extensión de la cátedra, de hecho, al día de hoy todavía se encuentra en vinculación y años después se constituye como servicio el área de la Salud mental. El Hospital Nacional De Clínicas, como hospital universitario, depende de la Facultad de Ciencias Médicas y del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología; además, cuenta con convenios con otras instituciones como el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial y el Sanatorio Morra.

3.4 Actualidad, roles y funciones del Servicio de Psicopatología.

Actualmente, el equipo de psicopatología se conforma por aquellos que forman parte de planta permanente entendidos por no docentes, docentes con contratación fija y con contratación por prestación, psiquiatras; en su mayoría médicos con realización de la especialidad, en etapa de formación como los residentes, psicólogos y los que forman parte activamente del servicio como trabajadores sociales y nutricionistas; por ende es un trabajo interdisciplinar. Además, por fuera del servicio, existen programas especializados para diferentes grupos de pacientes como aquellos que padecen obesidad.

En cuanto a las investigaciones que se llevan actualmente a cabo en el hospital se destaca como línea de investigación todo lo que está asociado con secciones estigmatizantes en relación a la salud mental y, a partir del año pasado, en relación al uso de los psicofármacos tanto de parte del usuario como de parte de los propios profesionales.

La organización actual del servicio se encuentra encabezada por el Dr. Osvaldo Navarro; director del centro formador y jefe del servicio; Lic. Lorena Chávez a cargo de la Coordinación general del servicio y compuesto por diferentes áreas las cuales son terapia individual conformado por psicólogos, residentes de posgrado de psicoanálisis y de psicología clínica; aptos psicológicos, evaluaciones neurocognitivas y psicodiagnósticos; admisiones realizadas por psicólogos y psiquiatras; terapia grupal gestáltica y de entrenamiento de habilidades, grupo de control psicofarmacológico e interconsulta.

Los usuarios a quienes el hospital está dirigido distan de los usuarios que reciben el servicio; esto se debe porque el Hospital forma parte de la cápita de PAMI por lo que personas que están en etapa jubilatoria para su atención ambulatoria e internación deben asistir a otras instituciones que entran dentro de la cápita como la Clínica Saint Michael. Este fenómeno modifica la población en cuanto a franja etaria, ya que la mayoría de las personas que están en etapas jubilatorias tienen esa obra social. Entonces, toda la franja etaria que abarca desde los dieciséis años, en adelante, sin restricción de edad, pueden ser recibidos; por ende si el paciente que asiste al Hospital cuenta con otra obra social, puede ser atendido en el Servicio.

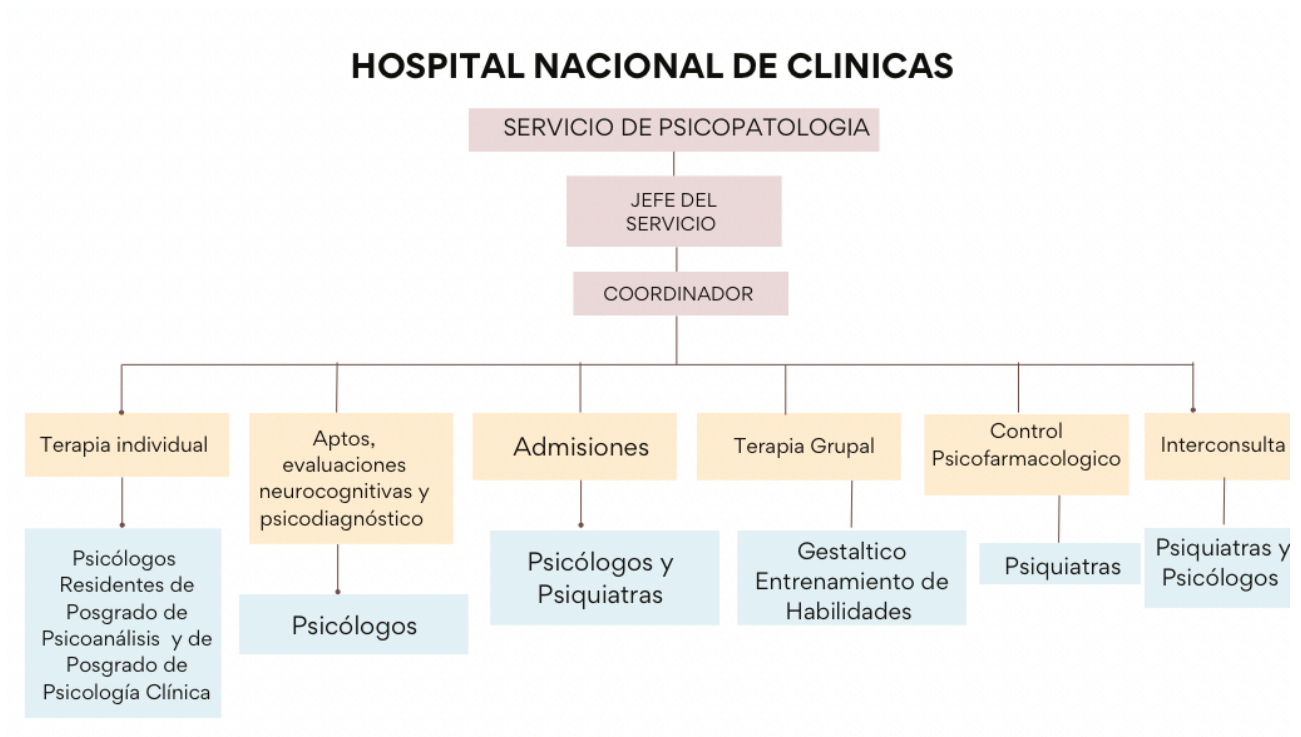
Uno de los grandes desafíos que enfrenta el servicio en la actualidad es que, al ser una institución pública que forma parte de la universidad, impacta de manera directa lo económico en las asignaciones de presupuesto. Estas circunstancias generan avances y detenciones en los proyectos propios del Hospital debido a factores que son netamente ajenos al servicio.

Un gran proyecto que propone el servicio acorde a la Ley de Salud Mental vigente es la asignación de cierta cuota de camas disponibles el cual requiere una ejecución de recursos, que involucra adoptar ciertas medidas, tanto en la formación de recursos humanos y del equipo profesional como una planificación adecuada que sea eficaz.

3.5 Organigrama.

Figura 1

Distribución del Servicio de Psicopatología



Fuente: Comunicación personal del equipo de profesionales en el Servicio de Psicopatología.

Creado por Martínez (2024)

3. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.

“El rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión del servicio de salud mental de un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina”

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo General.

Analizar el rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión al servicio de salud mental de un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina.

4.2 Objetivos Específicos.

1. Describir el proceso de admisión al servicio de salud mental.
2. Delimitar las funciones y aportes del psicólogo clínico en el proceso de admisión.
3. Caracterizar los motivos de consulta más frecuentes
4. Describir los criterios de derivación en el proceso de admisión.
5. Definir la importancia del trabajo interdisciplinario entre psicólogos clínicos y psiquiatras durante el proceso de admisión.

5. PERSPECTIVA TEÓRICA.

5.1 Paradigma de la Complejidad.

El paradigma de la complejidad, impulsado por el pensamiento de Edgar Morin, representa un cambio significativo en la forma en que entendemos la realidad. Según Barberousse (2008), la complejidad es una cualidad intrínseca de los sistemas, en los cuales las interrelaciones y las interacciones no son simplemente aditivas. Por el contrario, estas generan propiedades emergentes que no pueden comprenderse únicamente a partir de las partes que componen el sistema.

Morin (1990) propone tres principios fundamentales para entender la realidad desde esta perspectiva, que privilegia la interacción, la interrelación y la complejidad inherente de los fenómenos, ofreciendo una visión más completa y dinámica de la realidad.

El primero es el principio dialógico, que invita a considerar la interdependencia entre elementos que, en apariencia, son opuestos o contradictorios. No se trata de clasificar estos elementos de manera aislada, sino de explorar la relación que los vincula. Este principio reconoce que los opuestos se necesitan mutuamente, generando una interacción que produce efectos.

El segundo principio es el recursivo, que se refiere a los efectos en cadena. Aquí, un efecto genera otros efectos, que a su vez retroalimentan y modifican el efecto original. Este ciclo de interacciones es una característica clave de los sistemas complejos, donde los cambios no se limitan a una relación lineal, sino que forman un movimiento circular y continuo.

Por último, el principio hologramático sugiere que la parte está contenida en el todo y, a su vez, el todo está presente en cada parte. Esto implica que cada elemento de un sistema complejo refleja y es influido por el conjunto. Además, el observador forma parte de lo que

observa, afectando y siendo afectado por ello. Este principio invita a ver la realidad como un todo integrado, donde las partes están siempre interconectadas.

El autor, también integra la noción de autoorganización en su conceptualización de los sistemas complejos, sugiriendo que estos no solo se adaptan a su entorno, sino que también se reorganizan y reestructuran de manera autónoma en respuesta a cambios tanto internos como externos.

Adoptar este paradigma en la práctica clínica nos ayuda a reconocer que los fenómenos psicológicos no pueden ser reducidos a simples relaciones lineales de causa y efecto. Comprender a los pacientes como sistemas complejos implica reconocer la multiplicidad de factores que influyen en su comportamiento, emociones y procesos mentales.

Además, la complejidad nos invita a asumir una postura más flexible y abierta en nuestro quehacer profesional, integrando diversas perspectivas y métodos. De este modo, podemos ofrecer intervenciones más integrales y adaptativas, capaces de responder no solo a los problemas actuales de los pacientes, sino también a las dinámicas emergentes que pueden surgir a lo largo del proceso terapéutico.

5.2 Psicología Clínica.

5.2.1 Origen y antecedentes.

En Argentina, la psicología clínica se nutre de una historia compleja marcada por múltiples transformaciones y eventos. A finales del siglo XIX y principios del XX, en Latinoamérica se inaugura el primer laboratorio de Psicología Experimental fundado por Víctor Mercante en 1891 en Argentina. El mismo estaba inspirado por el trabajo de Wilhelm Wundt quien realizó el primer laboratorio de psicología experimental en 1879 en Leipzig (Roselli, 1991)

Siguiendo al autor, la Sociedad Argentina de Psicología se fundó en 1908 por Jose Ingenieros y Horacio Piñero, la misma fue la primera en Latinoamérica. Luego, en 1930, la sociedad se reconfiguró como Sociedad de Psicología de Buenos Aires bajo la dirección de Enrique Mouchet. Coartada (1978) afirma que estas instituciones fueron esenciales para desarrollar y organizar la psicología en nuestro país, principalmente influenciado por el positivismo y por la psicología experimental de la época.

Roselli (1991) considera que el positivismo, durante las primeras décadas del siglo XX, predominaba en Argentina ya que guiaba tanto la aplicación práctica como la investigación en áreas como la pedagogía y criminología. Sin embargo, en 1920, surgieron ciertas críticas hacia este enfoque ya que pensadores como Alejandro Korn y Coriolano Alberini introdujeron nuevas perspectivas acerca del estudio de la mente humana desde la filosofía (Coartada, 1978)

En 1930 en Argentina, la psicología se influenció por ciertas transformaciones políticas y sociales además del agotamiento de los modelos anteriores (Rossi, 2005). Así

mismo, en este contexto surgieron nuevas áreas como la psicotecnia, el higiene social, profilaxis y la orientación vocacional

En los años 50, en el país se establecieron las primeras carreras universitarias de psicología marcando una iniciativa hacia la consolidación académica de la disciplina. En 1954 en la ciudad de San Miguel de Tucumán, se realizó el Primer Congreso Argentino de Psicología esencialmente para distinguir la psicología como disciplina autónoma de la medicina y de la filosofía; a su vez se buscó fomentar la creación de nuevas carreras (Gentile, 2003; Rossi 1994). Este congreso fue crucial para definir y fortalecer la psicología como ciencia y profesión en el país.

El psicoanálisis generó un gran impacto en la disciplina principalmente en 1920 y 1930 y desarrolló un papel importante en la configuración de la psicología clínica en Argentina. Si bien no fue un enfoque dominante en los programas académicos, su influencia profesional y cultural llevó a una mayor inclusión en la práctica clínica y en su enseñanza. (Klappenbach, 2000)

En las décadas de 1980 y 1990, se alcanzó una mayor legitimación y autonomía de las facultades de psicología en las universidades argentinas, permitiendo un desarrollo más robusto de la disciplina y su reconocimiento social. (Courel & Talak, 2001).

5.2.2 Actualidad y conceptos centrales desde una perspectiva interdisciplinaria.

La psicología clínica se dedica a estudiar en profundidad cómo se comporta el humano y qué factores influyen en su conducta, como el entorno social, la genética y el desarrollo personal (Lagache, 1982). Este campo no solo abarca lo personal, sino que también cómo el sujeto interactúa con su entorno social y cultural. Siguiendo al autor, este ámbito busca mejorar la salud emocional y psicológica de las personas mediante una comprensión detallada de sus experiencias diarias y grupales.

Desviat (2017) amplía esta visión al considerar que la enfermedad es una construcción que depende de factores biológicos, psicológicos y sociales, y que está influenciada por el contexto histórico y social. Por lo tanto, la terapia comienza con una escucha atenta para abordar las necesidades que se expresan en la sociedad, como el malestar y el sufrimiento. Es importante reconocer que cada cultura tiene formas únicas y significativas de expresar estos sentimientos de malestar.

Hoy en día, la práctica clínica enfrenta el reto de innovar y adaptarse a los cambios en el entorno. Esto implica ir más allá de un enfoque estrictamente pragmático y materialista, promoviendo en cambio una práctica que cuestione y genere tanto salud como conocimiento.

Manrique Tisnés (2011) destaca que la psicología clínica se desarrolla a través del estudio y la intervención en distintos niveles tales como, el individual, grupal y comunitario, permitiendo un análisis más detallado y profundo de los casos, lo que enriquece las estrategias terapéuticas y de intervención.

En cuanto a la metodología, la psicología clínica emplea diversas técnicas para recolectar información y realizar diagnósticos. Estas incluyen métodos históricos, observacionales, pruebas, psicoanálisis, entre otros (Lagache, 1982).

Ulloa (citado en Korinfeld, 2019) propone un enfoque clínico que se aleje de los paradigmas tradicionales, buscando desmedicalizar la práctica clínica para adaptarse a las nuevas demandas sociales y culturales. Esta perspectiva se enfoca en cuestionar y desafiar las formas establecidas de pensar y actuar en las instituciones, reconociendo la complejidad de las experiencias tanto individuales como colectivas.

Así, la psicología clínica no solo se centra en el individuo o grupo en tratamiento, sino que también busca integrar enfoques interdisciplinarios y socio-políticos para una comprensión más profunda y una intervención más eficaz en el bienestar psicológico y emocional de las personas.

