

Cejas Motto, Malena

**El rol del psicólogo en el
dispositivo de interconsulta
del servicio de salud mental
de un hospital polivalente de
la Ciudad de Córdoba**

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

Directora: Gonzalez, Ana Silvia

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



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



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL DISPOSITIVO DE INTERCONSULTA
DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL POLIVALENTE
DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”

O. Malena Cejas Motto

2026

“El rol del psicólogo en el dispositivo de interconsulta del servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba”



Facultad de Ciencias de la Salud - Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Sistematización de Prácticas

“EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL DISPOSITIVO DE INTERCONSULTA
DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL POLIVALENTE
DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”

Autora: CEJAS MOTTO, O. MALENA

Directora: Esp. Gonzales, Ana Silvia

Año 2026

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el final del recorrido, el cierre de una etapa que no solo significó un gran desafío académico sino también un proceso maravilloso de crecimiento personal. Nada de esto podría haberse logrado sin el apoyo constante de todas las personas que fueron parte de este camino. A todas ellas, mis más sinceros agradecimientos.

A mis padres, quienes hicieron esto posible, por su amor incondicional, por nunca dudar que iba a lograrlo, por sostener siempre mi mano.

A Ramiro, por acompañarme en este proceso y por su inquebrantable fe en mí, que fue esencial para seguir adelante.

A mis amigas, una de las cosas más lindas que me dio esta carrera, que fueron parte fundamental de haber llegado a la meta. No sería lo mismo sin ellas.

A mi familia, particularmente a mis primas, por sostenerme en los momentos críticos y celebrar conmigo en los importantes.

Al Servicio de Salud Mental del Hospital Transito Caceres de Allende, que me abrió sus puertas y me recibió amorosamente para realizar mis prácticas profesionales.

A mi querida profesora Ana Silvia, por su paciencia y su cariño al guiarme en este último tramo del camino.

Por último, a la Universidad Católica de Córdoba, por haber sido mi casa tantos años y enseñarme mucho más que solo lo académico.

Índice general

AGRADECIMIENTOS.....	5
ÍNDICE DE SIGLAS.....	7
1) INTRODUCCIÓN.....	8
2) CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL.....	11
2.1 EL HOSPITAL.....	12
2.2 UBICACIÓN E INFRAESTRUCTURA.....	12
2.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL.....	13
2.3.1 INTERCONSULTAS.....	13
2.3.2 INTERNACION.....	14
2.3.3 CONSULTORIOS EXTERNOS.....	14
2.3.4 GUARDIA.....	15
2.4 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL.....	16
3) EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	18
4) OBJETIVOS.....	20
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
5) PERSPECTIVA TEÓRICA.....	22
5.1 CONCEPTUALIZACIONES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	23
5.2 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	29
5.2.1 LA INTERCONSULTA COMO DISPOSITIVO INTERDISCIPLINARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	33
5.2.1.1 EL ROL DEL PSICOLOGO CLINICO EN LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA. 38	
6) MODALIDAD DE TRABAJO.....	40
6.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS.....	41
6.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	42
6.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
6.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
7) ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	46
7.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	47
7.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	51
7.2.1 INTERCONSULTA Y SUS DINÁMICAS DE FUNCIONAMIENTO.....	52
7.2.2 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INTERCONSULTA Y SUS INTERVENCIONES.....	59
7.2.3 EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN INTERCONSULTAS.....	64
8) CONCLUSIONES.....	68
9) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

ÍNDICE DE SIGLAS

HTC: Hospital Transito Cáceres

OMS: Organización Mundial de la Salud

PPS: Práctica Profesional Supervisada

RISAMIJ: Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Infanto Juvenil

RISAM: Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental

TIF: Trabajo Integrador Final

UTI: Unidad de Tratados Intensivos

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

1) INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final se desarrolla en el marco de la etapa conclusiva de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba y tiene como propósito recuperar, sistematizar y reflexionar sobre la experiencia desarrollada en el contexto de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS).

La experiencia en campo que dio sustento a esta sistematización se constituye en un espacio de aprendizaje situado, donde la teoría se enlaza con la experiencia, generando un proceso de construcción que va más allá de la mera aplicación de técnicas. Este espacio promueve una actitud de observación activa, análisis, cuestionamiento y elaboración, que permite desarrollar una mirada clínica integral y crítica. En este sentido, el marco teórico de la psicología clínica orienta la comprensión del sufrimiento psíquico y de las modalidades de intervención posibles, reconociendo al sujeto en su complejidad y en su vínculo con otros, con la institución y con su propio cuerpo. La práctica, articulada desde este marco, concede el acceso a la revisión de conceptos fundamentales y resignificarlos a la luz de la experiencia, configurando así un aprendizaje vivencial y reflexivo.

La modalidad de trabajo se apoya en la participación progresiva del estudiante dentro del dispositivo institucional. Este proceso es favorecido por el acompañamiento constante por parte de los docentes y los profesionales referentes del servicio, facilitando la construcción de una práctica responsable, ética y comprometida.

El hospital se presenta como un escenario particularmente significativo para responder al propósito planteado anteriormente. Se trata de un hospital polivalente de referencia, que integra diversas especialidades médicas, lo que exige una permanente articulación interdisciplinaria.

Dentro de este entramado, el Servicio de Salud Mental ocupa un lugar estratégico, ya que permite abordar al paciente desde una perspectiva integral, contemplando dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

En cuanto a la organización del trabajo, en primer lugar se presenta una contextualización institucional del hospital donde se realizaron las prácticas supervisadas,

describiendo su estructura, funcionamiento y la modalidad de trabajo del servicio de Salud Mental. Luego, se presenta un desarrollo teórico que permite situar conceptualmente la psicología clínica, su campo de acción, sus objetivos y los fundamentos que orientan la práctica profesional. A continuación se expone la sistematización de la experiencia vivida, recuperando las actividades realizadas, los aprendizajes adquiridos y las transformaciones subjetivas, enmarcadas dentro de un eje de sistematización y el planteamiento de objetivos generales y específicos que orienten el proceso de sistematización. Finalmente se incluyen reflexiones y conclusiones generales que integran todo lo abordado con el propósito de aportar a la comprensión del rol del psicólogo en el ámbito hospitalario y a la consolidación de una práctica clínica reflexiva, crítica y comprometida con la salud mental.

De este modo, el presente trabajo no pretende limitarse a una descripción de actividades sino constituirse en un ejercicio de integración y análisis que permita consolidar las bases de la práctica profesional futura. Al recuperar la experiencia desde una mirada reflexiva, se busca aportar a la construcción de una identidad profesional comprometida y sensible a las necesidades de las personas y de las instituciones de salud en las que el psicólogo se inserta.

2) CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL

2.1 EL HOSPITAL

La práctica profesional supervisada en la cual se basa este trabajo se está desarrollando en el Hospital Transito Caseres de Allende (H.T.C.A). Fue fundado el 19 de junio de 2021 por el Dr Arturo Pitt, contando en la actualidad con ciento cuatro años de trayectoria.

Es un hospital general público y al igual que la gran red sanitaria de la que forma parte, depende del Gobierno Provincial y el Ministerio de Salud.

Su denominación rinde homenaje a Maria Hipolita Transito Caseres de Allende, nacida en 1830 en el seno de una reconocida familia cordobesa. Fue miembro de la Sociedad de Beneficencia y valorada por su compromiso social. Dedicó gran parte de su vida a impulsar acciones de prevención y tratamiento de la tuberculosis, comprendiendo que quienes carecían de recursos para acceder a una institución de salud no recibían aislamiento ni cuidados adecuados. (Página de Facebook, 2021)

En 2021 se conmemoró el centenario del hospital. La celebración contó con la participación de sus trabajadores, pacientes y el actual director de la institución. En este marco conmemorativo se rindió homenaje al personal fallecido y se realizó la plantación de un árbol como símbolo del centenario. (Gobierno de Córdoba noticias, 2021)

2. 2 UBICACIÓN E INFRAESTRUCTURA

El H.T.C.A se encuentra en la calle Buchardo 1250, barrio Pueyrredón. Su estructura se compone de cuatro edificios principales y algunas construcciones de dos pisos. Dos de los cuatro edificios están conectados por un puente cerrado. En el perímetro que pertenece al hospital no solo hay edificaciones sino también espacios verdes amplios y una capilla donde se realizan misas dos veces por semana.