5.2.3 El malestar de la cultura contemporánea

El concepto de malestar en la cultura, introducido por Freud en 1930, sigue siendo relevante para analizar los problemas psíquicos contemporáneos. Freud observó que el desarrollo de la civilización exige un alto precio al individuo: la represión de las pulsiones sexuales y agresivas para permitir la convivencia social. Esta represión crea un conflicto entre

los deseos instintivos y las normas externas, generando un sufrimiento constante que se ha adaptado a las nuevas exigencias culturales.

En este contexto, Freud propuso la distinción entre Eros (la pulsión de vida) y Thanatos (la pulsión de muerte) como explicaciones de la capacidad humana tanto para la creatividad como para la destructividad. Esta dualidad sigue manifestándose en la sociedad moderna: por un lado, el impulso hacia la preservación y la creación de vínculos significativos; por otro, la destructividad reflejada en la violencia y las dinámicas políticas y sociales. La lucha entre estas fuerzas es fundamental para comprender el sufrimiento humano.

El malestar cultural actual se expresa en síntomas complejos, especialmente entre los jóvenes, quienes parecen sufrir un agotamiento emocional debido a las exigencias contemporáneas. Graglia y Petit (2022) elaboran el concepto de “Generación Cansada”, el cual describe cómo los jóvenes se sienten atrapados en un ciclo de sobreexigencia y desconexión de sí mismos. Están permanentemente sometidos a demandas externas que los alejan de su subjetividad, desarrollando ansiedad, estrés, contracturas físicas y una sensación constante de no estar a la altura. Este malestar también se asocia con la dificultad de equilibrar las demandas externas con las necesidades internas. Las nuevas tecnologías, que prometen un mundo accesible y omnipresente, contribuyen a una sensación de insuficiencia, mostrando imágenes ideales que intensifican la insatisfacción. Así, el agotamiento puede entenderse a la luz del principio de realidad descrito por Freud: los deseos se someten a las exigencias del entorno, y las redes sociales amplifican esta tensión.

La cultura posmoderna, con su ideal de satisfacción inmediata y omnipotencia, genera decepciones al no ofrecer proyectos significativos (Franco, 2011). Los jóvenes viven esta paradoja, atrapados entre la hiperconectividad y la desconexión de sus deseos. La relación conflictiva con los adultos y la falta de sostén simbólico exacerban este vacío psíquico y emocional, complicando la comunicación intergeneracional (Graglia & Petit, 2022).

Desde la práctica clínica, los síntomas de agotamiento afectan tanto a los pacientes como a los terapeutas. La sensación de impotencia surge cuando las herramientas clásicas no resuenan con una realidad marcada por sufrimiento reactivo y urgencias psíquicas constantes. Los dispositivos clínicos deben adaptarse a este contexto (Franco, 2011).

Bleichmar (1997) introduce el concepto de “malestar sobrante” para referirse a una cultura que ha perdido la capacidad de contener las pulsiones destructivas, exacerbando la fragilidad subjetiva. Las conductas compulsivas, adicciones y patologías del sueño reflejan cómo la sociedad intensifica el riesgo vital en lugar de contenerlo. La clínica muestra la omnipresencia de la pulsión de muerte y la dificultad para elaborar estas tensiones.

La autora también destaca que las patologías como la ansiedad y la depresión están vinculadas a la desintegración de los lazos sociales y la pérdida de sentido. El aislamiento ha reemplazado los vínculos comunitarios, agravando el malestar de nuestra época. Este sufrimiento proviene no solo de presiones externas, sino también de un vacío existencial y desarraigo.

La clínica psicoanalítica actual también enfrenta expresiones de agresividad exacerbadas por tensiones económicas y desigualdades sociales. Los comportamientos autodestructivos se interpretan como manifestaciones de Thanatos, mientras que Eros impulsa movimientos de justicia social y sostenibilidad, en un intento de contrarrestar la destructividad con actos de cuidado.

La tensión entre individualidad y normas sociales, especialmente en temas de sexualidad y género, también es crítica. Aunque se han logrado avances en derechos, las personas que desafían las normas siguen enfrentando sufrimiento y discriminación. Freud destacó la regulación cultural de la sexualidad, y los debates actuales reflejan el choque entre normas tradicionales y la necesidad de reconocimiento.

La competencia y el miedo a la vulnerabilidad refuerzan la desconexión, generando un clima de desconfianza y alienación. En la clínica, esto se observa en pacientes con ansiedad relacional y soledad extrema, síntomas que surgen de una cultura que valora la independencia sobre la interdependencia.

Freud sostenía que la cultura no puede satisfacer completamente las demandas de felicidad, ya que la represión es necesaria para el orden social. Sin embargo, las expectativas actuales de autorrealización perpetúan la frustración. Franco (2011) analiza cómo el capitalismo impone una satisfacción acelerada, dificultando la construcción de proyectos identitarios sólidos y perpetuando un vacío existencial.

Siguiendo al autor, el individualismo extremo, promovido por las redes sociales, fomenta la obsesión por la imagen y el reconocimiento externo. Esta dependencia agrava la dificultad para manejar críticas y fracasos, intensificando la inadecuación.

En suma, el malestar en la cultura actual se configura como un entramado de exigencias externas y vacíos simbólicos.

5.2.3 Fundamentos éticos y marcos normativos en la práctica.

La ética en la psicología clínica se basa en principios morales que guían el comportamiento profesional de los psicólogos. Esto implica una reflexión constante sobre nuestras acciones y decisiones, evaluando cómo afectan a nuestros pacientes y a la sociedad (Barthe, 1997).

Así mismo, el autor destaca la necesidad de una ética reflexiva. Esto significa observar objetivamente los factores en juego y participar activamente en la toma de decisiones. La ética no es solo una teoría; nuestras acciones tienen un impacto real en la vida de las personas, lo que nos impone una gran responsabilidad.

Además de reflexionar éticamente, es importante reconocer que, como psicólogos, también enfrentamos nuestras propias experiencias personales y emocionales. Es crucial que continuemos explorando nuestros deseos y necesidades personales y que evitemos influencias que puedan sesgar nuestra práctica para ofrecer una atención ética y de calidad.

La ética también se refleja en nuestra capacidad para adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades individuales de cada paciente. Este enfoque personalizado respeta la singularidad de cada persona y asegura un tratamiento eficaz y éticamente responsable.

En cuanto a los aspectos normativos, la ética en la psicología clínica está regulada por leyes y marcos normativos que guían nuestra profesión. La Ley Nacional de Salud Mental (26.657) promulgada en 2010 es un avance significativo en la protección de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, promoviendo un enfoque más integral y respetuoso. También, la Ley Provincial N° 9848, de 2010, complementa esta normativa a nivel provincial, asegurando el acceso equitativo a servicios de salud mental y fomentando la prevención, tratamiento y rehabilitación en la provincia.

Otro marco relevante es la Ley Nacional N° 23.277 establecida en 1985, regula el ejercicio profesional de la psicología en todo el país, tanto a nivel individual como en equipos interdisciplinarios en instituciones públicas y privadas. En Córdoba, la Ley N° 7.106 de 1984 define las condiciones para la práctica de la psicología en la provincia, estableciendo las competencias y requisitos para los profesionales.

Además de las leyes, los códigos de ética son fundamentales. Los Principios Éticos de la APA y el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) ofrecen directrices claras sobre la beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a los derechos de las personas, incluyendo normas sobre el consentimiento informado y el secreto profesional.

Esta combinación de leyes y códigos éticos resalta la importancia de una práctica profesional ética y efectiva en el campo de la psicología en Argentina, garantizando la protección de los derechos de los pacientes y la calidad de la atención brindada.

5.3 El Servicio de Salud Mental en Hospitales Polivalentes

El servicio de salud mental en los hospitales polivalentes constituye un pilar fundamental para la atención integral de la salud. La Organización Mundial de la Salud (2021) define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas enfrentar el estrés cotidiano, desarrollar sus capacidades, trabajar de forma productiva y contribuir activamente a su comunidad. En este sentido, la atención en salud mental no se limita a la ausencia de trastornos, sino que abarca la promoción del bienestar psicológico y la prevención de problemas mediante intervenciones integrales y multidisciplinarias.

Al estar integrado en los servicios generales de salud, este dispositivo facilita un enfoque holístico y accesible para los pacientes, favoreciendo la colaboración entre

profesionales especializados y de atención primaria. Esta articulación resulta clave para la detección temprana y el abordaje oportuno de las afecciones mentales (OMS, 2021). Además, se sustenta en un modelo de atención comunitaria orientado a prevenir violaciones de derechos humanos y a optimizar los resultados en la recuperación de las personas, promoviendo su autonomía y calidad de vida.

El abordaje terapéutico que se ofrece incluye una red de dispositivos interconectados que abarcan desde la atención en hospitales generales hasta servicios comunitarios de salud mental, programas de rehabilitación psicosocial y espacios de apoyo entre pares. Este enfoque en red garantiza una atención continua, accesible y de calidad, adaptada a las necesidades específicas de cada individuo.

En definitiva, los servicios de salud mental representan una respuesta integral y multisectorial orientada a proteger, promover y restaurar el bienestar mental de la población.

Los psicólogos clínicos desempeñan una variedad de funciones dentro del servicio de salud mental, que incluyen la evaluación, el tratamiento, la prevención, la investigación, la docencia, el asesoramiento y la gestión. Estas actividades se abordan desde diversos enfoques terapéuticos, como el psicoanálisis, la terapia cognitivo-conductual, la terapia gestáltica, entre otros.

5.4 El rol psicólogo clínico.

5.4.1 Funciones generales en el ámbito de la salud

El papel del psicólogo clínico ha cambiado bastante en el ámbito de la salud mental. Según Morales Calatayud (1997), en un principio, los psicólogos clínicos solían trabajar principalmente en consultas privadas. Sin embargo, ahora muchos se integran en equipos multiprofesionales dentro de instituciones de salud mental. Este cambio muestra cómo es fundamental adaptar el lenguaje y las prácticas para colaborar de manera efectiva con otros profesionales y abordar los problemas psicosociales de manera integral, mejorando así, la atención al paciente y a la comunidad.

Haz et al. (2002) también destacan que los psicólogos clínicos juegan un papel clave en el diseño y la implementación de programas de intervención. Estos programas no solo se enfocan en el tratamiento terapéutico, sino también en prevenir riesgos y promover la salud mental en la comunidad.

Desviat (2017) sugiere una práctica de escucha que va más allá de las técnicas tradicionales, incorporando una visión diversa del conocimiento psicológico y psiquiátrico, así como el conocimiento del propio paciente. Esto significa adoptar una práctica más amplia, inclusiva y adaptada a las necesidades variadas de los pacientes y las comunidades, las cuales permiten ofrecer intervenciones efectivas y completas que mejoren la calidad de vida con un enfoque en la innovación, la colaboración y el bienestar integral.

5.4.2 El psicólogo psicoanalista

El rol del psicólogo clínico desde la perspectiva psicoanalítica ha sido ampliamente discutido por diversos autores, quienes han enfatizado la importancia de comprender los conflictos intrapsíquicos y los procesos inconscientes que influyen en el comportamiento y las emociones del paciente. Bados Lopez (2008) sostiene que el psicólogo clínico tiene como función principal facilitar un proceso de exploración y comprensión de estos conflictos, con el objetivo de promover el bienestar emocional del paciente. Este enfoque se basa en la premisa de que gran parte de la vida psíquica está determinada por procesos inconscientes, los cuales deben ser explorados y elaborados para lograr una integración psíquica.

En este sentido, el psicólogo clínico utiliza métodos específicos como la asociación libre, la entrevista clínica, la clarificación y la confrontación para acceder a contenidos inconscientes reprimidos. Estos recursos permiten que el paciente exprese libremente sus pensamientos, emociones y recuerdos, lo que facilita la elaboración de dichos contenidos por los procesos conscientes del yo (Bados Lopez, 2008). Sin embargo, en la actualidad, la tarea del psicólogo clínico se ha complejizado debido a los cambios culturales y las formaciones sintomáticas contemporáneas. Hornstein (citado en Farahoni et al., 2024) propone un enfoque de “psicoanálisis de frontera”, que va más allá del dispositivo tradicional del diván y se adapta a las nuevas realidades culturales. Este enfoque no solo busca la simbolización del sufrimiento, sino también la creación de nuevos significantes que permitan a los sujetos encontrar un sentido en la cultura actual.

Por otro lado, Bleichmar (citada en Farahoni et al., 2024) enfatiza la importancia de las “intervenciones analíticas” como actos que introducen un proceso de creación de sentido, permitiendo una subjetividad instituyente que incluya pasado, presente y futuro. Este enfoque no solo aborda las cuestiones intrapsíquicas del sujeto, sino que también considera las influencias socioculturales en el proceso de formación del yo. Durante el proceso analítico, tanto el analista como el paciente trabajan con la incertidumbre inherente al proceso terapéutico, valorando la exploración y el descubrimiento más que las soluciones rápidas o respuestas definitivas. El tiempo en el dispositivo analítico no es cronológico, sino interno, y pertenece a los integrantes que llevan adelante el proceso.

Un aspecto central en la práctica clínica psicoanalítica es el análisis de la transferencia, que se refiere a la tendencia del paciente a reproducir en la relación terapéutica patrones emocionales y conductuales vinculados a figuras significativas de su historia personal. Bados Lopez (2008) destaca que la transferencia permite que los conflictos inconscientes emerjan en el aquí y ahora de la consulta, brindando la oportunidad de analizarlos en un contexto seguro y contenedor. Lloves (2022) sostiene que la transferencia, como fenómeno psíquico, se manifiesta en todas las situaciones en las que se construye un lazo social. En el contexto analítico, la transferencia se instrumenta como herramienta terapéutica, y el analista desempeña un rol activo al movilizarla estratégicamente para facilitar el trabajo terapéutico.

Finalmente, es importante destacar que el insight alcanzado en el proceso terapéutico involucra una dimensión emocional indispensable para el cambio psíquico. La relación transferencial, mediada por la actitud neutral y no punitiva del terapeuta, crea un espacio educativo y de sostén emocional que favorece la elaboración de experiencias traumáticas y promueve la maduración psicológica. Sin embargo, el psicólogo también debe estar atento a

las resistencias del paciente, es decir, a aquellos mecanismos defensivos que surgen para evitar el contacto con contenidos inconscientes dolorosos o conflictivos. Superar estas resistencias es crucial para que el proceso terapéutico avance y el paciente pueda alcanzar una mayor integración psíquica (Bados Lopez, 2008).

Por ende, el rol del psicólogo clínico psicoanalítico implica acompañar al paciente en un proceso complejo de exploración de su mundo interno, facilitando la elaboración de conflictos inconscientes y promoviendo la integración emocional. Este proceso se ha visto enriquecido y complejizado por enfoques contemporáneos que consideran las influencias socioculturales y las nuevas formaciones sintomáticas, lo que requiere una constante adaptación y recreación del dispositivo clínico

5.4.3 Método clínico.

El método clínico, esencial en la psicología clínica, se refiere a las técnicas que utilizan los psicólogos para estudiar la conducta humana. No se trata solo de aplicar ciertas técnicas, sino de entender a fondo las reacciones y la situación global de una persona específica (Lagache, 1982).

En esencia, este método busca analizar y comprender el discurso del paciente, identificando tanto los conflictos internos como las posibles soluciones que pueden estar

presentes. No solo se enfoca en describir lo que se observa, sino en interpretarlo en el contexto más amplio de la vida del individuo y las influencias ambientales y sociales que puedan estar afectando su bienestar psicológico. Esto implica un análisis detallado de los datos, usando tanto conocimientos teóricos generales como una comprensión profunda del caso específico.

Siguiendo al autor, para llevar a cabo este enfoque se combinan diversas herramientas: observación directa, entrevistas tanto estructuradas como abiertas, análisis de documentos relevantes (como historiales médicos o académicos) y, cuando es necesario, evaluaciones psicológicas. El objetivo es recopilar datos sobre el comportamiento y las experiencias del individuo en contextos específicos, lo que permite hacer un diagnóstico preciso.

Por ende, concluye que el método clínico en psicología es un enfoque exhaustivo para comprender la complejidad del comportamiento humano. Utiliza una variedad de técnicas para proporcionar una base sólida para la intervención terapéutica, el asesoramiento o la orientación educativa, adaptándose a las necesidades de cada persona.

Manrique Tisnés (2011) añade que la psicología clínica no se limita a tratar psicopatologías o realizar psicoterapia. También incluye una gama de intervenciones como evaluación, diagnóstico, tratamiento, investigación, enseñanza, asesoría y consultoría en diferentes contextos.

Siguiendo al autor, el método clínico es esencialmente analítico, buscando entender casos individuales a través de la interpretación de múltiples señales y adaptando su uso a las características de cada situación y persona. En términos de formación y práctica profesional, destaca la importancia de una orientación analítica en la psicología clínica. Esto permite a los profesionales desarrollar habilidades clave como la escucha activa, el análisis profundo y la intervención eficaz en diversos contextos teóricos y prácticos.

5.5 Entrevista Psicológica y proceso de admisión.

5.5.1. La entrevista psicológica

El término "entrevista" proviene del francés "entrevoir", que significa "verse el uno al otro". Perpiña (2012) afirma:

La entrevista es una técnica de recogida de información, y por tanto de evaluación; pero también es mucho más que eso. Su versatilidad y flexibilidad permiten moldear una entrevista para cada finalidad y adaptarla incluso a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del entrevistador, lo que le confiere gran ventaja respecto al resto de las técnicas de evaluación psicológica (p.23).

Siguiendo al autor, la entrevista psicológica comenzó a adquirir relevancia en el ámbito clínico con Emil Kraepelin, quien utilizó la entrevista para explorar minuciosamente los síntomas de los pacientes y realizar diagnósticos que se integraban en clasificaciones de trastornos mentales. El aporte del psicoanálisis, particularmente a través de Sigmund Freud, también fue crucial. Freud introdujo el concepto de la "terapia parlante", en la que la entrevista no solo servía para obtener información, sino que también se utilizaba como un medio para la intervención terapéutica. Este enfoque subrayó la influencia del terapeuta en el proceso de la entrevista, destacando la necesidad de un papel activo pero no invasivo del entrevistador.

Bleger (1964) considera que la entrevista es un instrumento fundamental del método clínico y es una técnica de investigación científica de la psicología. La misma es un proceso ininterrumpido de interacción; el entrevistador forma parte del campo, es decir que en cierta medida condiciona los fenómenos que él mismo va a registrar, por ende, la objetividad solo se alcanza cuando se incorpora al sujeto observador como una de las variables de campo. Toda

conducta se da siempre en un contexto de vínculos y relaciones humanas, y la entrevista no es una distorsión de las condiciones naturales sino: es la situación natural en la que se da el fenómeno psicológico. Cada situación humana es siempre única y original, la entrevista también lo es.

5.5.2 Entrevista de Admisión.

La entrevista de admisión es un proceso fundamental en las instituciones de salud, funcionando como el primer contacto entre el paciente y la institución. Según Soave y Juaneu (2018), esta entrevista es esencial para recoger información inicial sobre el paciente, determinar el motivo de la consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo. En esta instancia, se determina si el paciente será ingresado al servicio, derivado a otro hospital, o no requiere tratamiento.

Los autores destacan que la diversidad en la implementación de la entrevista de admisión refleja la variabilidad en los objetivos y recursos de las instituciones. En hospitales monovalentes, la intervención suele ser más coordinada e integrada, combinando psicofármacos y psicoterapia. Las instituciones intermedias, como lo es el Hospital Nacional de Clínicas, se enfocan en la reintegración social y laboral del paciente, conforme a la Ley

Provincial de Salud Mental (Ley 9848/10), que establece la necesidad de servicios integrados para garantizar una atención integral y la inclusión social del paciente.

La entrevista de admisión no se limita simplemente a la recolección de datos básicos. Su profundidad y enfoque dependen en gran medida de la orientación psicológica del terapeuta. Por ejemplo, enfoques más directivos tienden a priorizar la obtención de información clara y estructurada, mientras que desde el psicoanálisis la subjetividad del paciente es preeminente desde el primer encuentro. De esta manera, la entrevista inicial puede convertirse en una intervención por sí misma, impactando el proceso terapéutico desde el comienzo.

Fernandez (como se citó en Soave & Juaneu, 2018) sugiere que el proceso de admisión varía considerablemente dependiendo de la institución. Las entrevistas pueden ser semi estructuradas o semi abiertas, con una duración que oscila entre 15 minutos y una hora. La mayoría de las instituciones priorizan la recolección de datos socioeconómicos y familiares, así como una evaluación inicial del perfil del paciente para determinar el tipo de atención requerida. La Ley de Salud Mental ha fomentado una mayor participación interdisciplinaria en el proceso de admisión, promoviendo un enfoque más inclusivo y colaborativo.

Por ende, la entrevista de admisión no solo sirve como puerta de entrada al sistema de salud mental, sino que también juega un rol crucial en la configuración del tratamiento del paciente. Su implementación y técnica varían, reflejando una amplia gama de enfoques y prácticas que buscan asegurar una atención adecuada y eficiente dentro del marco legal e institucional vigente así como también del profesional que la lleva a cabo.

5.5.3 Rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión.

A partir del paradigma de la complejidad y desde la perspectiva psicoanalítica, Bleger (1964) afirma que la entrevista es siempre una experiencia vital muy importante para el entrevistado; esto quiere decir que muchas veces es la única posibilidad que el sujeto tiene de hablar lo más posible de sí mismo con alguien que no lo juzgue sino que lo comprenda. Como psicólogos, según afirma el autor, es importante que siempre que se interprete, se debe saber que la interpretación es una hipótesis que debe ser verificada o rectificada, por ende, conviene que el entrevistador se atenga primero y durante algún tiempo a comprender al entrevistado, hasta que pueda adquirir la experiencia y el conocimiento suficientes para utilizar la interpretación.

Según Siquier de Ocampo y García Arzeno (1989), la entrevista inicial con el paciente tiene varios objetivos clave que son esenciales para un diagnóstico preciso. Primero, es fundamental percibir al paciente tal como se presenta en el primer contacto, es decir, como profesionales se debe observar la impresión inicial que el paciente deja y verificar si esta impresión se mantiene o cambia a lo largo del tratamiento; otro objetivo importante es atender a la comunicación verbal del paciente, esto incluye analizar el contenido del discurso, la forma en que se expresa, el ritmo de la comunicación y las características del lenguaje utilizado. Además, el psicólogo debe establecer el grado de coherencia entre lo verbalizado y el lenguaje no verbal del paciente. La consistencia entre ambas formas de comunicación puede proporcionar información valiosa sobre el estado emocional y psicológico del paciente.

Siguiendo a los autores, un aspecto esencial del proceso es establecer un buen rapport con el paciente, creando una relación de confianza que facilite la apertura y la comunicación efectiva así como también captar los aspectos transferenciales y contratransferenciales, es decir, el psicólogo debe ser consciente de lo que el paciente transfiere a la relación terapéutica y cómo esto afecta al propio psicólogo. Esto ayuda a manejar adecuadamente las reacciones emocionales y las dinámicas de la relación terapéutica. Cuando la entrevista involucra a los padres del paciente, se deben analizar las dinámicas familiares, esto incluye identificar el vínculo entre los padres y que tipo de consecuencia trae el mismo, por lo que se considera fundamental evaluar la capacidad de los padres para abordar la situación diagnóstica y su actitud hacia el proceso terapéutico

Finalmente, el psicólogo debe distinguir entre el motivo manifiesto y el motivo latente de consulta. El motivo manifiesto es el síntoma que preocupa al solicitante y sirve como señal de alarma. En contraste, el motivo latente se refiere a las preocupaciones más profundas y serias que pueden ser subyacentes, muchas veces en el primer contacto con el servicio, el paciente menciona ciertos síntomas físicos o afirma “no saber el motivo por el cual consulta”, ocultando así su malestar emocional. Los autores afirman que identificar las discrepancias entre estos motivos, evaluar la urgencia de la situación y determinar la capacidad del paciente para alcanzar un insight son pasos cruciales en el proceso diagnóstico.

Por lo tanto, a modo de conclusión, el proceso de admisión no debe limitarse a un enfoque puramente administrativo, ya que una escucha analítica desde el inicio puede influir significativamente en la calidad del tratamiento, ya que facilita la comprensión de la transferencia y de la demanda del paciente (Rubinstein, 1996). El psicólogo desempeña un papel clave al reducir las resistencias ayudando a mantener un enfoque centrado en el bienestar integral del paciente.

6. MODALIDAD DE TRABAJO.

6.1 Sistematizar.

La modalidad de trabajo que se presenta a continuación fundamenta la experiencia de prácticas profesionales supervisadas (PPS) realizadas en el marco de la carrera de Psicología en la Facultad de Ciencias de la Salud. Estas prácticas se desarrollaron durante el año 2024 en el Servicio de Salud Mental del Hospital Nacional de Clínicas situado en la Ciudad de Córdoba. Para su elaboración, se empleó una metodología cualitativa denominada “Sistematización de Experiencias”.

La sistematización de experiencias es una de las técnicas que se utiliza dentro de este enfoque; la misma es un proceso multifacético que involucra la reflexión, interpretación y comunicación de las vivencias en diversos contextos. Según la Asociación de Proyectos Comunitarios (2005), este proceso implica la recuperación del saber, la organización de experiencias y su comunicación, así como la evaluación y mejora de prácticas sociales .

Oscar Jara (2011) describe la sistematización como una interpretación crítica de experiencias que revela la lógica del proceso, los factores involucrados y sus interrelaciones.

En su concepción teórica, se define como un proceso reflexivo, analítico e interpretativo que parte de la noción de realidad que poseen los involucrados para comprender la experiencia de la cual forman parte. Su importancia radica en que nos permite reflexionar profundamente sobre los aspectos significativos y aquellos que no lo fueron tanto en nuestras experiencias y prácticas educativas. Esto nos ofrece la oportunidad de identificar áreas de mejora. Al revisar estas prácticas con una mirada transformadora, adquirimos un mayor entendimiento de la realidad, lo que, a su vez, beneficia a otros que atraviesan situaciones similares, permitiéndoles aprender de nuestros logros y evitar repetir nuestros errores.

A medida que sistematizamos nuestras prácticas, nos vemos impulsados a compartir nuestro trabajo y reconsiderar el papel social de la universidad. Es crucial reconocer el valor que las experiencias aportan en la creación de conocimiento y saber comunitario, especialmente desde la integración de las funciones de docencia, investigación y extensión.

El autor concluye que la sistematización, entendida como un proceso integral, nos ayuda a comprender y analizar una experiencia de manera única e irrepetible, dado que depende de las condiciones y la participación de los actores involucrados. Por tanto, este proceso no se adhiere a un único enfoque, sino que es una combinación de diferentes perspectivas acumuladas a lo largo del tiempo, lo que le otorga flexibilidad y amplitud.

6.2 Metodología de sistematización.

En el marco de mis prácticas, la metodología cualitativa es fundamental para investigar y comprender las complejidades de los contextos específicos y las interacciones sociales en los entornos de trabajo.

Flick (2007) argumenta que esta metodología es relevante para la investigación social debido a la necesidad de comprender los contextos y problemas empíricos de manera más matizada. A diferencia de la investigación cuantitativa, que clasifica fenómenos según su frecuencia y distribución y busca objetividad a través de la reducción y el control estricto de variables, la investigación cualitativa se enfoca en la complejidad y la totalidad del objeto de estudio.

El investigador cualitativo se sumerge en el entorno de estudio para sensibilizarse con el contexto y comprender profundamente la situación y los actores involucrados (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

La metodología cualitativa y la sistematización de experiencias, por lo tanto, ofrecen una herramienta poderosa para comprender y mejorar prácticas profesionales. Al permitir una inmersión profunda en el contexto y una reflexión crítica sobre las experiencias vividas, facilitan una mejor comprensión de las dinámicas y factores que afectan el desempeño y la efectividad en el ámbito profesional

6.3 Características de la Población.

El Hospital Nacional de Clínicas se presenta como una institución pública de referencia que ofrece atención médica de alta calidad a una población diversa. Se destaca por su compromiso con aquellos pacientes que no cuentan con cobertura médica, constituyendo su principal objetivo atender a personas sin obra social. Sin embargo, también brinda servicios a pacientes afiliados a distintas obras sociales, como PASOS, PAMI, DASPU y APROSS.

La población que acude al Hospital Nacional de Clínicas abarca un amplio rango etario, desde adolescentes hasta adultos mayores. Esto se refleja en la variedad de perfiles que componen los usuarios del servicio de psicopatología. La franja etaria a partir de los 16 años incluye desde jóvenes en la etapa de la adolescencia, que pueden enfrentar crisis propias de esta etapa, hasta adultos de 70 años que buscan atención debido a problemas emergentes.

El hospital también atiende a una significativa cantidad de pacientes provenientes de las afueras de la ciudad de Córdoba, aunque la mayoría de los usuarios son oriundos de la misma. Este hecho subraya la función del hospital como un centro de referencia no sólo local, sino también regional, que atrae a pacientes de otras provincias en busca de atención especializada.

Muchos pacientes enfrentan barreras económicas y sociales que dificultan su acceso a servicios de salud adecuados, lo que pone de relieve la importancia del rol del hospital en la provisión de atención integral y accesible para aquellos en situación de vulnerabilidad.

6.4 Fuentes de información.

Durante mi experiencia, tanto como observadora no participante como en ocasiones en que estuve directamente involucrada, recopilé información relevante para la sistematización del proceso.

El registro de campo, siguiendo a Guber (1991), no solo preserva información, sino que también refleja el proceso mediante el cual el investigador amplía su comprensión del contexto. Es crucial que el investigador sea consciente de su propia influencia en el registro, reconociendo cómo sus elecciones y perspectivas afectan la representación de la realidad. De este modo, el registro de campo se convierte en una herramienta valiosa no solo para explorar la realidad observada, sino también para entender cómo el investigador construye su conocimiento sobre ella.