El hospital dispone de dos accesos principales: uno para vehículos y otro para peatones. Este último ingreso tiene sobre la puerta el nombre del hospital tallado en piedras.

Las paredes de los edificios principales están pintadas de rojo y blanco, colores característicos del hospital y su símbolo (las siglas H.T) está plasmado en la mayoría de los pasillos.

2.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL

El servicio de salud mental funciona en el cuarto piso del edificio de consultorios. Ahí se ubican los consultorios externos, la secretaría y la sala de descanso de los profesionales. Además cuenta con interconsultas, el piso de internación de salud mental en el primer piso del edificio principal y un espacio de guardia donde un equipo de profesionales atiende las urgencias.

El servicio está conformado por 9 psiquiatras, 7 psicólogos, 1 trabajadora social y el grupo de residentes de RISAM Y RESAMIJ, siendo en total 6 de primer año, 2 de segundo y 1 de tercero. Todo el equipo está a cargo de la jefa del servicio, licenciada en psicología.

2.3.1 INTERCONSULTAS

Las interconsultas se realizan con todos los demás servicios del hospital, mayoritariamente con traumatología, medicina clínica, oncología y neumología. La

posibilidad de establecer interconsultas con el área de salud mental constituye un componente esencial en el abordaje integral de la salud, en tanto reconoce la interacción constante entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que conforman a la persona. Es una herramienta que permite implementar intervenciones que trascienden la atención solo de una patología física, incorporando un espacio para las emociones, la historia de vida y las necesidades del paciente. La interconsulta no solo apunta a tratar los síntomas físicos sino a promover el bienestar integral, con prevención para las recaídas y el fortalecimiento de las redes de apoyo.

2.3.2 INTERNACION

La internación en salud mental en el H.T.C.A comenzó a funcionar en el año 2023 con el propósito de realizar seguimientos más detallados de los pacientes que presentan patologías mentales de mayor gravedad, para favorecer posteriormente la reinserción de esa persona en su contexto cotidiano o, si fuese necesario, la derivación a otro dispositivo asistencial. La internación está bajo la supervisión de una psiquiatra, quien ejerce como jefa. En la actualidad, el único medio por el cual un paciente ingresa a la internación es por medio de la guardia.

2.3.3 CONSULTORIOS EXTERNOS

Los consultorios externos de Salud Mental son cuatro, ubicados en el cuarto piso del edificio donde se encuentran los consultorios de todas las áreas del hospital. Son utilizados

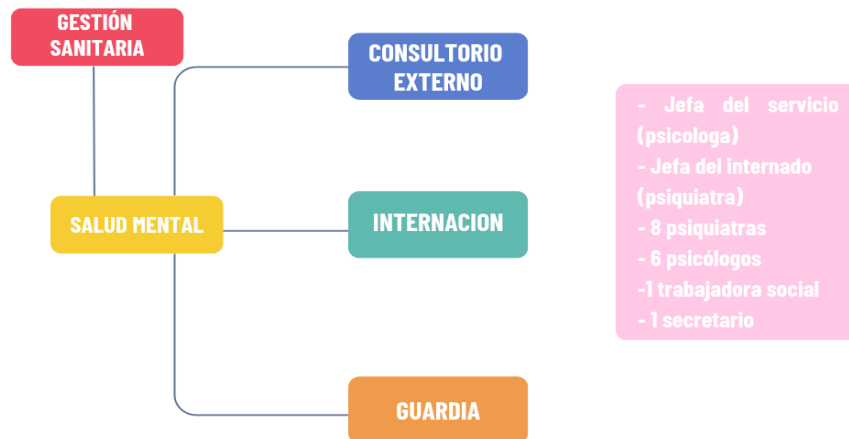
por todos los profesionales del equipo, en sus respectivos horarios. Allí se llevan a cabo entrevistas con pacientes con tratamiento ambulatorio, entrevistas a familiares de pacientes, entre otras actividades. Desde diciembre de 2024 no se realizan entrevistas de admisión y el turno está cerrado al superar la cantidad de pacientes en seguimiento, por lo que el H.T.C.A no está recibiendo nuevos pacientes para esta área.

2.3.4 GUARDIA

La guardia del servicio de salud mental funciona en el segundo piso del edificio principal; cuenta con cuatro camas, una computadora donde se realizan las evoluciones de los pacientes y se revisan las historias clínicas, un cuarto de baño, casilleros y archiveros. Los profesionales que integran el equipo de salud mental realizan guardias de 24 horas una vez a la semana, donde se dedican a atender las urgencias que ingresan al hospital. Si el caso lo demanda, el paciente pasa al piso de internación en salud mental.

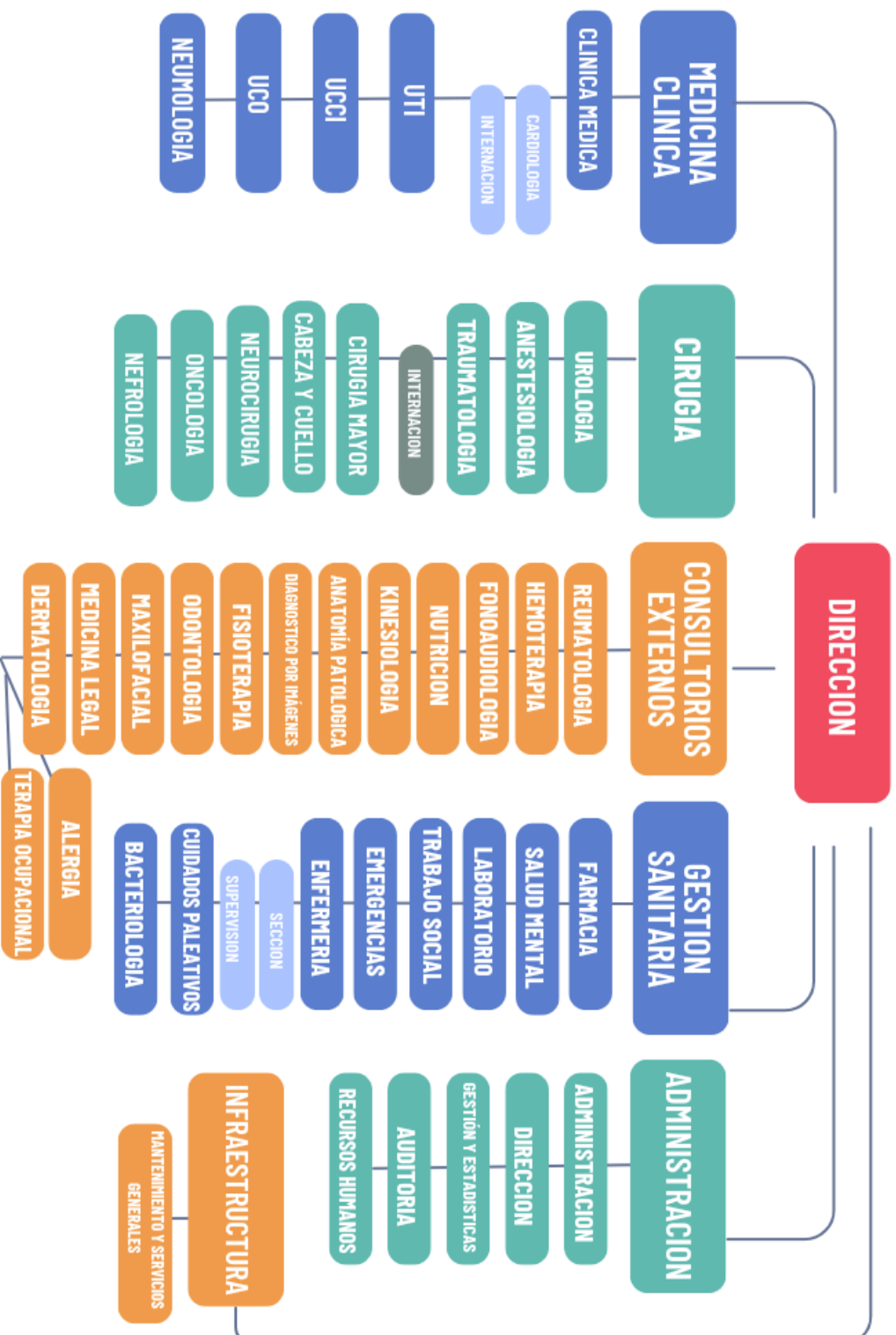
2. 4 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL

HOSPITAL TRÀNSITO CÀCERES DE ALLENDE



Fuente: elaboración propia

HOSPITAL TRÁNSITO CÁCERES DE ALLENDE



Fuente: elaboración propia

3) EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“El rol del psicólogo en el dispositivo de interconsulta del servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba”

4) OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el rol del psicólogo en el dispositivo de interconsulta del servicio de salud mental de un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir el dispositivo de interconsulta y sus dinámicas de funcionamiento entre el servicio de salud mental y otros servicios del hospital.

Caracterizar el rol del psicólogo y sus intervenciones específicas en la interconsulta.

Examinar los efectos de la interconsulta con Salud Mental en la atención integral del paciente.

5) PERSPECTIVA TEÓRICA

5.1 CONCEPTUALIZACIONES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Para comenzar este desarrollo se parte de los aportes de Bernstein y Nietzel (1980) que denominan, de manera muy interesante, a la psicología clínica como una ciencia joven y a la vez antigua:

La Psicología clínica, tal como la describimos en el capítulo primero, es hija de la posguerra tanto como las envolturas de plástico o las antenas de televisión. Este campo de la Psicología es joven y, como cualquier adolescente, está lleno de conflictos y de inquietudes sobre su identidad y sobre su actuación para seguirse desarrollando; pero, al mismo tiempo, la Psicología clínica es antigua, porque sus raíces se hunden en los tiempos en que todavía nadie hablaba de ella, y en los años anteriores a la guerra en que comenzó a presentarse en forma embrionaria. (p.26)

También es oportuno señalar la importancia de repasar los antecedentes de la psicología clínica para entender mejor la actualidad de la disciplina, tal como lo plantean los autores. Así como resulta más sencillo comprender la conflictiva de un paciente cuando se conoce su historia, de la misma forma se simplifica el análisis de los nuevos desarrollos y los problemas de la psicología clínica actual cuando se estudian sus antecedentes (Bernstein & Nietzel, 1980).

Los primeros desarrollos de la psicología clínica en el siglo XX, según lo explicitado por Colman (2003) estuvieron marcados por avances importantes en el ámbito del psicodiagnóstico. Durante ese periodo se consolidó la función tradicional del psicólogo clínico en la creación de instrumentos de evaluación psicológica y en su aplicación para el diagnóstico.

Hacia finales de 1930 el rol del psicólogo clínico comenzó a incorporar con mayor frecuencia funciones de carácter terapéutico. Estas intervenciones abarcaban en su mayoría: entrevistas con fines terapéuticos, actividades psicoeducativas y tareas de orientación. Surgieron así los primeros programas de posgrado en esta disciplina. Durante 1945, en Estados Unidos, se reconoció mediante certificación legal la especialidad de Psicología Clínica, marcando un hito fundamental para el afianzamiento y proyección de la disciplina. Desde 1950 en adelante, la psicología clínica afianzó su estatus de disciplina tanto en el plano

profesional como en el científico. Esto favoreció la ampliación de su campo de acción y le otorgó un creciente reconocimiento social (Colman, 2003).

En cuanto al desarrollo de la psicología clínica en Argentina, Colman (2003) lo vincula a la estrecha relación con el avance de la psiquiatría, atravesando posteriormente un largo proceso de diferenciación de la misma. A finales del siglo XX se reconocieron formalmente las prácticas clínicas como parte de las incumbencias profesionales del psicólogo, siendo que anteriormente era considerado un auxiliar de la psiquiatría sin participación directa en el tratamiento terapéutico. Este reconocimiento fue resultado de un proceso complejo, compuesto de reivindicaciones y disputas legales, cuyos efectos aún se ven en la actualidad. Por esto último el rol del psicólogo clínico sigue en proceso de consolidación (Colman, 2003).

Es por esto que en la Provincia de Córdoba se promulgó de la Ley Provincial N° 7.106 (1984) donde se delimita las incumbencias del psicólogo clínico, siendo estas:

la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad, mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (art.3)

Esta Ley además establece obligaciones y prohibiciones para el psicólogo clínico. Por una parte, están obligados a preservar el secreto profesional salvo excepciones legales, a prestar servicio si fuesen convocados por las autoridades ante una emergencia sanitaria, a mantenerse actualizados en cuanto a los progresos de su disciplina. Por otra parte, tienen prohibido indicar esquemas psicofarmacológicos o utilizar técnicas por fuera de lo aprobado en centros científicos o universitarios, etc. (Ley Provincial N° 7.106, 1984)

Como se mencionó anteriormente, la psicología clínica aún se encuentra en proceso de consolidación, por lo cual hay múltiples definiciones que buscan denominarla y delimitar sus quehaceres. “En los últimos años, este campo de la Psicología ha crecido tan rápidamente y en tantas direcciones que cualquier intento por describirlo en una o dos frases, resultaría o demasiado vago o demasiado estrecho y, además, rápidamente sería rebasado” (Bernstein & Nietzel, 1980, p. 4).

En relación a esto, Manrique Tisnès (2011) también menciona la dificultad de ensamblar una sola definición de psicología clínica, usualmente tropezando con el error de confundirla con psicoterapia: “consideramos que la psicoterapia hace parte de la clínica, por lo cual es adecuado decir que es una práctica clínica, pero lo inverso no es cierto: no toda práctica clínica es psicoterapia” (p.1). El término “clínica” se utiliza en psicología porque el método clínico no es exclusivo de una disciplina en particular sino que es general para todos. Además el autor menciona: “En tanto método, la clínica no es subsidiaria de la patología. Aunque su nacimiento está vinculado a la enfermedad y a la muerte como lo señala Foucault, esto no quiere decir que sea un método exclusivo para abordar la patología” (p. 3).

La psicología clínica, según la definición de Colman (2003) tiene amplios y rigurosos conocimientos que integran saberes provenientes de todas las áreas de la disciplina, vinculados al abordaje y tratamiento de trastornos psicológicos. Este campo posee modelos y métodos propios, tales como: métodos psicodiagnósticos, entendidos como el conjunto de herramientas que posibilitan el estudio de la personalidad; modelos psicopatológicos, aquellos que posibilitan la realización de diagnósticos diferenciales; y procedimientos psicoterapéuticos, que abarcan el conjunto de fases implicadas en el tratamiento psicológico.

Para Bernstein y Nietzel (1980), en el recorrido que realizan por las diferentes definiciones de la psicología clínica, se destaca una característica que la distingue de las demás áreas de la psicología: la actitud clínica, definida como “la orientación exclusiva que tiene el psicólogo clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica, y de otro tipo, con sus esfuerzos que hace para evaluar a una persona particular para poder entenderla y ayudarla” (p.6).

La actitud clínica distingue a los psicólogos clínicos de otros profesionales de la psicología en tanto su interés está enfocado no solo en estudiar los fenómenos psicológicos sino en comprenderlos expresados en la singularidad de cada sujeto. Al mismo tiempo también diferencia a la psicología clínica de otras profesiones como psiquiatría o trabajo social, que sólo priorizan el tratamiento del individuo mientras que el psicólogo clínico ahonda en la naturaleza de la problemática a partir de procesos que integran la evaluación, investigación y la práctica (Bernstein & Nietzel, 1980).

Las afirmaciones de Bernstein y Nietzel concuerdan con Lagache (1982) cuando plantea que la psicología clínica se define a partir de su objeto, de su meta y sus métodos, orientándose al estudio de la conducta en cada individuo en particular. Es así que se enfoca en comprender a la persona en su singularidad tomando en cuenta sus condiciones biológicas y su historia de vida en su propio contexto. En este marco, para estudiar las conductas individuales, adaptadas e inadaptadas, se configura al diagnóstico como “el acto cognitivo del enfoque clínico” (p.8). Para elaborar el diagnóstico se utilizan ciertos procedimientos que permiten recabar datos y son denominados “técnicas de la psicología clínica” tales como:

Técnicas Históricas: podemos distinguir dos técnicas específicamente historias: el empleo de testimonios y documentos.