En este caso, el registro se realizó durante diversas actividades en las que estuve presente, incluyendo evaluaciones neurocognitivas, procesos de admisión, grupo de control psicofarmacológico, ateneos, interconsultas y capacitaciones.

Además, se utilizó la entrevista semiestructurada con profesionales para recopilar información sobre el hospital y las dinámicas de trabajo. Bleger (1964) la define como aquella que permite guiar la obtención de información sobre cuestiones específicas que se pretenden conocer, combinando preguntas abiertas, que permiten flexibilidad y matices en las respuestas, con otras más cerradas que no obstante dejan margen para que el entrevistado pueda salirse del "guión".

La combinación de registros de campo y entrevistas semiestructuradas me permitió obtener una visión integral y multifacética del entorno estudiado. Los registros de campo ofrecieron una base sólida y detallada de las actividades y procesos observados, mientras que las entrevistas proporcionaron perspectivas adicionales de los profesionales involucrados, enriqueciendo el análisis con sus experiencias y conocimientos específicos

6.5 Aspectos éticos.

En el ámbito de la práctica profesional supervisada, es fundamental adherirse a rigurosas consideraciones éticas, especialmente en relación con la protección de los derechos del paciente y el cumplimiento de las normativas legales vigentes.

El hospital se rige por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que regula la protección de la salud mental y los derechos de las personas con padecimientos mentales. Esta ley incluye el derecho a la protección de la salud mental (Art. 1°), en el cual los profesionales deben asegurar el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas con padecimientos mentales, alineándose con los principios internacionales de derechos humanos. Asimismo, se establece el principio de capacidad (Art. 3°), que reconoce que todas las personas tienen el derecho de participar en decisiones sobre su salud mental, evitando que los diagnósticos se basen en prejuicios socioeconómicos o culturales.

En cuanto a la internación (Art. 14 y 20), si bien el hospital no cuenta con camas para internación de salud mental por motivos presupuestarios y ausencia de profesionales suficientes para brindar el servicio, esta debe considerarse únicamente como un recurso terapéutico de última instancia y ser lo más breve posible. La internación involuntaria debe ser excepcional, con rigurosos criterios de evaluación y justificación por parte del equipo de salud. Además, los pacientes tienen derecho a recibir un trato humanizado, conocer su identidad y antecedentes, y participar en decisiones relacionadas con su tratamiento. La participación de familiares o allegados en el proceso de tratamiento debe ser considerada, respetando siempre el deseo del paciente.

Por otro lado, la Ley Nacional 26.529, denominada “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, establece una serie de derechos que deben ser observados por todos los profesionales de la salud en el ejercicio de su práctica. Entre ellos se encuentran: El derecho a la asistencia (Art. 2°, Inc. a), que garantiza que los pacientes reciban asistencia sin discriminación alguna, respetando su autonomía y dignidad, independientemente de sus creencias, condición socioeconómica u otras características personales; el derecho al trato digno y respetuoso (Art. 2°, Inc. b), que exige el respeto a las convicciones personales del paciente y su privacidad; el derecho a la intimidad y

confidencialidad (Art. 2º, Inc. c y d), donde se establece que la información personal y clínica del paciente debe manejarse con estricta confidencialidad, salvo en casos donde una autoridad judicial exija su revelación o el paciente otorgue su autorización explícita.

También cuenta con el derecho a la autonomía de la voluntad (Art. 2º, Inc. e), que otorga a los pacientes el derecho a aceptar o rechazar tratamientos psicológicos y a revocar su consentimiento en cualquier momento. Esta autonomía debe ser respetada, garantizando que el paciente esté debidamente informado. El consentimiento informado (Art. 5º y 6º), que requiere que todo procedimiento psicológico sea precedido por un consentimiento informado, implicando que el paciente comprende la naturaleza del tratamiento, sus riesgos y beneficios. Este consentimiento puede ser verbal o escrito, dependiendo del tipo de intervención.

Finalmente, el Código de Ética Nacional (FePRA, 1999) establece que los psicólogos tienen el deber de guardar secreto sobre todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión. Este deber es esencial para la profesión, ya que responde al bien común, protege la seguridad y honra de los consultantes y sus familias, y garantiza la respetabilidad del profesional, cualquiera sea el ámbito en el que se desempeñe.

Estos marcos éticos y legales proporcionan un contexto esencial para la práctica profesional del psicólogo, garantizando que los derechos del paciente sean respetados y que las intervenciones se realicen de manera ética y profesional. Adherirse a estas normativas no solo asegura el cumplimiento legal, sino que también fomenta una práctica que promueve el respeto, la dignidad y la autonomía del paciente en el ámbito de la salud mental.

7.ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.

7.1 Recuperación del proceso vivido.

Mi experiencia en el contexto clínico comenzó el 15 de mayo de 2024, bajo la supervisión de la Lic. Adriana Pérez Pujol, quien es mi tutora en este proceso. En esta primera etapa, tuve la oportunidad de encontrarnos con el Lic. J., quien es el referente clínico que me guiará durante mi tránsito por el hospital. Este primer contacto fue fundamental para familiarizarme con las dinámicas del lugar y las actividades en las que podría participar como observadora no participante.

Durante la reunión, el Lic. J. me presentó las diversas actividades que se llevan a cabo en el hospital y en las cuales podría involucrarme. Estas incluyen:

- Evaluaciones neurocognitivas: Procesos de diagnóstico y seguimiento de pacientes con posibles trastornos cognitivos.
- Admisiones: Participación en el proceso de ingreso de nuevos pacientes al hospital.
- Interconsultas: Cuestionarios hacia pacientes que se encuentran internados en el hospital.
- Grupo de control psicofarmacológico: Seguimiento de pacientes que reciben tratamiento farmacológico.
- Terapia de grupo desde una perspectiva gestáltica: Observación de sesiones de terapia grupal basadas en el enfoque gestáltico.
- Ateneos: Reuniones interdisciplinarias donde se discuten casos clínicos complejos.

Además, durante esta etapa inicial, tuve la oportunidad de compartir mis prácticas con estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, quienes se dividen en dos grupos: el PPI (Grupo de Investigación) y el PPP (Grupo de Prácticas Pre-profesionales). Esta convivencia con otros estudiantes me permitió enriquecer mi experiencia, ya que pude intercambiar perspectivas y aprendizajes con ellos.

7.2 Evaluaciones neurocognitivas.

En mi primer día de actividades, tuve la oportunidad de participar en una evaluación neurocognitiva realizada a un paciente al que denominé “S”, de 66 años. Este paciente presentaba síntomas de deterioro cognitivo leve, con un deterioro significativo en su capacidad discursiva y memoria, lo que sugería una posible progresión hacia la demencia. Las evaluaciones neurocognitivas son derivadas por otras áreas del hospital y suelen incluir entrevistas diagnósticas para recopilar información relevante sobre el estado del paciente.

Durante la evaluación, se aplicó el MOCA (Montreal Cognitive Assessment), una prueba breve de cribado que evalúa la función cognitiva en seis dominios principales: Memoria; Capacidad visuoespacial; Función ejecutiva; Atención, concentración y memoria de trabajo; Lenguaje y Orientación

Además del MOCA, en algunos casos se aplica el Test de Alteración de Memoria (TAM), que permite evaluar con mayor profundidad el deterioro cognitivo. Una vez finalizada

la evaluación, se elabora un informe detallado con los resultados obtenidos, el cual se entrega al paciente junto con recomendaciones prescritas por el profesional a cargo.

Esta actividad está dirigida exclusivamente por el Lic. J.y se lleva a cabo los días miércoles y viernes. Participar en estas evaluaciones me permitió comprender la importancia de un diagnóstico preciso y el impacto que tiene en el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

7.3 Ateneos interdisciplinarios

Los ateneos son reuniones quincenales que se realizan los días miércoles y consisten en la presentación y discusión de casos clínicos desde una perspectiva interdisciplinaria. Durante estos meses, tuve la oportunidad de participar en dos ateneos, los cuales fueron enriquecedores tanto desde el punto de vista académico como profesional.

1. Primer ateneo: Dirigido por el residente en psiquiatría L. El mismo, presentó el caso de un estudiante crónico de medicina con un diagnóstico inicial de trastorno depresivo mayor. Durante la discusión, se cuestionó este diagnóstico y se sugirió la posibilidad de que el paciente presenta un “trastorno de personalidad paranoide”. Este caso me permitió observar cómo el trabajo en equipo y la diversidad de perspectivas pueden enriquecer el proceso diagnóstico.

2. Segundo ateneo: Dirigido por una psiquiatra y una psicóloga, se presentó el caso de A, un paciente del hospital desde el año 2021. A ingresó al hospital a los 20 años con medicación para la ansiedad y la impulsividad. Actualmente, con 24 años, es estudiante de psicología y trabaja en un local de ropa. Su historia clínica incluye antecedentes familiares complejos, con un padre con adicción a la cocaína y una madre empleada doméstica. En 2022, comenzó terapia con la Dra. B. debido a sentimientos de vacío y autolesiones. Las crisis de A se caracterizaban por rupturas de relaciones y consumo de sustancias, lo que llevó a realizar internaciones domiciliarias para estabilizarse.

Durante la discusión, se citó a Kernberg (2024) para explicar la vivencia subjetiva del vacío que experimentaba A. Este autor describe cómo los pacientes con estas características intentan escapar de la sensación de vacío a través de interacciones sociales y consumo de sustancias. En la actualidad, A muestra una mejoría significativa en la frecuencia y duración de sus crisis, y en las sesiones recientes se observa un mayor control sobre su vida.

Estos ateneos me permitieron valorar la importancia del trabajo interdisciplinario y cómo la colaboración entre diferentes profesionales puede aportar una visión más completa y profunda de los casos clínicos. La diversidad de perspectivas enriquece el proceso de diagnóstico y tratamiento, lo que resulta fundamental para el bienestar de los pacientes.

7.4 Terapia grupal gestáltica.

La terapia grupal gestáltica, dirigida por el Licenciado J., fue una experiencia en la que participé en una única ocasión. El grupo estaba conformado por doce personas, entre las cuales tres eran pacientes derivados de otros profesionales. La sesión comenzó con una serie de actividades de caldeo diseñadas para romper el hielo y facilitar la conexión entre los participantes.

La primera actividad consistió en caminar por la sala en distintas direcciones y a diferentes ritmos: normal, lento y rápido. Este ejercicio permitió que cada uno se familiarizara con el espacio y con los demás, generando un ambiente de movimiento y fluidez. Posteriormente, nos detuvimos para realizar un ejercicio de contacto visual con un compañero, mirándonos a los ojos durante unos momentos. Este paso fue seguido por una dinámica en la que debíamos decirnos nuestros nombres mientras continuábamos caminando, lo que ayudó a reforzar la identificación entre los miembros del grupo.

El siguiente ejercicio fue más profundo y consistió en formar parejas. En cada dupla, una persona (A) hablaba durante diez minutos mientras la otra (B) escuchaba atentamente, sin intervenir. Luego, se intercambiaban los roles. Esta actividad tuvo como objetivo fomentar la conciencia corporal y la dinámica de presentación cruzada, permitiendo que cada participante se expresara libremente mientras el otro ejercitaba la escucha activa.

Aunque el objetivo principal de este primer encuentro era que los participantes nos conociéramos, personalmente no sentí que esta actividad fuera de mi mayor interés. Sin embargo, reconozco que fue una experiencia enriquecedora en términos de exploración grupal y de las dinámicas que se generan en este tipo de terapias.

7.5 Interconsultas

En cuanto a las interconsultas en guardia, tuve la oportunidad de asistir a varias de ellas junto con el residente en psiquiatría L. Estas interconsultas se realizan de manera espontánea con pacientes que acuden a la internación hospitalaria, y en esta ocasión, una de las más destacadas fue con la señora M., quien se encontraba en una de las salas.

La señora M. presentaba un cuadro clínico complejo, caracterizado por síntomas como desorientación temporoespacial, bradipsiquia (lentitud en los procesos de pensamiento), disminución de la actividad motriz, alucinaciones sensorioceptivas, somnolencia e hiporexia (disminución del apetito). Estos síntomas sugerían un estado de alteración mental significativo, lo que llevó al equipo a realizar un análisis detallado de su caso.

Durante la interconsulta, surgieron varias preguntas clínicas que invitaron a la reflexión: ¿podrían las alucinaciones que experimentaba la paciente ser fragmentos de recuerdos de experiencias reales? ¿O se trataría de invenciones de su propio psiquismo? Además, se planteó la cuestión de si existe una línea clara entre la creatividad y la imaginación patológica, así como entre el recuerdo y la imaginación. (Registro personal, 04 de junio de 2024). Estas preguntas no solo tenían implicaciones diagnósticas, sino también filosóficas, ya que tocaban aspectos profundos de la mente humana y su funcionamiento.

Tras analizar el caso, el psiquiatra decidió ajustar el tratamiento farmacológico de la paciente. Se optó por eliminar los ansiolíticos que estaba recibiendo y se le prescribió un antipsicótico, con el objetivo de abordar de manera más efectiva los síntomas psicóticos que presentaba. Esta decisión fue tomada en base a la evaluación clínica y a la necesidad de estabilizar su estado mental.

7.6 Grupo de Control Farmacológico.

El Grupo de Control Psicofarmacológico, dirigido por psiquiatras está destinado a pacientes estables que se encuentran en tratamiento psiquiátrico y en algunos casos también psicológico; los mismos se reúnen regularmente (cada mes, mes y medio o dos meses) para evaluar su estado emocional, cognitivo y sintomático. Al final de cada encuentro, se ajustan las prescripciones de medicación según sea necesario, ya sea aumentando, reduciendo o manteniendo la dosis. Los pacientes completan el siguiente cuestionario de síntomas, calificando su malestar del 1 al 10 en el último mes y a su vez se actualiza una planilla con detalles sobre la medicación actual, dosis y horarios.

Paciente:

Síntomas	Fecha	Fecha	Fecha
Siento tristeza			
Siento ansiedad			
Siento angustia			
Siento enojo, ira, irritabilidad			
No puedo disfrutar			
Estoy desesperanzado			

Mala memoria			
Me distraigo			
Pensamiento extraño			
Siento raro el entorno			
Escucho voces, veo cosas			
Alteraciones en el sueño			
Pienso en la muerte			
Pienso en quitarme la vida			
Se modificó mi sexualidad			
Siento que pierdo el control			
He agredido			
Perdí el contacto social			
Tengo síntomas físicos			
Considero que necesito una entrevista individual			

Tabla 1. Cuestionario de síntomas realizado en el Grupo de Control Psicofarmacológico durante el año 2024.

Las psiquiatras revisan individualmente el bienestar de cada paciente, enfocándose en los cambios desde la última vez que asistieron al grupo. Luego, se realiza una charla donde cada paciente comparte su experiencia del último mes. Finalmente, se programan los próximos encuentros, se emiten las recetas y los pacientes se van.

Junto con el referente realizamos observación no participante acompañando a la Dra. M. y la Dra. B. En nuestro paso por el grupo, damos cuenta que aunque el enfoque inicial está orientado hacia el control psicofarmacológico, en la dinámica hay fenómenos grupales que manifiestan elementos transformando esta experiencia en algo más que un simple control de síntomas. Si bien el grupo es constituido por restricción de tiempo y espacio, inherentemente se convierte en un espacio donde el apoyo mutuo y la empatía desempeñan un papel fundamental. Esta dinámica de apoyo posiblemente contribuye en el bienestar emocional de los pacientes, convirtiéndose así en una experiencia terapéutica. Como afirmó la Dra. M. “el malestar está y nos ayuda a tomarlo como una alarma de que algo nos está pasando, se trata de aprender a vivir con él y entender que la perfección de salud es una meta inalcanzable” (Registro Personal, 28 de junio de 2024)

7.7 Análisis y Síntesis de la experiencia

Este Trabajo Integrador Final (TIF) tiene como objetivo principal analizar el rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión al servicio de salud mental en un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina. Para el mismo, me he enfocado en cuatro objetivos específicos que guían este análisis: en primer lugar, describir cómo se lleva a cabo el proceso de admisión en el servicio de salud mental; en segundo lugar, delimitar las funciones y los aportes que realiza el psicólogo clínico dentro de este proceso; en tercer lugar, caracterizar los motivos de consulta más frecuentes; y, por último, reflexionar sobre la importancia del trabajo interdisciplinario entre psicólogos clínicos y psiquiatras durante la admisión y los criterios que se utilizan para derivar a los pacientes.

A través de este apartado, busco integrar la teoría con mi experiencia práctica, analizando cómo se desarrollaron estos aspectos en el contexto real del hospital. Este análisis no sólo me permitirá responder a los objetivos planteados, sino también reflexionar sobre los desafíos, aprendizajes y aportes que surgen desde la práctica clínica en un servicio de salud mental.

Con el propósito de sistematizar el análisis, considero relevante realizar una descripción sociodemográfica del grupo de pacientes que participaron del proceso de admisión durante el año 2024. En particular, se tomará en cuenta la diferenciación por identidad de género (mujer, varón, no binario) y por rangos etarios, estableciendo la niñez entre los 0 y los 12 años, la adolescencia entre los 12 y los 21 años, y la adultez desde los 22 años en adelante. Esta caracterización permitirá obtener una visión clara y estructurada acerca de la distribución poblacional que acudió al servicio.

A continuación, se presentan las tablas con la descripción sociodemográfica mencionada:

Rango Etario	Cantidad
Niñez (0 a 12 años)	0
Adolescencia (12 a 21 años)	11
Adultez (A partir de los 22 años)	48

Tabla 2. Distribución por rango etario de los pacientes admitidos durante el año 2024.

Identidad de Género	Cantidad
Mujer	34
Varón	23
No binario	2
Otro	0

Tabla 3. Distribución por identidad de género de los pacientes admitidos durante el año 2024.

7.7.1 Admisiones: Primer contacto con el servicio de Salud Mental.

El proceso de admisión en el servicio de salud mental representa el primer encuentro entre el paciente y el equipo de salud, siendo una instancia clave para la orientación

diagnóstica, la planificación del tratamiento y la derivación adecuada según las necesidades del consultante. Este momento no solo permite identificar la demanda explícita del paciente, sino también explorar aquellos aspectos menos evidentes que pueden estar influyendo en su malestar psíquico. De esta manera, se logra una comprensión más profunda y contextualizada de su situación, lo que resulta fundamental para diseñar una intervención efectiva.

En este contexto, la entrevista psicológica se convierte en una herramienta central, ya que facilita una aproximación integral a la problemática presentada, considerando tanto los factores individuales como los aspectos sociales, familiares y culturales que rodean al paciente.

En el Hospital Nacional de Clínicas, las admisiones al servicio de salud mental se realizan los días martes y jueves, en el horario de 08:30 a 11:00 horas. Este proceso es llevado a cabo por un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, psiquiatras, residentes y observadores no participantes, estos últimos pertenecientes a las Prácticas Profesionales Supervisadas de las universidades que tienen convenio con el hospital.

En mi experiencia, como observadora no participante, este primer contacto suele estar marcado por un clima de incertidumbre y, en muchos casos, de urgencia emocional por lo que la contención emocional por parte de los profesionales es crucial para establecer un primer vínculo de confianza.

La participación del psicólogo clínico en esta etapa es fundamental, ya que contribuye a la evaluación inicial, la elaboración de hipótesis diagnósticas preliminares y la articulación con otros profesionales del equipo. Este trabajo colaborativo no solo enriquece la comprensión del caso, sino que también favorece un abordaje más integral y ajustado a las necesidades del paciente.

A continuación, se desarrollarán los principales componentes del proceso de admisión, profundizando en la especificidad de la entrevista de admisión, su procedimiento y el rol del

psicólogo clínico en este contexto acompañado por casos clínicos que considero que fueron fundamentales durante mi práctica para poder enriquecer mi TIF.

7.7.2 Descripción del procedimiento de la entrevista de admisión.

Sadock et al. (2017) afirman que el procedimiento de admisión consta de dos elementos fundamentales. El primero es la historia clínica del paciente, basada en su relato subjetivo y, en algunos casos, en información colateral proporcionada por otros profesionales de la salud, familiares o cuidadores. El segundo elemento es la exploración del estado mental, que constituye la herramienta objetiva del entrevistador. Si bien la exploración física no forma parte de la entrevista en sí, se incluye debido a su posible relevancia para el diagnóstico.

Asimismo, el diagnóstico y el plan de tratamiento forman parte del proceso, ya que resultan de la entrevista inicial y, a su vez, influyen en su desarrollo de manera dinámica. Durante la admisión, el entrevistador revisa constantemente la información obtenida para evaluar si se cumplen los criterios diagnósticos y si los elementos del plan terapéutico son realistas y adecuados para el paciente.

En mi experiencia, el procedimiento de admisión sigue una estructura clara y detallada, lo que permite recopilar información esencial para la evaluación y el abordaje del paciente.

En este apartado, se presentarán tres casos clínicos que acudieron a la admisión. A partir de ellos, se describirán cada etapa del procedimiento siguiendo la estructura propuesta por Sadock et al. (2017), utilizada como base para la admisión en el hospital.

Caso 1: Paciente “L”

Durante el proceso de admisión se presento una joven de 19 años que ingresó al hospital por intento de suicidio. “La paciente L llega a la guardia con su madrastra y su novio por intoxicación. La internan 4 días y le dan la opción de arrancar un proceso psiquiátrico en conjunto con uno psicológico o ir al “Hospital Neuropsiquiátrico Provincial”. Ella decide en conjunto con su familia que prefiere iniciar un tratamiento interdisciplinario en el servicio de Salud Mental. En su entrevista inicial destaca sus pensamientos suicidas recurrentes y sus intentos previos en el año 2020 y 2021. Cuando finaliza su admisión, ingresa el padre ya que la psicóloga pidió apoyo familiar en el tratamiento”. (Registro personal, 10 de septiembre de 2024)

Caso 2: Paciente “F”

“F” es una mujer de 29 años con sobrepeso. “Llega a la admisión con la mirada baja y los brazos cruzados sobre el pecho. Cuenta que desde pequeña había sido consciente de su peso y que las burlas de sus compañeros en la escuela habían marcado profundamente su autoestima. Los atracones se habían convertido en su peor enemigo. Después de cada episodio de ingesta compulsiva, sentía una mezcla de culpa y vergüenza que la llevaba a purgar lo que había comido. Era un ciclo interminable de restricciones, excesos y autocastigo. “Me siento atrapada en un cuerpo que no me representa”. Intentó diversas dietas pero no tuvieron éxito. Comenta que vive sola. La psicóloga le explica que los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades complejas que requieren un tratamiento multidisciplinario. Se le ofrece un

tratamiento psicológico y seguimiento con una nutricionista del Hospital” (Registro personal, 8 de octubre de 2024)

Caso 3: Paciente “S”

“S” es una paciente de 17 años derivada del Hospital de Urgencias tras un intento de suicidio. “Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por la ingesta de 40 mg de paracetamol, permaneciendo internada durante cuatro días. Es relevante mencionar que la paciente ya había tenido un intento de suicidio previo a los 13 años, también mediante la ingesta de pastillas. En la entrevista, la paciente relata que en su colegio es víctima de acoso escolar (bullying) por parte de sus compañeros, quienes se burlan de ella. Comenta que su círculo social se limita a amigos varones y menciona que la decisión de atentar contra su vida fue resultado de lo que describe como “una suma de cosas”. Entre los factores estresantes señala el ambiente escolar, las responsabilidades excesivas en el hogar debido a la inactividad de sus hermanos, y conflictos recientes con su ex pareja. Expresa que “todo era malo y no sabía cómo solucionar las cosas”. Posterior a este intento, refiere no haber vuelto a tener pensamientos suicidas. La paciente vive con su abuela, su madre y su hermano de 22 años, a quien describe como alguien que “vive jugando a la Play”. Posterior a la entrevista, ingresa la madre, esta informa que la paciente dejó una carta de despedida antes del intento de suicidio. La paciente manifiesta su deseo de continuar en un colegio avanzado, donde cursaría con estudiantes mayores y, según sus palabras, “nadie se fijaría en ella”. Por otro lado, la madre prefiere que la paciente continúe en su colegio actual, pero en un curso diferente. Durante la sesión, la paciente se muestra angustiada y llora. Se derivó a psicoterapia y a psiquiatría”. (Registro personal, 17 de septiembre de 2024)

Primer momento: Datos filiatorios

El primer paso en la entrevista de admisión es la recopilación de los datos filiatorios del paciente que incluye nombre, edad, género, fecha de nacimiento, estado civil, teléfono, domicilio, procedencia, nivel de educación alcanzado, ocupación y un número de contacto en caso de emergencia. Esta información es fundamental para contextualizar al paciente y su situación.

Por ejemplo, en el caso de “F”, la mujer de 29 años con sobrepeso, la recopilación de datos filiatorios permitió identificar que vivía sola. Esta información fue crucial para comprender su entorno y planificar un tratamiento que incluya a su familia o allegados.

Segundo momento: Motivo de consulta

El siguiente paso es indagar el motivo de consulta por el cual asiste al servicio, registrando la razón tal cual como la describe el paciente. Este momento es clave para comprender la demanda del paciente y explorar los aspectos subyacentes que puedan estar influyendo en su malestar.

En el caso de la paciente “S” de 17 años, derivada al servicio tras un intento de suicidio, el motivo de consulta fue claramente expresado: “No sabía cómo solucionar las cosas” (Registro personal, 17 de septiembre de 2024).

Esto permitió profundizar en los factores estresantes que la llevaron a tomar esa decisión, como el acoso escolar, los conflictos familiares y las dificultades con su ex pareja.

Tercer momento: Padecimiento actual

El conocimiento del padecimiento actual es el siguiente paso en la entrevista, siguiendo a Sadock et. al. (2017), consiste en una descripción cronológica de la evolución de los síntomas que presenta el paciente en el episodio actual. Esta recopilación de información puede incluir no sólo los síntomas, sino también cualquier cambio ocurrido en el mismo

periodo en aspectos como los intereses del paciente, sus relaciones interpersonales, conductas, hábitos y su salud física.

Durante esta fase de la entrevista, el paciente puede aportar gran parte de la información relevante al responder preguntas abiertas, como por ejemplo: “¿Puede decirme qué lo ha traído hoy aquí?”. En algunos casos, el profesional deberá guiar al paciente hacia los aspectos más significativos del problema actual. Entre los detalles importantes que deben recopilarse se encuentran la duración de los síntomas y si ha habido fluctuaciones en su naturaleza o gravedad a lo largo del tiempo.

En el caso de “F”, la paciente relató que presenta atracones y que luego de cada ingesta compulsiva, siente una mezcla de angustia y vergüenza que la lleva a realizar purgas. Esta información permitió identificar un patrón de comportamiento y planificar un tratamiento que abordara tanto los síntomas actuales como los factores desencadenantes.

Es crucial indagar sobre la existencia de factores estresantes que puedan haber influido en el padecimiento, como situaciones familiares, laborales, escolares, problemas legales, comorbilidades y dificultades interpersonales. También se deben identificar factores que alivien o empeoren los síntomas, tales como el uso de medicación, apoyo social, habilidades de afrontamiento o el momento del día en que los síntomas se intensifican.

Las preguntas clave a responder durante el encuentro son: ¿qué síntomas presenta el paciente?, ¿cuál es su gravedad?, ¿cuánto tiempo llevan presentes?, y ¿qué factores están asociados? Además, es esencial identificar el motivo por el cual el paciente está buscando ayuda en este momento, así como los factores que han actuado como desencadenantes.

En el caso de la paciente “S”, los factores estresantes incluyeron el acoso escolar, la inactividad de su hermano y los conflictos con su ex pareja. Esta información fue fundamental para comprender el contexto en el que surgió el intento de suicidio y para proponer un tratamiento que abordara estos factores de manera integral.

Conocer la situación en la que surgió la enfermedad puede ser revelador para comprender su etiología o los factores que contribuyen a su mantenimiento. Si el paciente ha recibido algún tipo de tratamiento durante este episodio, es necesario detallar quién lo atendió, la frecuencia de las consultas, qué tipo de tratamiento recibió (psicoterapia, medicación, etc.), y si el tratamiento continúa o no, especificando el motivo en caso de que se haya interrumpido. Es importante que el psicólogo o psiquiatra esté alerta ante cualquier indicio de abuso por parte de terapeutas anteriores, ya que esta experiencia puede convertirse en un obstáculo significativo para establecer una alianza terapéutica saludable y efectiva. (Sadock et al. 2017)

Cuarto momento: Antecedentes psiquiátricos y familiares

En esta fase, se indaga sobre los antecedentes psiquiátricos tanto del paciente como de su familia. Para ello, se elabora un genograma que muestra la estructura familiar y las posibles influencias intergeneracionales en la salud mental del paciente. También se pregunta acerca del consumo, abuso y adicción a sustancias, la misma debe ser exhaustiva y libre de prejuicios, es esencial registrar la frecuencia y cantidad del consumo y ser consciente de que los pacientes pueden minimizar o negar su uso.

Quinto momento: Hábitos y rutina diaria

Llegando hacia el final de la entrevista se cuestiona acerca de hábitos recreativos, sueño y alimentación solicitando al paciente que relate su rutina diaria para así poder identificar su entorno social y laboral.

En cuanto a los hábitos recreativos se indaga sobre las actividades que el paciente realiza en su tiempo libre, como hobbies, deportes, pasatiempos o intereses culturales. Estas actividades pueden ser indicativas de su nivel de estrés, satisfacción personal y capacidad para desconectar de las obligaciones diarias.

El sueño es un pilar fundamental para la salud física y mental. Durante la entrevista, se pregunta al paciente sobre la cantidad y calidad de su descanso: cuántas horas duerme, si tiene dificultades para conciliar el sueño, si se despierta frecuentemente durante la noche o si se siente descansado al levantarse.