Técnicas de Observación: El examen clínico propiamente dicho es la observación hecha por el psicólogo en un contacto personal y directo con el consultante y con los principales miembros de su entorno.

Empleo de Test: Gracias a la tarea manual a cumplir, el clínico “ve” cómo actúa y se conduce al consultante. Si bien es conveniente contar con la medición de los tests elegidos, el interés de los resultados psicométricos se desvanece, comparado con la observación de la reacción global del consultante frente a la tarea experimental realizada en una situación social de examen.

Técnicas Auxiliares: Incluimos en esta categoría a la grafología y la morfopsicología. Es difícil asignarles un lugar “orgánico” entre las modalidades de investigación clínica; la mayoría de los médicos y los psicólogos prácticos no las utilizan; algunos, por el contrario, otorgan a la grafología y a la morfopsicología un lugar predominante y a veces exclusivo.

Técnicas Psicoanalíticas: Si por psicología clínica se entiende el estudio de la conducta y la personalidad, orientado por la observación de la respuesta total del ser humano concreto y total frente a la situación, es evidente que el psicoanálisis está comprendido dentro de la psicología clínica (Lagache, 1982).

En cuanto a cómo recaban datos los psicólogos clínicos, Bernstein y Nietzel (1982) determinan que “obtienen sus datos de evaluación a partir de cuatro fuentes generales: entrevistas, pruebas, observaciones y documentos históricos” (p.123).

Las pruebas se caracterizan por la presentación estandarizada de estímulos en condiciones controladas, lo que permite garantizar que todos los sujetos sean evaluados de la misma manera. Además de ser accesible y práctica en su aplicación, minimiza los posibles sesgos del evaluador y permite comparar de forma objetiva el desempeño de un individuo con el de otros evaluados.

Sin embargo, las pruebas no son aparatos mágicos que siempre manifiestan la "verdad" acerca de la gente. Se les debe evaluar en términos de su confiabilidad y validez, y, como otras técnicas de evaluación, algunas veces se han visto que fallan en algunos elementos importantes. (p.125)

Las observaciones se destacan para los autores como una herramienta que posibilita la descripción y el análisis de la conducta de forma precisa, favoreciendo la comprensión de los comportamientos individuales. Al completar los datos de entrevistas y pruebas con esta observación directa "la meta es trascender lo que dice el cliente y descubrir lo que la persona realmente hace" (p.125)

La evaluación por medio de observaciones tampoco carece de problemas. Hasta qué punto alguien puede apoyarse con seguridad en la información que provenga de esta fuente ya que puede variar de manera considerable, debido a que la confiabilidad y validez de los datos que se derivan de las observaciones pueden verse amenazadas por posibles errores y prejuicios del observador, la influencia inadvertida del observador sobre la conducta que se observa, algunos factores particulares de la situación y otros elementos parecidos. (p.126)

Los documentos históricos abarcan todos los diferentes documentos que un individuo va acumulando a lo largo de su vida, ya sea registros académicos, laborales, médicos o producciones personales. Los autores consideran que estos constituyen una fuente relevante de información ya que permiten obtener información valiosa de la conducta, manifiesta o encubierta, en el tiempo y en distintos contextos. Es así que estos documentos ofrecen una visión amplia del sujeto.

Una revisión de diez minutos de los certificados de primaria, secundaria, bachillerato y universidad de una persona pueden proporcionar una información de la historia académica de una persona mucho más precisa, detallada y cuidadosa que una conversación que ocupe 30 minutos de una entrevista en respuesta a tales preguntas como: "¿Cómo te iba en la escuela?". (p.127)

Por su parte, los autores posicionan a la entrevista como “la fuente principal de datos y la que más se emplea en los ambientes clínicos y no clínicos” (p.123). Esta constituye una herramienta accesible, económica, versátil y que posibilita la obtención de datos sobre la conducta verbal o no verbal del individuo. Su aplicación no suele requerir equipamiento específico y se puede realizar en diversos ámbitos. Su carácter flexible permite al profesional adaptar las preguntas según los puntos considerados más pertinentes, dependiendo de su orientación teórica y su criterio clínico.

En el mismo sentido, Protesoni (2018) también plantea que la entrevista es la herramienta privilegiada para la psicología pero agrega un concepto importante: “la entrevista psicológica en un sentido amplio implica un encuentro entre un sujeto (o muchos) y un psicólogo” (p.11). A su vez, la autora afirma que la entrevista está orientada a recibir el malestar del sujeto, comprender su problemática, formular hipótesis y determinar una estrategia de tratamiento adecuada. Para que esto sea posible debe construirse un vínculo en ese encuentro entre el sujeto y el psicólogo dentro del contexto de la entrevista.

La entrevista surge en el marco de los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, adquiriendo progresivamente mayor especificidad al adaptarse a distintos ámbitos y problemáticas. Su desarrollo puede separarse en dos caminos: por un lado, orientada al diagnóstico con fuerte influencia de la psiquiatría biológica y centrada en la exploración; por otro lado, vinculada al tratamiento psicológico, especialmente desde el enfoque psicoanalítico, donde la entrevista permite reconstruir escenarios en los que se actualizan vínculos y relaciones a partir de la dinámica transferencial (Protesoni, 2018)

Otro punto de importancia es determinar las tareas fundamentales del psicólogo clínico. Ulloa (2002) afirma que la tarea principal es descubrir los puntos o las señales de urgencia que presenta el sujeto, ya que le permitirán marcar cuál es la acción crítica que enfrenta.

Por puntos de urgencia se entienden los síntomas (datos más evidentes) que denuncian una acción crítica, designando este último concepto la situación que por haberse estereotipado, crea una dificultad de adaptación, una dificultad frente al cambio (no olvidemos que la conducta es un continuo proceso situacional). (p.2)

Sobre el rol del psicólogo clínico y su práctica, Haz et al., (2002) exponen que tradicionalmente se desarrollaba en el ámbito de la consulta privada pero en la actualidad su

ejercicio profesional, y su rol, se encuentran cada vez más vinculado a distintos ámbitos institucionales. De este modo su labor se despliega en clínicas y hospitales pero también en centros comunitarios, organizaciones municipales y organismos no gubernamentales, lo que implica para el rol profesional una readecuación en articulación con los objetivos de la institución y diversas dinámicas interdisciplinarias.

Esta situación impone un desafío para el psicólogo clínico, quién, como profesional del área psicosocial, deberá saber insertarse en un equipo de trabajo formado por distintos agentes profesionales y no profesionales, que forman parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada la persona o beneficiario. El psicólogo con una formación clínica tradicional, poco acostumbrado a realizar trabajo en equipos multiprofesionales deberá aprender a relacionarse con personas de otros ámbitos del saber; y por otro lado, muchas veces ser miembro activo en la conformación del equipo como tal, ante un tema específico relativo a su área de conocimiento, por ejemplo, en la realización de capacitaciones para el equipo institucional. (p.3)

Es por todo esto que Colman (2003) remarca como en la actualidad el rol del psicólogo clínico requiere la capacidad de desenvolverse en el ámbito institucional. Esto implica manejar un lenguaje que facilite la comunicación en un equipo interdisciplinario. El abordaje actual de las problemáticas en salud mental debe sustentarse en una perspectiva con enfoque multidimensional y una comprensión del problema en el contexto en el cual se inscribe, aspecto crucial que se desarrolla en el análisis de este trabajo.