La alimentación es otro aspecto clave que se explora en esta fase. Se pregunta al paciente sobre sus hábitos alimenticios, como la regularidad de sus comidas, la calidad de los alimentos que consume y si tiene alguna restricción dietética.

Se solicita al paciente que describa su día típico, desde que se levanta hasta que se acuesta. Esto incluye sus horarios de trabajo, responsabilidades familiares, tiempo dedicado al ocio y momentos de descanso. Esta información permite identificar si existe un equilibrio entre las diferentes áreas de su vida (laboral, social, personal) o si hay desequilibrios que puedan estar afectando su bienestar.

Sexto momento: Planificación terapéutica

Finalmente, la planificación terapéutica debe abordarse explícitamente con el paciente. Si no se establece una relación terapéutica, se le informa al paciente sobre el tratamiento recomendado y las implicaciones (por ejemplo, hospitalización involuntaria). Si se inicia un tratamiento, se le brinda el horario al cual deberá asistir y el profesional correspondiente ya sea proceso psicoterapéutico, psiquiátrico o mixto y se le solicita un consentimiento informado en el cual el paciente ha sido informado sobre los riesgos y la posibilidad de resultados no positivos, se le ha explicado que, en caso de ausencia sin aviso por más de dos sesiones, el tratamiento se suspenderá con una posible readmisión y acepta que la actividad pueda ser observada por estudiantes del Hospital Escuela.

Por ende, el procedimiento de la entrevista de admisión es una herramienta esencial para la evaluación y planificación del tratamiento en salud mental. A través de mi experiencia

en el Hospital Nacional de Clínicas, pude constatar cómo cada etapa del procedimiento contribuye a una comprensión integral del paciente.

La integración de la información recopilada, junto con el trabajo interdisciplinario, asegura una atención de calidad y un enfoque centrado en el bienestar del paciente. A través de los casos presentados, se evidencia cómo este proceso facilita la detección de factores de riesgo, la formulación de hipótesis clínicas y la implementación de estrategias de abordaje adecuadas para cada situación.

7.7.3 Funciones y aportes del psicólogo clínico en el proceso de admisión

El proceso de admisión en un servicio de salud mental no solo representa el primer contacto del paciente con el servicio, sino que también configura un espacio fundamental para la comprensión de su demanda y el diseño de una estrategia terapéutica adecuada. En este marco, el rol del psicólogo clínico es central, ya que no solo se encarga de recabar información diagnóstica, sino que también desempeña una función contenedora y facilitadora del proceso terapéutico. La entrevista de admisión, como se ha mencionado en apartados anteriores, es una herramienta clave que permite establecer el motivo de consulta, explorar el padecimiento actual y evaluar las condiciones psicosociales del paciente.

A partir del marco teórico presentado previamente, se puede afirmar que la admisión no es una mera instancia administrativa, sino que implica una escucha activa y un abordaje clínico que permite captar tanto la demanda manifiesta como la latente del paciente

(Rubinstein, 1996). Siguiendo a Bleger (1964), la entrevista inicial puede representar para algunos pacientes la primera oportunidad de expresar sus emociones sin temor a ser juzgados, lo que resalta la importancia del rol del psicólogo como facilitador de la comunicación y el desarrollo del vínculo terapéutico. En este sentido, la empatía y la capacidad de contención del profesional son aspectos clave para la adhesión al tratamiento y el posterior seguimiento del paciente.

A continuación, presentaré uno de los casos clínicos que destaqué en mis registros el cual me permite ejemplificar nuestro rol en el proceso de admisión.

Caso 4: Paciente M

“La paciente, M, es una joven de 18 años que acude a consulta con síntomas severos de ansiedad y depresión. Al llegar a la sala de espera, se encuentra acostada sobre las sillas, reflejando su estado de agotamiento emocional y físico. Su primera intervención es clara: “Vengo porque me siento mal”. M describe su experiencia como abrumadora, indicando que desde mayo no ha podido salir de su casa y que vive constantemente bajo la sombra del miedo y los ataques de pánico. En un momento de vulnerabilidad, comparte que tiene deseos de morir, sintiéndose incapaz de soportar más el dolor que la acompaña.

A lo largo de su vida, M ha enfrentado problemas de salud mental desde una edad temprana. Sus primeros episodios de pánico comenzaron a los seis años, y a los nueve fue medicada. A pesar de haber tenido múltiples tratamientos, la paciente ha abandonado terapias previas debido a efectos secundarios y experiencias negativas. En su relato, menciona que tiene momentos de agresividad hacia sus amigos, pero en casa sigue las órdenes de su madre, quien ha estado muy presente en su vida.

La situación familiar es crítica; su madre la ha acompañado incondicionalmente y manifiesta que ambas no han salido de casa en tres meses por miedo a dejarla sola. M ha

dejado el colegio y ha recurrido a la guardia del hospital de manera frecuente por síntomas físicos. Esta dinámica de dependencia y el entorno familiar contribuyen a la inestabilidad emocional de la joven.

Durante la consulta, se establece un acuerdo entre madre e hija para iniciar un tratamiento más estructurado que incluya cumplimiento de horarios y medicación. Es fundamental notar que, aunque M ha sido medicada desde pequeña, algunos tratamientos no han estado debidamente indicados, como el uso de antiepilépticos sin que haya presentado síntomas epilépticos.

Se sugiere un enfoque interdisciplinario, que combine psiquiatría y psicología, reconociendo la necesidad de un tratamiento integral para abordar no solo los síntomas, sino también el contexto familiar y social que influye en la vida de M. La importancia de involucrar a la familia en el tratamiento no puede subestimarse; su apoyo es crucial para fomentar un ambiente seguro y estable que permita a la paciente avanzar en su proceso de recuperación.” (Registro personal, 1 de octubre de 2024)

El caso de la paciente "M" permite ejemplificar cómo nuestro rol no solo cumple una función diagnóstica, sino también una función de orientación terapéutica y de coordinación interdisciplinaria. Desde su llegada al hospital, la joven manifestó un profundo malestar emocional, expresado en síntomas severos de ansiedad y depresión. Como mencionan Siquier de Ocampo y García Arzeno (1989), la entrevista inicial debe centrarse en captar la comunicación verbal y no verbal del paciente, analizando la coherencia entre ambas. Con "M", doy cuenta como su postura en la sala de espera y su manera de expresarse revelaban un estado de vulnerabilidad extrema, lo que demandó una intervención sensible y cuidadosa por parte de la profesional. Este aspecto resalta la importancia del psicólogo clínico en la construcción de un espacio terapéutico seguro desde el primer contacto.

También, se observa claramente cómo la psicóloga desempeñó un papel crucial al establecer un espacio seguro donde la paciente pudiera expresar sus emociones y preocupaciones. La escucha activa y la empatía permitieron validar sus experiencias y construir un vínculo terapéutico basado en la confianza. Además, se identificaron tanto el motivo manifiesto de consulta (los síntomas de ansiedad y depresión) como el motivo latente (la dinámica familiar disfuncional y la falta de autonomía). Este análisis permitió, que la profesional planteara un enfoque interdisciplinario que incluya tanto la intervención psicológica como psiquiátrica, reconociendo la necesidad de abordar no solo los síntomas individuales, sino también el contexto familiar y social que influye en la vida de M.

Tal como señalan los objetivos específicos de este trabajo, el caso de M permite dar cuenta de la importancia del trabajo interdisciplinario en el proceso de admisión. El poder estar en contacto con otros profesionales garantiza un abordaje integral del paciente que contemple tanto los aspectos subjetivos como los biológicos del padecimiento. Asimismo, la derivación oportuna y fundamentada, basada en la evaluación clínica inicial, se presenta como una herramienta clave para favorecer el acceso a un tratamiento adecuado y sostenido, adaptado a las necesidades del paciente.

Considero que nuestra tarea implica brindar un espacio seguro y comprensivo donde el paciente pueda expresar sus preocupaciones sin temor a ser juzgado. La vulnerabilidad del paciente puede manifestarse de muchas maneras: desde la ansiedad por el nuevo entorno y el proceso de búsqueda de ayuda, hasta el miedo a enfrentar sus problemas o el estrés de compartir aspectos íntimos de su vida. Como destaco: “Me llama la atención el hecho de la vulnerabilidad de los pacientes de hacer público el sufrimiento propio” (Registro personal, 6 de agosto de 2024).

La manera en que el profesional maneja este primer contacto puede influir enormemente en la disposición del paciente para iniciar el tratamiento. Por lo tanto, es

fundamental que como psicólogos utilicemos habilidades de escucha activa para entender mejor las necesidades del paciente y muestre empatía para validar sus emociones.

7.7.6 Motivos de consulta más frecuentes en el servicio de salud mental de un hospital polivalente.

A modo de sistematizar se elaboró una tabla que plasma los motivos de consulta en las admisiones en el transcurso del año 2024.

Motivos de consulta	Cantidad
Ansiedad	16
Problemas socioeconómicos	11
Depresión	9
Autolesiones - Intentos de suicidio	7
Problemáticas con el Sueño	5
Consumo problemático	4
TCA	4
Abuso sexual	3

TEPT	3
Esquizofrenia	2
Impulsividad	2
Trastorno del Espectro Autista	2
Violencia	2
TOC	1

Tabla 4. Motivos de consulta 2024 en el área de admisiones en el Servicio de Salud Mental HNC

En el servicio de Salud Mental del HNC, los motivos de consulta más frecuentes se relacionan con la ansiedad, problemas socioeconómicos, depresión e intentos de suicidio o autolesiones.

Cabe destacar que la comorbilidad es frecuente en los pacientes, tal y como destaca el Ministerio de Sanidad (2018), que afirma que “la comorbilidad es una regla más que una excepción” (p. 64). Esto significa que es común que distintas enfermedades o trastornos coexistan en un mismo individuo. En algunos casos, estos trastornos comparten factores de riesgo, ya sean de origen genético o psicosocial. En otros, la presencia de un trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollar otro. Por ello, es difícil encontrar patologías "puras", es decir, que no estén relacionadas con otras condiciones. Un ejemplo claro de esto es la relación entre la depresión y las autolesiones o los intentos de suicidio, que suelen presentarse de manera conjunta en la mayoría de los casos.

Para poder contextualizar lo que hoy la sociedad atraviesa, considero necesario retomar el Malestar de la Cultura propuesto por Freud (1930/2015). Este concepto sigue siendo relevante para analizar los problemas psíquicos contemporáneos, ya que Freud observó que el desarrollo de la civilización exige un alto precio al individuo: la represión de las pulsiones sexuales y agresivas para permitir la convivencia social. Esta represión crea un conflicto entre los deseos instintivos y las normas externas, generando un sufrimiento constante que se ha adaptado a las nuevas exigencias culturales.

Ansiedad

La ansiedad puede definirse como un estado emocional caracterizado por respuestas psicofisiológicas, motoras y cognitivas ante estímulos percibidos como amenazantes, los cuales pueden ser tanto externos como internos. La misma se vincula con la anticipación de un peligro futuro, generando una activación del sistema nervioso autónomo, respuestas de evitación o escape, y pensamientos recurrentes de amenaza o vulnerabilidad. Desde una perspectiva funcional, la ansiedad se mantiene por la interacción entre la percepción de peligro, la activación fisiológica y las conductas de afrontamiento inadecuadas, lo que puede derivar en trastornos de ansiedad cuando interfiere significativamente en la vida cotidiana (Méndez et al., 2010).

En el contexto actual, el malestar cultural se expresa en síntomas complejos, especialmente entre los jóvenes, quienes parecen sufrir un agotamiento emocional debido a las exigencias contemporáneas. El concepto de "Generación Cansada", elaborado por Graglia y Petit (2022), describe cómo los jóvenes se sienten atrapados en un ciclo de sobreexigencia y desconexión de sí mismos. Están permanentemente sometidos a demandas externas que los alejan de su subjetividad, desarrollando ansiedad, estrés, contracturas físicas y una sensación constante de no estar a la altura. Las nuevas tecnologías, que prometen un mundo accesible y omnipresente, contribuyen a una sensación de insuficiencia, mostrando imágenes ideales que

intensifican la insatisfacción. Así, el agotamiento puede entenderse a la luz del principio de realidad descrito por Freud (1930/2015) el cual considera que los deseos se someten a las exigencias del entorno. Este fenómeno no solo afecta a los jóvenes, sino que también se extiende a otras generaciones, como se observa en el siguiente caso.

Caso 5: Paciente “V”

“La paciente V acude al servicio de salud mental con la queja principal de no poder dejar de fumar, asociando este comportamiento a su alta ansiedad. Expresa: “Tengo que dejar de fumar, soy muy ansiosa, como y fumo mucho”. Relata que ha intentado dejar de fumar sin éxito y que su cardiólogo le recomendó buscar ayuda en el servicio debido al deterioro de su salud pulmonar, lo que le impidió someterse a una cirugía programada. Actualmente fuma 15 cigarrillos al día, reduciendo su consumo previo de 20. La paciente describe una ansiedad marcada, con pensamientos intrusivos y catastróficos, especialmente en relación con sus hijos: “Si mis hijos no me responden, me pongo loca y empiezo a fumar”. Fuma desde los 18 años, habiendo dejado el hábito sólo durante sus embarazos. Además, expresa una tendencia a priorizar a otros sobre sí misma: “Pienso en otros pero no en mí”. Su entorno familiar no fuma, lo que acentúa su sensación de aislamiento en relación con su adicción. Durante la entrevista, se observa una disposición positiva hacia el tratamiento: “Todo lo que me ayude me parece bien”. (Registro personal, 24 de septiembre de 2024)

A partir de este caso puedo reconocer que, la ansiedad, lejos de ser una respuesta aislada, se inscribe en un entramado sociocultural que potencia su desarrollo y cronificación. En el contexto actual, marcado por la sobreexigencia y la hiperconectividad, esta sintomatología se vuelve cada vez más frecuente, afectando tanto a jóvenes como a adultos. El caso de la paciente “V” refleja cómo la ansiedad puede sostenerse a lo largo del tiempo a través de hábitos perjudiciales como fumar. Así, comprender la ansiedad desde una

perspectiva integral, que considere tanto los factores individuales como los socioculturales, resulta fundamental para el abordaje clínico.

Problemas socioeconómicos

A partir de la sistematización de los casos atendidos en el servicio de Salud Mental, se ha identificado que los problemas socioeconómicos ocupan un segundo lugar entre los motivos de consulta más frecuentes. Esta tendencia refleja cómo las condiciones económicas adversas, sumadas a la falta de acceso a recursos y apoyos sociales, pueden exacerbar el malestar emocional y generar cuadros clínicos asociados a la ansiedad, la frustración y la alteración del sueño. Un ejemplo claro de esta dinámica se observa en el siguiente caso:

Caso 6: Paciente “X”

“El paciente “X” es un hombre de 47 años, dedicado al oficio de albañil, quien acude al servicio de Salud Mental manifestando dificultades para llegar a fin de mes. Durante la consulta, expresa: “A veces no sé cómo voy a hacer para pagar todas las cuentas”. Al indagar sobre su situación, el paciente relata que, tras una lesión laboral ocurrida hace un año, no ha podido retomar su ritmo de trabajo habitual, lo que ha agravado su situación económica y generado un estado de ansiedad constante. A pesar de haber intentado acceder a programas de asistencia social, no ha logrado obtener apoyo estable.