5.2 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

De acuerdo con Perichinsky (2018) en la cultura coexisten diversas formas de abordar el padecimiento y otorgarle sentido, entre ellas las propuestas religiosas, médicas, psiquiátricas o psicológicas. El hospital, como institución que forma parte de esa misma cultura, se constituye en un espacio donde confluyen múltiples discursos y prácticas. Es así que la inserción del psicólogo en el ámbito hospitalario introduce una modalidad distinta de intervención frente al malestar, que no se limita a la dimensión biológica, sino que busca

generar otros modos de comprensión y tratamiento en la clínica. El autor además se explaya sobre las variables que se ponen en juego al trabajar en un hospital público, las cuales son:

Las políticas en salud desde el Ministerio de Salud y desde las direcciones del hospital, las diferentes concepciones determinadas por el campo de cada profesión y de otros trabajadores y la posición que se tome en el lugar donde se realiza nuestra praxis, considerando la historia, la estructura y el funcionamiento del mismo. (p.100)

Dentro del documento *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales* (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) se presenta que la atención en salud mental en hospitales generales contribuye a disminuir riesgos que puede padecer el paciente dentro de la institución como la segregación, cronificación, abandono y vulneración de su integridad psicofísica. “Sanitariamente, la existencia de un servicio de salud mental en un hospital general favorece a un enfoque integral de los problemas de salud, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos” (p.11).

De esta manera, el Servicio de Salud Mental en los hospitales generales es un elemento esencial para garantizar una atención integral en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la Salud Mental es un estado de bienestar que posibilita a las personas afrontar las tensiones cotidianas, desarrollar sus capacidades, desempeñarse de manera productiva y contribuir activamente a su comunidad. La atención en salud mental no se reduce únicamente a la ausencia de trastornos, sino que incluye acciones de promoción del bienestar psicológico y de prevención del sufrimiento psíquico mediante intervenciones integrales e interdisciplinarias. Al formar parte de los servicios generales de la Salud, estos dispositivos favorecen el abordaje del paciente, promoviendo la articulación entre los distintos niveles de atención y los equipos profesionales (Martínez, 2025).

Retomando lo desarrollado en el documento *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales* (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) todos los Servicios de Salud Mental deben estar regidos por lo pautado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y en la Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26.529.

Se explicita que el equipo tratante “debe ser interdisciplinario y con capacitación permanente, y preferentemente compuesto por: 1. médico/a psiquiatra, 2. psicólogo/a, 3.

trabajador/a social, 4. enfermera/o con capacitación en salud mental, 5. personal terapéutico” (p. 13).

Además, el Servicio deberían abarcar todo el proceso terapéutico, el cual sería:

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

En el marco de las intervenciones del servicio, las problemáticas como vulnerabilidad psicosocial, adicciones, consumo problemático y violencia deben ser comprendidas como padecimientos, sin distinción diagnóstica y garantizando respuestas terapéuticas acordes. En los casos que requieran derivación, se debe acompañar al usuario hasta asegurar su inserción en otro dispositivo de atención. “Las derivaciones deben realizarse en consonancia con lo establecido en el artículo 30 de la LNSM, notificando las mismas a las instituciones pertinentes cuando sea necesario” (p.16).

El servicio de salud mental, según lo sugiere el documento, debe formar parte de la estructura del hospital para evitar la reproducción de lógicas de encierro y la estigmatización de los usuarios. También deberá garantizar las medidas de protección y seguridad para los usuarios del servicio y las demás áreas. “El control de acceso al mismo se compartirá con el resto de las áreas, evitando el aislamiento del usuario y favoreciendo el contacto con el resto de las áreas de hospital” (p.12)

Por otro lado, en cuanto a las funciones desempeñadas por los psicólogos clínicos del ámbito hospitalario, según Martínez (2025), son funciones variadas dentro del servicio de salud mental, e 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 “ (p.37).

En la misma línea, siguiendo a Bazan Riveron (2003), es interesante recuperar lo que contempla como el papel del psicólogo que trabaja en el área hospitalaria:

Fungir como asesor en la elaboración tanto de la evaluación como del tratamiento de un caso clínico, en conjunción con otros profesionales de la salud; como investigador, se dedica a aplicar los diferentes principios de la psicología a distintas enfermedades, en diversos ámbitos y circunstancias, para primero, producir datos o nuevas preguntas que puedan retroalimentar a la teoría; y segundo, mejorar la calidad de vida en el ámbito hospitalario, considerando los tres grupos que lo componen (equipo al cuidado de la salud, paciente y familia) tanto dentro de la institución como en el hogar y la comunidad. (p.23)

Aunque la incorporación del psicólogo en el contexto hospitalario implica una transformación de las expectativas en la atención al paciente, así como una redefinición de roles entre los distintos profesionales, su labor debe orientarse siempre hacia la complementariedad y la colaboración. Esta contribución se centra en aportar una perspectiva especializada sobre los procesos psicológicos identificados. Dicha cooperación resulta especialmente relevante y necesaria cuando se interactúa con otros profesionales psicólogos que desempeñan funciones en el entorno hospitalario (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Por último, el documento *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales* (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) esclarece la necesidad de que en el ámbito

hospitalario exista un dispositivo que conecte a los profesionales, tanto psicólogos como médicos enfermeros, trabajadores sociales, entre otros, para brindar una atención integral de la salud a cada paciente:

En el servicio de salud mental de un hospital general el proceso de interconsulta tiene una importancia vital, ya que todo diagnóstico y tratamiento debe incluir la multiplicidad de variables que influyen sobre el bienestar psíquico y subjetivo de una persona. Un abordaje aislado sin articulación alguna con efectores que se encuentren por fuera del servicio será insuficiente (p.23).

5.2.1 LA INTERCONSULTA COMO DISPOSITIVO INTERDISCIPLINARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Tal como se menciona en el apartado anterior, dentro del ámbito hospitalario resulta indispensable que los servicios cuenten con la capacidad de responder a las interconsultas que provienen de otras áreas, tanto desde el propio servicio de salud mental como desde las distintas especialidades que requieran su intervención. Este intercambio interdisciplinario posibilita un abordaje integral de las personas o los grupos atendidos, favoreciendo la ruptura con las modalidades monovalentes de atención y promoviendo una práctica más articulada entre los dispositivos del hospital (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2021).

Asimismo, Ferrari et al. (2019) definen a la Interconsulta como:

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

Este instrumento de interconsulta es dependiente de los Servicios de Salud Mental de los hospitales y usualmente se conforman mayoritariamente por médicos psiquiatras, psicólogos y enfermeros especializados en este campo. Estos profesionales componen un

equipo que se especializa en atender y responder a las demandas provenientes de pacientes asistidos en otros servicios del hospital o de sus médicos tratantes. Su trabajo se desarrolla a diario en escenarios complejos y en constante interacción con distintos profesionales de diversas áreas, lo que exige un alto grado de flexibilidad para el permanente diálogo hacia los demás servicios, hacia los pacientes y hacia las familias (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Por consiguiente, la interconsulta en Salud Mental se configura como un dispositivo que posibilita una comprensión más amplia y contextualizada del padecimientos subjetivo del paciente, al propiciar una mirada integral que articula los distintos aspectos implicados en su situación. Este abordaje promueve el fortalecimiento de las habilidades comunicacionales y de trabajo interdisciplinario dentro de los equipos de Salud, favoreciendo la construcción de estrategias de intervención más efectivas.

La interconsulta tiene un procedimiento estándar que puede variar según la institución hospitalaria. Sobre esto, Ferrari et al. (1980) describen el proceso de la interconsulta como una serie de pasos que se inicia con una solicitud formal entre servicios, que puede venir “del médico tratante, que es lo que ocurre la mayoría de veces o del propio paciente, de un familiar, de la enfermera o de cualquier personaje relacionado con la situación médico - institucional del paciente” (p.54). Este pedido puede realizarse de forma oral o escrita, donde se incluyen los datos del paciente y el motivo de la interconsulta. Los autores aclaran que usualmente los motivos no suelen ser precisos:

El motivo explicitado tiene poca relación con el contenido latente del pedido de Interconsulta. Puede afirmarse que cuando el médico efectúa un pedido, ya sea verbal o escrito, lo hace a través de un mensaje manifiesto ambiguo que tiene que ver con el contenido latente, pero que generalmente viene enmascarado y que es tarea del interconsultor develar. (p.55)

Precisamente sobre esto, Giusti y Altamirano (2025) coinciden con los demás autores al afirmar que los motivos de las interconsultas frecuentemente son muy variados y no detallan el estado del paciente, además agregan: “es responsabilidad del psicólogo clínico, tras un análisis riguroso que incluye entrevistas con el equipo médico, el paciente y sus familiares, definir y priorizar los objetivos de intervención que pueden o no ser congruentes con las expectativas iniciales” (p.81).

Una vez recibida la solicitud “ya sea oral o escrita, el interconsultor realiza una serie de pasos que técnicamente apuntan a esclarecer la situación dilemática. Los pasos a realizar son: a) recoger información; b) procurar un esclarecimiento; c) devolver la información” (p.55). El interconsultor avanza entonces hacia lo que los autores denominan el paso de Información, que implica acercarse al lugar donde emerge el conflicto para relevar datos importantes. Para ello se realizan entrevistas abiertas y dirigidas al paciente, a los familiares, al equipo tratante, etc. y se complementan con observar las dinámicas relaciones entre los actores involucrados. El segundo paso es el Esclarecimiento, donde el interlocutor integra y organiza la información recolectada. Los datos ordenados permiten construir una mejor comprensión tanto de la relación entre el paciente y el medio como del funcionamiento institucional. El paso final es la Devolución, que representa para estos autores mucho más que comunicar resultados sino que se convierte en una acción terapéutica en sí misma, orientada a resolver conflictos subyacentes y encauzar aquello que generó la crisis (Ferrari et al., 1980).

Al respecto de esto, Carpinacci (1979) plantea un proceso similar para la interconsulta. La primera etapa es la Recepción Formal de la Interconsulta, que corresponde al momento donde se recibe institucionalmente la solicitud. La segunda etapa es la Recepción Personal y Objetiva de la interconsulta, donde el interconsultor se asegura de que el paciente haya sido debidamente informado y haya prestado conformidad antes de entrar en contacto con el. La siguiente etapa para el autor implica el análisis de las entrevistas realizadas, del clima de la sala y de la comparación entre el motivo de consulta escrito y la versión oral. A partir de este análisis se elabora una síntesis del material obtenido, se formula una conclusión sobre la naturaleza del problema y se realiza un listado de recursos disponibles para la intervención.

Con todo eso se diseña un plan orientado a modificar los factores conflictivos. Dicho plan puede incluir terapia psicofarmacológica, terapia breve, entrevistas con el paciente o indicaciones al equipo tratante.

Una vez concluida la intervención, el autor describe lo que sería la Devolución al médico solicitante, en el que se explicitan de forma ordenada y sistemática las características del conflicto y las indicaciones terapéuticas correspondientes. Esto da paso al Término de la interconsulta, cuando desaparecen las causas que dieron origen al pedido de interconsulta o bien, cuando el paciente abandona el hospital (Carpinacci, 1979).

En relación a lo anterior, Fuenteja y Villaverde (2019) detallan algunas características que tiene el proceso de interconsulta, tales como: la ausencia de intimidad, la tolerancia a la vulnerabilidad y la muerte, la soledad de la tarea, las creencias erróneas, entre otras. Puntualizando sobre lo denominado por los autores como ausencia de intimidad, se puede detallar que en el propio contexto hospitalario es común que las entrevistas y el seguimiento se realicen en habitaciones compartidas con otros pacientes (marcando una diferencia significativa con otras formas de intervenciones psicológicas) En esta situación, tanto el paciente como el profesional ven expuesta su intimidad y su vínculo terapéutico suele interrumpirse repetidamente por otros profesionales ingresando a la habitación.

Esta situación requiere de una aproximación cuidadosa a los aspectos personales del paciente, intentando captar el momento idóneo para la exploración y respetando hasta dónde quiere expresar en ese momento determinado. Algunos gestos, como solicitar, siempre que sea posible, a otros profesionales que esperen, pedir a los acompañantes que salgan, preguntar si le viene bien hablar, poner la cortina separadora entre las camas, acercarse a la altura en la que esté el paciente o bajar el tono de voz, van a ser aspectos imprescindibles para que este pueda sentirse respetado en su intimidad. (pàrr. 25)

También es acorde al presente trabajo explicar a que se refieren los autores como creencias erróneas, siendo esta principalmente la idea de que la inclusión de variables psicológicas en el abordaje del paciente le quiten rigor a la intervención médica. “En nuestra cultura actual, existe un ideal de funcionamiento sanitario, basado en la objetividad y en protocolos de actuación, considerando estos como garantía de una sanidad igualitaria y científica” (pàrr. 26), por esto hay quienes consideran que la incorporación de ‘lo psicológico’ es más un factor de riesgo que un elemento necesario para la atención integral de la salud. Cuando esta creencia se vuelve automática suele derivar en una jerarquización secundaria para la atención psicológica o una delegación generalizada hacia los profesionales del campo ‘psi’ (Fuenteja y Villaverde, 2019). A su vez, los autores agregan:

El temor de los propios psicólogos a no ser considerados en el mismo nivel de competencia de otros profesionales nos puede llevar a cierto mimetismo en el funcionamiento, con el riesgo de generalizar y argumentar nuestra intervención fundamental en base también a protocolos de actuación, en los que se pierda la dimensión individual y los significados propios del paciente en el marco de su proceso. (Pàrr. 26)

Por otra parte, es propicio señalar que diagnóstico prevalece en este dispositivo, siendo este de tipo situacional, ya que contempla la participación de todos los actores implicados en la demanda: el paciente y su familia, el personal de Salud, las coberturas de salud y la propia institución, que en el imaginario puede adquirir una función tanto de amparo como de amenaza. (Ferrari et al., 2019)

Según estos autores, cuando se logra hacer visible aquello que opera de manera latente y que da lugar a la interconsulta, la crisis se vuelve clara y la problemática emerge con más definición. Esto posibilita el abordaje de la misma a través de “un diagnóstico de acción terapéutica sobre todos los protagonistas de la situación” (p.60). El paciente expresa su problemática de diversos modos y en distintas dimensiones de su padecimiento (corporal, psíquica y con el entorno), lo que contribuye a complejizar su situación clínica. Es así que se vuelve necesario establecer un orden de prioridades y criterios de urgencia que permitan identificar, en el presente de la internación, cual es el aspecto psicopatológico que requiere una atención más inmediata.

Es frecuente que la patología que el interconsultor está observando abarque todas esas áreas mencionadas e involucre muchas cosas más, lo cual produce simultáneamente un sinnúmero de dudas. De acuerdo con nuestra experiencia, lo adecuado es intentar abordarlas en una dimensión total, lo cual no significa cubrir las áreas en conflicto, sino intentar priorizar una (no en forma arbitraria) en función de ese peculiar proceso del “estar enfermo”, considerado aquí en su internación (Ferrari et al., 190, p.60).

No se puede dejar de considerar que la interconsulta aparece en un contexto particular y en un momento especial del curso de la enfermedad, por lo que resulta fundamental identificar y diagnosticar esta situación especial y priorizar el área en la que se expresa: “el equipo de Interconsulta debe lograr diagnósticos situacionales que permiten detectar puntos de urgencia de un estado peculiar (“estar enfermo”) en un momento también peculiar (“estar internado”)” (Ferrari et al., 1980, p.60).

En la misma línea de Diagnóstico, el documento Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) establece que el proceso de interconsulta posibilita la construcción de un diagnóstico clínico integral que favorece una comprensión más profunda del recorrido del usuario dentro del sistema de salud, “integrando las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que intervienen en el cuadro” (p.23).

Ahora bien, no es posible finalizar este recorrido teórico sobre la interconsulta hospitalaria sin tomar en cuenta estas palabras textuales de Carpinacci (1979) al hablar de los interconsultores; “se ocupan de aquellos sectores que el médico por lo general elude, esto es, las implicaciones emocionales en un paciente y sus familiares ante la emergencia de una enfermedad somática” (p. 23). Cabe resaltar esta frase del autor porque pone el foco en el aspecto específico y característico del psicólogo clínico que hace de interconsultor, donde no se intenta plagiar al médico sino precisamente de ocuparse de aquellos aspectos que la medicina suele dejar en segundo plano.