El paciente describe sentimientos de frustración y vergüenza asociados a su incapacidad para cumplir con su rol tradicional como sostén económico de la familia. “Me da vergüenza pedir ayuda, siempre he sido el sostén de mi familia, pero ahora no puedo hacer nada”, comenta. Además, expresa preocupación por la carga laboral que su esposa ha tenido que asumir, lo que incrementa su sensación de impotencia. Estos factores han desencadenado síntomas como insomnio, preocupación constante y pensamientos negativos recurrentes, como lo refleja en su propia voz: “Creo que la preocupación por la plata no me deja tranquilo;

me da ansiedad y no puedo dormir. Me siento muy frustrado y a veces pienso que no vale la pena esforzarme” (Registro personal, 17 de octubre).

El caso del paciente “X” ilustra de manera clara cómo el contexto socioeconómico puede actuar como un factor de vulnerabilidad para la salud mental. Como señalan Figueroa et al. (2005), las condiciones económicas adversas tienen un impacto significativo en el desarrollo psicológico, no solo en adolescentes, sino también en adultos. Aunque su estudio se centra en poblaciones jóvenes de sectores socioeconómicos bajos, los hallazgos son extrapolables a otras etapas de la vida, como lo demuestra la experiencia del paciente X. Estos factores contribuyen a una percepción negativa de su bienestar, que se refleja en sus consultas al servicio de Salud Mental.

Además, la investigación de Acosta Torres y Palacios Ortiz (2008) refuerza esta relación al mostrar cómo la situación económica afecta el bienestar psicológico en adultos mayores. Ellos definen el bienestar subjetivo como la satisfacción con la vida, influenciada por factores económicos y sociales. La escasez de recursos económicos puede deteriorar esta satisfacción, creando un estado de malestar que puede llevar a la búsqueda de ayuda psicológica.

En el caso del paciente “X”, la pérdida de su capacidad laboral tras la lesión agravó su malestar psicológico, generando sentimientos de fracaso y una alteración en su autoconcepto. Su dificultad para solicitar ayuda económica, sumada a la sensación de no poder cumplir con las expectativas asociadas a su rol de género, refuerza su estado de impotencia y desesperanza.

Actualmente se enfrentan desafíos relacionados con la pobreza que afectan al sujeto en su bienestar psicológico más allá de la edad que presenten. Esta relación entre problemas socioeconómicos y malestar psicológico es una constante en diversas investigaciones y refleja la importancia de abordar estas cuestiones en el contexto clínico. Las dificultades económicas

crean un entorno adverso que puede precipitar y exacerbar problemas psicológicos, lo que se manifiesta en un aumento de las consultas al servicio de Salud Mental del Hospital Nacional de Clínicas en Córdoba.

Depresión

Hornstein (2007) señala que la depresión puede ser entendida a través del concepto de "duelo". El duelo, en su sentido más amplio, designa un estado psíquico que surge ante una pérdida, ya sea de un ser querido, un logro, una posición subjetiva, o incluso una ilusión. Este estado implica un trabajo psíquico que modifica subjetivamente al individuo, quien debe enfrentarse a la realidad de la pérdida y, progresivamente, aceptarla para poder continuar con su vida. Sin embargo, en las depresiones, este proceso se ve obstaculizado. La pérdida del objeto (entendido como aquello que se ha perdido) se convierte en una pérdida del yo, lo que trastorna profundamente la posición subjetiva del individuo.

En las depresiones, el sujeto experimenta un extrañamiento en su mirada sobre sí mismo y sobre los demás. La pérdida no tramitada adecuadamente moviliza una agresividad que puede dirigirse tanto hacia el objeto perdido como hacia el propio individuo. Esto se manifiesta en un retraimiento que agobia al sujeto, quien se siente pobre y vacío, no solo en relación con el mundo exterior, sino también en su propia subjetividad. Por tanto, este malestar, no es solo una respuesta a una pérdida concreta, sino también a decepciones vinculadas a la realidad o al cuestionamiento de la autoestima.

El autor, señala que, en el contexto actual, marcado por el desmoronamiento de las instituciones sociales y la presencia constante de lo traumático en diversos ámbitos de la vida, la depresión emerge como un fenómeno cada vez más prevalente. Lo traumático, entendido como aquello que fractura las estructuras psíquicas, simbólicas, familiares y sociales, genera un vacío que puede desembocar en depresión.

Bleichmar (1997) subraya que en la sociedad se presenta una desintegración de los lazos sociales y la pérdida de sentido, el cual desemboca en patologías como la depresión ya que la sociedad lejos de contener el riesgo vital, lo intensifica. La cultura posmoderna, con su énfasis en la satisfacción inmediata y la omnipotencia, tiende a generar decepciones al no ofrecer proyectos significativos (Franco, 2011).

Caso 7: Paciente “T”

“T es un joven de 22 años, desempleado, viviendo en una zona de bajos recursos. Su motivo de consulta es “tengo sensación de vacío, apatía, dificultad para relacionarme con los demás”. Desde pequeño, ha vivido en un entorno familiar con problemas económicos y violencia doméstica. Abandonó los estudios a temprana edad y ha tenido trabajos precarios. Refiere sentirse atrapado en su situación y sin esperanza de futuro. Refiere que ha intentado suicidarse en varias ocasiones, su último intento fue en enero. Se deriva a psicoterapia” (Registro personal, 8 de octubre de 2024)

El paciente “T” muestra cómo la depresión no se trata solo de una pérdida específica, sino de un conjunto de experiencias que van dejando huella en la vida de una persona. Su sensación de vacío y apatía reflejan algo más profundo: la dificultad de encontrar un sentido cuando todo a su alrededor parece desmoronarse. Crecer en un entorno de violencia y precariedad, sin acceso a oportunidades, afecta su forma de verse a sí mismo y de relacionarse con los demás.

Su historia también deja en evidencia el impacto de lo social en la salud mental. No es solo una cuestión individual, sino que la falta de estabilidad, de redes de apoyo y de un horizonte esperanzador terminan pesando en su subjetividad. Como plantean Hornstein y Bleichmar, vivimos en una sociedad que, en lugar de contener el sufrimiento, muchas veces lo

intensifica. La cultura actual, que promueve la inmediatez y la autosuficiencia, deja poco espacio para quienes, como “T”, necesitan tiempo, ayuda y un sentido de pertenencia. Desde nuestro rol es fundamental entender y abordar este malestar, facilitando un trabajo de duelo que permita al sujeto reconstruir su subjetividad y reencontrarse con la realidad.

Autolesiones e intentos de suicidio

Dentro de los motivos de consulta más frecuentes en el servicio de salud mental, en cuarto lugar se encuentran los intentos de suicidio y las autolesiones. Estas conductas pueden entenderse como manifestaciones de un malestar psíquico profundo, vinculado a conflictos emocionales y en los adolescentes puede devenir de dificultades en la construcción de la identidad. Kuras de Mauer y May (2015) consideran que las autolesiones, como cortarse la piel, son acciones que dejan huellas físicas y simbólicas. La piel, como envoltorio y sede de la sensibilidad, es investida como una superficie libidinal donde se inscriben experiencias tempranas de amor, ternura, sobreexcitación y trauma. Estas marcas pueden interpretarse como "textos mudos" que expresan un sufrimiento psíquico que no encuentra palabras para ser comunicado.

El acto de autolesionarse produce un alivio transitorio, lo que explica su carácter compulsivo. Freud, citado por Kuras de Mauer y May (2015), describe este fenómeno como una "coexcitación libidinosa provocada por una tensión dolorosa y displacentera", mecanismo que subyace al masoquismo erógeno. Este circuito de angustia y alivio se repite, marcando la piel y dificultando la desmentida del sufrimiento psíquico.

Además, las autolesiones pueden interpretarse como un llamado al otro, ya sea para cuestionar, rechazar o convocar. Los autores señalan que estas conductas suelen ser solitarias, pero están destinadas a un otro que puede sentirse interpelado por el acto.

Caso 8: Paciente B

“B” es una joven de 16 años que llega a la admisión por la madre la cual le sacó el turno. “Desde los 12 años se hace cortes en el cuerpo (piernas y brazos) hasta los 15 años. La paciente comenta que tiene ataques de pánico, desde muy chica. El último ataque fue hace un mes en el colegio, en su curso. Se encerró en el baño y llamó a la madre para que la buscara porque le daba vergüenza. También resalta que es bulímica desde los 12 años hasta hoy, antes vomitaba todas las comidas y ahora “solo cuando se siente muy llena”. Empezó a los 14 años con un pariente (tío de la pareja de la madre) psicólogo/psiquiatra; el cual ella se sentía muy cómoda; pero la madre habla con el pariente y la obliga a dejar de hablar con él, porque le hacía mal (a la madre) que su hija esté mal, además le había recomendado unos medicamentos para la depresión y ansiedad pero nunca logró iniciar el tratamiento. Su motivo del corte es “para centrar el dolor en otro lado y como descarga del enojo” ; además cuenta que se enoja con lo más mínimo o cuando no se hacen las cosas a su manera (cuando no la escuchan). Después terminar con la entrevista, la licenciada D. le comentó que necesitábamos hablar con su madre la cual ingresa de forma desentendida con su hija y que había dejado de ir al psicólogo pariente “Andy” porque se había enfermado”. (Registro personal, 27 de junio de 2024).

El caso de “B” evidencia la complejidad del sufrimiento psíquico en la adolescencia, expresado a través de autolesiones. Siguiendo a Kuras de Mauer y May (2015), las autolesiones pueden entenderse como una manifestación de la tensión entre la angustia de separación y la necesidad de autonomía, donde el cuerpo se convierte en un medio de expresión del conflicto interno canalizando el sufrimiento a través del daño corporal.

Asimismo, en el marco del “Malestar en la cultura” propuesto por Freud (1930/2015), el caso de B puede interpretarse en términos de la lucha entre Eros y Thanatos. Las

autolesiones y la bulimia pueden ser comprendidas como manifestaciones de la pulsión de muerte, exacerbadas por un entorno que no facilita la contención emocional ni el acceso a un tratamiento adecuado. La falta de apoyo materno y la interrupción del vínculo terapéutico con el profesional que ella consideraba de confianza refuerzan su sensación de incompreensión y desamparo.

Desde el rol del psicólogo clínico es clave en la identificación de estas problemáticas, para así poder realizar correctos criterios de derivación y generar un espacio terapéutico que brinde contención y posibilidades de simbolización del sufrimiento

7.7.7 Criterios de derivación y trabajo interdisciplinario.

El trabajo interdisciplinario en salud mental es un pilar fundamental para garantizar una atención integral y efectiva a los pacientes. Esta perspectiva se alinea con la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, la cual promueve la colaboración activa entre profesionales de diferentes disciplinas. Dicha cooperación permite superar visiones simplistas que deshumanizan al paciente, facilitando una comprensión más completa del caso (Kopelovich, 2019).

Dentro de este marco, el Tratamiento Combinado (TC) es una práctica habitual en salud mental, donde el paciente recibe atención tanto de psicólogos como de psiquiatras para abordar el sufrimiento humano (Donatti et al., 2015). En este modelo, la comunicación y el

respeto entre profesionales son esenciales. Mientras que el psiquiatra se encarga de la medicación, el psicólogo proporciona psicoterapia, estableciendo así un "tratamiento en colaboración". Este enfoque puede aumentar el éxito terapéutico, ya que la psicoterapia puede facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico y viceversa.

Sin embargo, para que este modelo funcione, es crucial establecer criterios de derivación que permitan identificar cuándo un paciente requiere la intervención de otro profesional. Estos criterios deben basarse en necesidades específicas que sobrepasan las competencias de una sola disciplina (Kopelovich, 2019).

Durante el proceso de admisión, el abordaje interdisciplinario permite obtener una visión más amplia del caso, integrando diferentes perspectivas para una atención más efectiva. Esto se evidencia en los diferentes casos clínicos redactados anteriormente.

En el caso "M" (18 años, ansiedad severa y depresión), la paciente había sido medicada desde una edad temprana sin una supervisión adecuada, lo que ha generado desconfianza en los tratamientos psicofarmacológicos. La intervención del equipo interdisciplinario permitió ajustar la medicación y diseñar un plan de tratamiento psicoterapéutico, integrado a la madre como factor clave en su recuperación.

En el caso "F" (29 años, atracones y bulimia) se evidenció la necesidad de una derivación a nutrición, ya que su TCA requería un abordaje integral que incluyera orientación alimentaria junto con psicoterapia. La articulación entre ambas disciplinas permitió abordar el malestar desde múltiples dimensiones, mejorando la adherencia al tratamiento.

"S" la paciente de 17 años que llega al hospital por un intento de suicidio, es un claro ejemplo de como la derivación a psiquiatría fue clave para evaluar la necesidad de un tratamiento psicofarmacológico o no, mientras que en terapia se contenga emocionalmente a la joven. Este caso evidencia como la integración de distintos enfoques permite una intervención más eficaz y adaptada a las necesidades del paciente.

Estos casos clínicos, reflejan cómo el trabajo interdisciplinario no solo mejora la evaluación y tratamiento del paciente, sino que también permite un abordaje más humano e integral, considerando tanto los síntomas clínicos como los factores sociales y emocionales.

Cabe destacar que la integración del psicoanálisis en equipos interdisciplinarios, según Santimaria et al. (2016), añade una dimensión subjetiva al tratamiento, fomentando un diálogo que evita enfoques fragmentados y permite una comprensión más completa del paciente, incluyendo sus determinantes sociales. En este sentido, los criterios de derivación deben considerar no solo las necesidades clínicas, sino también los aspectos subjetivos y sociales del paciente, asegurando que la derivación sea oportuna y adecuada.

Asimismo, los autores destacan que es crucial fomentar una cultura de discusión y consenso para asegurar que la atención se concentre en el paciente, respetando su individualidad y la complejidad de su situación. Así, el enfoque interdisciplinario busca crear un espacio donde la diversidad de perspectivas se convierta en una fuente de enriquecimiento profesional, promoviendo un ambiente de aprendizaje continuo y apertura. Para ello, los criterios de derivación deben ser flexibles y adaptables, permitiendo que cada profesional cuestione sus propias ideas y crezca junto a sus colegas, siempre con el objetivo de mejorar la atención al paciente.

Por último, es fundamental reconocer que los pacientes son actores activos en su proceso de sanación. Involucrarlos en la toma de decisiones sobre su tratamiento, incluyendo cuándo y hacia quién se derivan, puede ser un elemento clave para su bienestar. Al valorar su voz y experiencias, se mejora no solo la adherencia al tratamiento, sino también se fomenta una mayor autoeficacia y empoderamiento. En este sentido, los criterios de derivación deben incluir la participación del paciente en la toma de decisiones, asegurando que sus necesidades y preferencias sean consideradas en todo momento.

Luego de desarrollar este apartado, me queda aún más claro que el trabajo interdisciplinario y los criterios de derivación no son cuestiones técnicas aisladas, sino prácticas profundamente humanas que impactan directamente en la calidad del cuidado que brindamos. Comprendí que, durante el proceso de admisión, nuestra mirada clínica debe ir acompañada de sensibilidad, escucha activa y la capacidad de reconocer cuándo el sufrimiento excede nuestra intervención individual. Me llevo la convicción de que el rol del psicólogo clínico en esta etapa inicial implica habilitar la posibilidad de abrirse a otros modos de abordar al paciente, confiando en la potencia del trabajo conjunto con otros profesionales.

Esta reflexión no solo reafirma mis objetivos en este trabajo, sino que también marca una posición ética desde la cual deseo ejercer: comprometido con el diálogo, el respeto por la singularidad del paciente y la construcción colectiva de un tratamiento que lo contemple de manera integral.

8. CONCLUSIÓN

Este Trabajo Integrador Final (TIF) se centró en analizar el rol del psicólogo clínico durante el proceso de admisión en el servicio de salud mental de un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina. A lo largo de esta investigación, se buscó profundizar en la configuración de nuestra intervención, destacando la admisión como un momento crucial en la atención en salud mental. La sistematización de esta experiencia no solo permitió articular críticamente los hallazgos más relevantes, sino también plantear nuevas preguntas y reflexiones que enriquecen la práctica clínica.

Uno de los aspectos más destacados fue reconocer que la admisión se erige como un espacio privilegiado de escucha y encuentro. Lejos de ser un mero trámite administrativo, se trata de un acto clínico en el que, como profesionales, no solo recogemos la demanda manifiesta del paciente, sino que también captamos aquello latente que subyace en su malestar. Este primer contacto resulta fundamental, ya que influye en la disposición subjetiva del paciente hacia el tratamiento y en la construcción de una alianza terapéutica sólida. La práctica evidenció que la admisión es un acto profundamente clínico, donde la empatía y la contención desempeñan un papel esencial para mitigar la ansiedad propia de una primera consulta.

Desde un marco teórico que integra el paradigma de la complejidad y la perspectiva psicoanalítica, se pudo comprender que la salud mental no puede reducirse a factores biológicos o diagnósticos cerrados. Cada paciente llega con una historia, un contexto social y una estructura psíquica particular que exigen un abordaje integral. En este sentido, la admisión se configura como el primer espacio de acercamiento a esta complejidad, donde el psicólogo debe atender tanto a lo que el paciente expresa como a sus silencios, su manera de narrar su malestar y las resistencias que pueden surgir en este primer encuentro. Esta tarea

demanda una formación sólida y una constante revisión de los aspectos transferenciales y contratransferenciales que atraviesan el proceso.

En el contexto de un hospital polivalente, el rol del psicólogo clínico en la admisión no se limita a la escucha, sino que también implica traducir los códigos institucionales al lenguaje del paciente, clarificar expectativas y evaluar la necesidad de derivaciones adecuadas. En un contexto hospitalario con alta demanda y recursos limitados, el psicólogo se posiciona como un articulador clave entre los distintos servicios, promoviendo una atención más coordinada y sensible a la singularidad de cada persona.

Al mirar en retrospectiva, esta experiencia ha sido profundamente enriquecedora, tanto en lo profesional como en lo personal. Desde el primer día en el Hospital Nacional de Clínicas, me encontré con un entorno desafiante pero lleno de oportunidades de aprendizaje. La diversidad de casos, la complejidad de los motivos de consulta y la interacción con distintos profesionales me permitieron comprender con mayor profundidad la práctica clínica en salud mental, más allá de la teoría. El contacto directo con el sufrimiento humano me llevó a reconocer el valor del psicólogo clínico, cuya contención resulta fundamental para acompañar a quienes atraviesan situaciones de gran vulnerabilidad.

El análisis del proceso de admisión permitió comprender que constituye un momento crítico en el que se definen las primeras intervenciones y se establece el primer vínculo con el paciente. En este sentido, la identificación de los criterios de derivación resultó clave para reflexionar sobre la importancia de contar con un sistema de salud articulado y accesible. Además, la caracterización de los motivos de consulta más frecuentes, como los cuadros de ansiedad, las crisis situacionales, la depresión y las autolesiones, reafirmó la necesidad de disponer de dispositivos de atención que faciliten respuestas rápidas y efectivas.

Más allá de los aprendizajes clínicos, esta sistematización también me permitió reflexionar sobre las dificultades estructurales que enfrentan los servicios de salud mental en el ámbito público. La escasez de recursos, las demoras en la atención y la sobrecarga de los profesionales impactan directamente en la calidad del servicio y en la accesibilidad de la atención. Estas problemáticas plantean la necesidad de seguir reflexionando y proponiendo estrategias para optimizar el sistema, con un enfoque que no solo contemple la asistencia, sino también la prevención y promoción de la salud mental.

En términos de proyección futura, esta experiencia deja abiertas múltiples líneas de investigación y mejora. La necesidad de establecer protocolos claros, fortalecer el trabajo interdisciplinario y profundizar en la experiencia del paciente y su familia emergen como aspectos fundamentales para optimizar el proceso de admisión. Asimismo, se destaca la importancia de integrar estrategias preventivas desde el primer contacto, en línea con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental.

En definitiva, el rol del psicólogo clínico en la admisión se configura como un eje central en la atención en salud mental. Lejos de ser un mero procedimiento inicial, la admisión es un espacio de intervención en sí mismo, que impacta en el recorrido terapéutico del paciente y en la organización del sistema de salud. Este trabajo no pretende ofrecer conclusiones definitivas, sino más bien abrir nuevos interrogantes y reflexiones que permitan seguir avanzando en la mejora de los procesos de admisión. Confío en que estas reflexiones resulten valiosas para otros profesionales, estudiantes e investigadores interesados en fortalecer la práctica clínica en este ámbito, con la convicción de que toda intervención en salud mental, incluso en sus primeras etapas, es una oportunidad para generar cambios significativos.

A modo de cierre, no puedo dejar de destacar el impacto personal que tuvo esta experiencia en mi formación como psicóloga. Llegar hasta acá fue un proceso desafiante, lleno de aprendizajes que dejaron una huella profunda en mi recorrido. Al comenzar esta etapa, me acompañaban muchas expectativas, pero también la incertidumbre de no saber con qué realidad me iba a encontrar dentro del hospital. Hoy, al mirar hacia atrás, reconozco un crecimiento que trasciende lo académico: crecí como profesional, pero también como persona.

Uno de los aprendizajes más significativos fue comprender que la admisión no es solo una instancia diagnóstica, sino un verdadero puente de entrada entre el paciente y el sistema de salud. En ese primer encuentro descubrí la fuerza de una escucha genuina, la importancia de leer lo que no se dice, y el valor de sostener un espacio de confianza para quien llega atravesado por la angustia o el desconcierto.

Adaptarme a la dinámica hospitalaria, enfrentar situaciones complejas y convivir con la frustración de no tener siempre una respuesta fue parte del camino. Sin embargo, cada desafío trajo consigo una enseñanza. Aprendí a confiar en mis recursos, a tolerar la incertidumbre y a apoyarme en el trabajo en equipo como una herramienta indispensable en el hacer clínico.

Me llevo, por sobre todo, lo que no está en los libros: Cada historia, cada mirada, cada palabra compartida. La psicología clínica no se limita al análisis teórico; implica presencia, compromiso y la posibilidad de ofrecer, desde lo pequeño, un alivio, una orientación o una compañía sincera en medio del sufrimiento.

Sé que aún queda mucho camino por recorrer, pero esta experiencia me confirmó algo esencial: estoy donde quiero estar. Y es desde ese lugar, con la convicción renovada y el compromiso intacto, que me dispongo a seguir construyendo mi camino en la psicología clínica.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias

- Acosta Torres, C., & Palacios Ortiz, N. (2008). Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán, Tabasco. *Horizonte Sanitario*, 9-19. ISSN 1665-3262, ISSN-e 2007-7459.
- Bados López, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Barcelona. Recuperado el 04 de enero de 2025 en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Barberousse, P. (2008). Fundamentos teóricos del pensamiento complejo de Edgar Morin. *Educare*, 95-113. ISSN: 1409-4258.
- Barriga, H. (1996). Estrategias para aumentar la cobertura en la solución de las demandas de salud mental de la población desfavorecida. *Revista de Psicología Social*, 45-58.
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica: Su empleo en el diagnóstico y la investigación*. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires
- Bleichmar, S. (1997). *Acerca del malestar sobrante*. Topia <https://www.topia.com.ar/articulos/acerca-del-malestar-sobrante>
- Courel, R., & Talak, A. (2001). *La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina*. En J. P. Toro & J. F. Villegas (Eds.), *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. Sociedad Interamericana de Psicología.
- Cortada, N. (1978). *La Psicología en la Argentina*. En R. Ardila (Ed.), *La profesión del psicólogo*. Trillas.

- Donatti, S., Garay, C. J., & Etchevers, M. J. (2015). La comunicación entre psicólogos clínicos y psiquiatras en el tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia) en salud mental. *Anuario de Investigación*.
- Farahoni, A., Graglia, S., & Nardi, V. (2024). *Senderos de malestares subjetivos: ¿Cómo nos construimos como analistas para abordar la realidad actual?* Ponencia presentada en el Congreso Argentino de psicoanálisis, Mendoza.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (1999). *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*.
<https://fepra.org.ar/codigo-de-etica>
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., & Suedan, A. E. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 66–72. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27171>
- Flick, U. (2007). *El diseño de investigación cualitativa*. Ediciones Morata, S. L.
- Franco, Y. (2011). Psicoanálisis, política, sociedad. En *"Más allá del malestar en la cultura"*. Ed. Biblos. Buenos Aires.
- Freud, S. (2015). *El malestar en la cultura*. En *Obras completas*. Buenos Aires Argentina. Amorrortu. (Obra original publicada en 1930)
- García Barthe, M. (1997). La ética en la formación del profesional de Salud Mental. *Revista Psicoanálisis y Hospital*, 6(12), 86-89.
- Gentile, A. (1997). Primer Congreso Argentino de Psicología. *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, 3(1/2), 159-172.

- Graglia, S. & Petit, C. (2022). *La generación cansada*. Sociedad de Psicoanalistas Contemporáneos. <https://scpsicoanalistas.com.ar/generacion-cansada/>
- Guber, R. (1991). El registro de campo: primer análisis de datos. En *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (Cap. 12, pp. 251-271). Paidós.
- Haz M, A. M., Díaz V, D., & Raglianti H, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Revista Terapia Psicológica*, 23-28.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Educación.
- Hospital Nacional de Clínicas. (s.f.). *Reseña histórica*. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado el 10 de julio de 2024, de <https://hospitalnacionalclinicas.fcm.unc.edu.ar/resena-historica/>
- Hornstein, L. (2007). *Las depresiones* (1ª ed., 1ª reimp.). Paidós.
- Jara Holliday, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*.
- Klappenbach, H. (2000). El psicoanálisis en los debates sobre el rol del psicólogo. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2, 191-227.
- Klappenbach, H. (2000b). El título profesional del psicólogo en Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 419-446.
- Kopelovich, M. (2019). Trabajo interdisciplinario en salud mental: Construcción de criterios terapéuticos en el marco de la ley 26657. Presentación del proyecto y primeros desarrollos. *Anuario Temas en Psicología*, 5, 229-236.

- Korinfeld, D. (2019). Los que escuchando se van orientando en su caminar. Consideraciones sobre clínica e instituciones. En *Las instituciones saberes en acción. Aportes para un pensamiento clínico*. Noveduc.
- Kuras de Mauer, S. & May N. (2015) *Cortarse solo: Acerca de las autolesiones en la piel*. Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, N° 16, 1-6
- Lagache, D. (1982). Ficha de cátedra en base al texto de “Psicología clínica y método clínico” de Lagache D. En *Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y métodos clínicos. Otros estudios* (pp. 141-156).Paidós.
- Ley N° 26.657. (2010, 25 de noviembre). *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley N° 23.277. (1985, 27 de septiembre). *Ejercicio Profesional de la Psicología*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Ley N° 7106. (1984, 27 de septiembre). *Disposiciones para el ejercicio de la Psicología*. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba.
- Ley N° 9848. (2010, 20 de octubre). *Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba*. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba.
- Ley N° 26.529. (2009, 21 de octubre). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Boletín oficial de la República Argentina.
- Lloves, N. (2022). Cap III: El concepto de transferencia en Freud. En *Lazos que construyen*. Buenos Aires, Letra Viva
- Manrique Tisnés, H. (2011). Sobre la clínica en la psicología. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis FUNL AM*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.21501/16920945.81>

- María Mercedes Barnechea García & María de la Luz Morgan Tirado. (2010). *La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica*.
- Matinal. (2010). *Entrevista con Óscar Jara [Entrevista realizada por Revista de Investigación y Pedagogía]*. Instituto de Ciencias y Humanidades de Perú.
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Bermejo, R. M. (2010). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. Caballo & M. Simón (Coords.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*. España: Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS)
- Morales Calatayud, F. (1997). *La psicología y los servicios de salud*. Oficina de Publicaciones Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Morin, E. (1990). *Pensamiento Complejo*. Gedisa
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámide.
- Rossi, L. (1994). Psicología en Argentina. *Capítulos olvidados de una historia reciente*. Tekné.

- Rossi, L. (2005). La psicología pre profesional en Argentina. Proyectos de formación específicas en psicología en el marco histórico, político y social. En L. Rossi (Comp.), *Psicología en Argentina. Vestigios de profesionalización temprana*. JVE Ediciones.
- Roselli, N. (1991). *Introducción histórica al desarrollo de la psicología argentina*. IRICE.
- Rubistein, A. (1996). *Sobre la admisión*. Presentado en las Jornadas Provinciales de Dispositivos de Salud Mental en Instituciones Públicas
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (Eds.). (2017). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry* (4.a ed.) [Edición en español]. Wolters Kluwer.
- Santimaria, L., Melamedoff, D. M., Gasquet, G., Paturllane, E. L., Triveño, G., Vizzolini, L., & Saraceno, G. (2016). Psicoanálisis e interdisciplina en la atención de la urgencia en salud mental en el hospital público. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Siquier de Ocampo, M. L., & García Arzeno, M. E. (1989). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Ediciones Nueva Visión.
- Sluzki, C. (1995). De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. En E. Dabas & D. Najmanovich (Comp.), *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós.
- Soave, M., & Juaneu, L. (2018). Entrevistas de admisión: Implementación y características teórico técnicas. *Revista Temas*, (12), 35-45. <https://doi.org/10.15332/rt.v0i12.2032>