En conclusión, para los servicios de salud mental de los hospitales generales, la interconsulta adquiere una relevancia fundamental, dado que todo diagnóstico y tratamiento requiere considerar la multiplicidad de variables que inciden en el bienestar psíquico y subjetivo de la persona. En este sentido, el dispositivo de interconsulta se presenta como un espacio privilegiado de articulación entre saberes, donde el trabajo conjunto entre profesionales de diferentes disciplinas garantiza una atención integral y contextualizada (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2021)

5.2.1.1 EL ROL DEL PSICOLOGO CLINICO EN LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA

Dentro de las diversas tareas que competen al psicólogo clínico en el contexto hospitalario, se incluye su participación en el Equipo de Interconsulta y Enlace. Desde este espacio, el profesional desarrolla una labor conjunta con otros integrantes del equipo de salud, contribuyendo con una perspectiva particular sobre los procesos psicológicos presentes en los pacientes. (Bolton, Moreno y Carracedo, 2024)

En relación con el rol del psicólogo en la interconsulta, Perona y Casado (1988) explican que la labor se desarrolla atendiendo a pacientes internados en otras áreas del hospital y para optimizar su tratamiento, requieren acompañamiento de salud mental.

La labor del psicólogo en la interconsulta puede distanciarse de la labor del psiquiatra en varios aspectos siendo el más relevante las estrategias utilizadas por cada especialidad. Los psicólogos suelen centrarse en elementos biopsicosociales y conductuales del paciente, efectuando tanto evaluaciones como intervenciones psicoterapéuticas. Los psiquiatras por su parte, se enfocan en el abordaje de síntomas psiquiátricos desde el manejo de psicofármacos (Yost & Cavanagh, 2025).

Sobre esto, Zas (citado en Fuentetaja y Villaverde, 2019) establece que el rol del psicólogo consiste en responder a la demanda de la interconsulta cuando se requiere una intervención específica y limitada al momento particular que atraviesa el paciente durante su internación. Esta tarea supone un nivel más amplio de cooperación y puede continuar una vez finalizado el ingreso hospitalario. Esta modalidad se caracteriza por el trabajo conjunto con el servicio solicitante (equipo médico tratante), brindando aportes sobre los procesos psíquicos del paciente y su entorno familiar, así como orientaciones de manejo, interpretación o mediación.

6) MODALIDAD DE TRABAJO

6.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

El presente trabajo se enmarca en la modalidad de sistematización de experiencias, planteada por Jara (2011) como un proceso de recuperación, interpretación crítica y teorización de las prácticas profesionales. Desde esta perspectiva, la sistematización trasciende la mera descripción de lo vivido y se aboca a otorgar sentido a la experiencia a partir del análisis reflexivo de los aprendizajes, los obstáculos y los desafíos emergentes en el proceso formativo.

De este modo, la sistematización implica un ejercicio de reconstrucción y comprensión crítica que permite transformar la práctica en conocimiento, configurándose como un proceso investigativo que articula la experiencia con la teoría.

La presente sistematización se construye a partir de la reconstrucción de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) desarrolladas en el Servicio de Salud Mental del Hospital Tránsito Cáceres de Allende, ubicado en la ciudad de Córdoba. La experiencia se desarrolló mediante la observación de diversos dispositivos institucionales, tales como entrevistas de admisión, interconsultas, guardia e internación.

A través de la escritura sistemática de registros, la participación en espacios de supervisión compartida y la realización de entrevistas a profesionales de plata y residentes, se establece como objetivo la recuperación, el análisis y la reorganización de lo acontecido con el fin de estructurarlo en torno al eje de sistematización propuesto. Este proceso posibilita la elaboración de un conocimiento situado, que emerge de la práctica misma reconociendo su carácter singular, dinámico y colectivo.

6.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Los sujetos que formaron parte de la práctica fueron pacientes internados en el hospital en los distintos Servicios tales como Traumatología, Neumonología, Clínica Médica, Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), entre otros. Se trata de una población heterogénea en cuanto a edad, género, condiciones socioeconómicas y problemáticas de Salud, lo cual exigió la adaptación constante del abordaje profesional a las particularidades de cada caso.

La población atendida abarcó un rango etario aproximado entre los 15 y los 70 años, conformada por mujeres y hombres en proporciones similares. Los motivos de interconsultas fueron variados aunque predominaban las manifestaciones de angustia o insomnio vinculadas a los prolongados períodos de internación, al malestar físico y al impacto emocional de la hospitalización.

La práctica en el hospital se desarrolló en articulación interdisciplinaria con profesionales de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Medicina y Enfermería, lo que permitió experimentar de manera directa las dinámicas de cooperación, complementarias y diálogo propias del trabajo en equipo dentro de un hospital general.

De manera particular, la experiencia se construyó junto al equipo de residentes del Servicio de Salud Mental del Hospital Tránsito Cáceres de Allende, conformado por una Psicóloga, una psiquiatra y una Trabajadora social. Este equipo tiene la responsabilidad de recibir los pedidos de interconsultas, realizar las entrevistas con los pacientes y efectuar el seguimiento de los casos bajo la supervisión de los profesionales de planta del servicio. Esta modalidad favorece un aprendizaje integral basado en la práctica compartida, la observación reflexiva y la co-construcción de saberes.

6.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información recuperada en el marco de esta sistematización se obtuvo mediante la utilización de diversas técnicas cualitativas, entre las cuales se destacan: la observación participante, las entrevistas a pacientes y profesionales, los registros de campo elaborados tras cada jornada de práctica y los espacios de supervisión institucional.

La observación participante según Guber (2011) “consiste principalmente en dos actividades: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias de las actividades de la población” (p. 52).

El objetivo de esta técnica radica en indagar los fenómenos sociales y culturales que se manifiestan en los distintos contextos, implicando la presencia activa del investigador en el ámbito de observación. (Guber, 2011).

Por su parte, la entrevista constituye “un recurso que induce a los sujetos a hablar sobre lo que siente, piensa, sabe y cree” (Spradley, citado en Guber, 2011). Este instrumento permite acceder a la información relevante sobre la biografía, percepciones, opiniones, emociones y valores de los entrevistados. En relación con ellos, Guber (2011) sostiene que: “La entrevista es una alternativa más entre otros tipos de intercambio verbal, en los cuales no hay un orden preestablecido. Puede aparecer al principio o ya avanzada la investigación, dependiendo del lugar que tenga esta situación en la rutina local y de las decisiones del investigador” (p. 78).

Finalmente, el Registro de Campo constituye una herramienta central utilizada en el desarrollo de las prácticas realizadas, al funcionar como vehículo por el cual se documentó de manera sistemática la información obtenida. Los registros permitieron conservar datos sobre el contexto institucional, las características de los pacientes, las interconsultas, las intervenciones realizadas y los intercambios entre los distintos actores del equipo de salud mental.

El registro, entendido como un recurso metodológico, posibilita “duplicar” lo acontecido en el campo a través de distintos soportes (escritos, imágenes o sonidos). No obstante, no se trata de una mera reproducción de la realidad sino de una construcción

interpretativa mediada por la perspectiva del investigador, que selecciona y resignifica los elementos considerados relevantes. En este sentido, el registro se configura como un instrumento valioso tanto para la conservación de información como para la reflexión crítica, la reconstrucción de la mirada profesional y la articulación entre la práctica y el marco teórico que la orienta (Guber, 2011).

6.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se sustenta en los lineamientos éticos establecidos por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), el cual define cinco principios generales que orientan el ejercicio profesional del psicólogo y seis normas deontológicas que regulan los deberes y conductas del quehacer profesional.

En coherencia con estos principios, se garantizo el respeto por la confidencialidad de la información, el resguardo de la identidad de los sujetos participantes y la obtención del consentimiento informado en todas las instancias de observación y entrevista, velando por la dignidad y los derechos de las personas involucradas.

Asimismo, resulta pertinente considerar la Ley 26.529 (2009) sobre Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, la cual reviste especial relevancia en el contexto hospitalario. Esta normativa regula aspectos fundamentales vinculados con la autonomía de la voluntad, el acceso a la información y la gestión adecuada de la documentación clínica. En su articulado se reconocen derechos esenciales tales como el acceso a la asistencia sanitaria, el trato digno y respetuoso, la preservación de la intimidad y la confidencialidad, la posibilidad de participar en la toma de decisiones sobre la atención recibida, la información sanitaria clara y suficiente, y el derecho a solicitar interconsultas.

En conjunto, estos marcos éticos y legales orientaron el desarrollo de la práctica profesional, garantizando una intervención responsable, respetuosa y coherente con los principios de la psicología como disciplina comprometida con la salud mental, la justicia social y los derechos humanos.

7) ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

7.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Mi proceso de Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) inició a mediados de abril de 2025, con la realización de una entrevista en el contexto clínico junto a las docentes responsables del reclutamiento. Aunque en un primer momento no fui seleccionada para la institución a la que había postulado, la posterior asignación al Hospital Tránsito Cáceres de Allende se presentó como una oportunidad valiosa y estimulante para mi proceso de formación. Desde el inicio vivencie esta experiencia con profunda gratitud tanto hacia la cátedra que supervisaba esta instancia como hacia la institución que ofrecía un espacio de aprendizaje que me permitirá observar, aprender y reflexionar sobre la práctica clínica en el ambiente hospitalario.

El 21 de julio tuvo lugar la primera reunión institucional, en la cual se definieron los días y horarios de asistencia. Dicho encuentro se desarrolló en la sala de estar del servicio de Salud Mental del hospital, donde la profesora titular me presentó a la jefa del internado quien, por tres semanas, actuaría como referente hasta la reincorporación de la profesional asignada de forma definitiva.

Ese mismo día me integraron al equipo de residentes de primer año (R1) con el objetivo de observar su labor, quienes estaban a cargo de las interconsultas que el servicio realiza con otras áreas del hospital. En esa instancia, me explicaron la organización del sistema de residencias: las R1 se ocupaban de las interconsultas, las residentes de segundo año (R2) atendían pacientes en los consultorios externos junto a los profesionales de planta y además, junto con las residentes del programa RISAMIJ compartían la atención de los pacientes internados en el piso de Salud Mental.

Durante las visitas realizadas el primer día, las residentes leyeron las historias clínicas de los pacientes asignados y me invitaron a acompañarlas a realizar las interconsultas. Este dispositivo, como se mencionó anteriormente, es elaborado por las residentes de primer año. Ellas reciben el pedido del equipo tratante, estudian la historia clínica del paciente en el sistema virtual donde están cargadas y responden a la demanda entrevistando al paciente; en caso de ser necesario también al familiar o acompañante que esté presente. Al finalizar la

entrevista se transmite la información obtenida a las jefas del servicio quienes supervisan y orientan el plan de tratamiento y el esquema farmacológico en los casos que se requieran. Cuando el equipo de salud mental considera pertinente se cierra la interconsulta, ya sea por negativa del paciente a continuar el acompañamiento o porque la intervención fue exitosa.

La primera paciente que visitamos presentaba un cuadro complejo, siendo una mujer con grave consumo de sustancias que aguardaba una prótesis debido a la pérdida del paladar. Dada la gravedad de su cuadro clínico, se decidió que acompañara a otra residente a un caso distinto. Este paciente se encontraba internado hace dos semanas por una fractura en la pierna derecha, además tenía antecedentes de consumo problemático y los equipos tratantes infirieron que el accidente sufrido por el paciente había ocurrido bajo los efectos de alguna sustancia. La residente me permitió acompañarla y, aunque en un principio experimente ansiedad por mi falta de experiencia en el ámbito hospitalario, la interacción se desarrolló adecuadamente. Esa primera experiencia me brindó la seguridad y motivación suficiente para afrontar las siguientes instancias con mayor fortaleza.

El segundo paciente que observé ese primer día estaba internado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), un espacio de alta complejidad con protocolos estrictos de ingreso. La interconsulta tenía como objetivo prevenir síntomas de abstinencia en un paciente alcohólico que no tenía consciencia de su enfermedad. El paciente aceptó el tratamiento farmacológico propuesto y se mostró dispuesto a futuras visitas del equipo de salud mental.

Tras esta experiencia, las residentes abrieron un espacio de conversación donde conseguí alojar mis emociones y recibí a cambio una devolución que constituyó positivamente en mi proceso.

Aquellos primeros días marcaron el inicio de un proceso de adaptación y aprendizaje. Comprendí que todos los integrantes del servicio de Salud Mental trabajan comprometidamente y la institución ofrece un entorno de contención y colaboración esencial para el desarrollo profesional.

A medida que avance en las prácticas pude familiarizarme con la estructura del hospital, las normas de funcionamiento y la dinámica de los distintos servicios. Observe que el hospital es un entramado simbólico donde confluyen jerarquías, vínculos y modos específicos de circulación de la palabra.

La participación en el dispositivo de interconsulta junto a las residentes resultó de gran valor formativo para mi proceso académico, ya que me permitió explorar cómo se articula la labor del psicólogo con el de los médicos, trabajadores sociales, enfermeros y demás trabajadores del contexto hospitalario, en conjunto con la construcción de una mirada integral sobre la salud y el paciente. Particularmente el caso de un paciente con un diagnóstico reciente de enfermedad crónica, que manifestaba angustia y dificultades para adherirse al tratamiento, fue crucial en la elaboración de mi mirada profesional. La entrevista y el posterior análisis del caso abrieron paso a la comprensión de la importancia de atender las dimensiones subjetivas del sufrimiento y de generar un espacio de escucha que habilite la simbolización y sistematización de la experiencia.

Asimismo, tuve la oportunidad de presenciar un recurso que está disponible en periodos específicos dentro del calendario interno del hospital: entrevistas de admisión. Estas fueron desarrolladas por una Psicóloga y una Trabajadora Social, ambas profesionales de planta del servicio. Aquellos interesados en reservar un turno con los profesionales del servicio o conseguir una derivación se comunicaban con él secretario de Salud Mental y se les asignaba un turno. Las entrevistas tenían lugar todos los días, en el lapso de 12 a 13 horas.

A través de esta participación, pude advertir la relevancia del primer contacto como un momento fundante del vínculo terapéutico. En el caso de una mujer que consultaba por episodios de ansiedad y dificultades laborales, observe cómo su relato se organizaba progresivamente a medida que se fortalecía el espacio de confianza. Esta vivencia me favoreció para reconocer el respeto por los tiempos del paciente, la escucha y la apertura como aspectos elementales de los dispositivos psicoterapéuticos.

Otra experiencia de gran valor fue el ingreso al internado de salud mental, puesto que habilitó la observación del encuadre institucional desde una perspectiva ética y clínica. El internado es regulado por la jefa del internado y dos profesionales de planta. No obstante, las residentes de segundo año y las residentes RISAMIJ son las encargadas de entrevistar a los pacientes, trazar un plan de tratamiento psicológico y farmacológico, recolectar toda la información relevante al caso y articular el alta médica de cada paciente tanto con la familia como con instituciones donde cada sujeto pueda continuar con un tratamiento. Una de las entrevistas que observé en el internado fue guiada por la psicóloga residente de segundo año y reflejó el compromiso requerido para sostener la escucha sin invadir, garantizando los

límites necesarios del mismo dispositivo. En instancias posteriores, reflexionamos sobre la vitalidad, la significación y la magnitud de considerar al paciente como sujeto de derecho, evitando las reducciones diagnósticas y reconociendo su singularidad.

Además de las instancias clínicas, participé también en reuniones de equipo donde se discutían los casos en curso, denominadas revistas de sala. Las mismas se desarrollaban en la sala de estar del servicio a las 8.30 de la mañana de lunes a jueves. Estas reuniones significaron espacios de aprendizaje acerca de la lógica del trabajo interdisciplinario, la necesidad de realizar y sostener acuerdos clínicos y el valor de los diálogos entre las disciplinas. De esta manera adquirir la noción de que cada mirada profesional aporta una perspectiva única que enriquece la comprensión integral de cada problemática y que la intervención psicológica debe articularse con otras áreas sin perder su especificidad.

Mi experiencia en el Servicio de Salud Mental del Hospital Transito Cáceres de Allende constituyó un recorrido formativo integral. A través del contacto con la práctica profesional, las dinámicas institucionales y los equipos interdisciplinarios, pude fortalecer mis habilidades de observación, escucha y análisis. Este proceso no solo representó un aprendizaje académico sino también un crecimiento personal y profesional, comprendiendo con mayor profundidad el rol del psicólogo en las instituciones hospitalarias.

En este marco, el dispositivo de interconsulta se constituyó como eje articulador del proceso de sistematización. La participación sostenida en este espacio me permitió un acercamiento directo y cotidiano a la complejidad que atraviesa la práctica psicológica en el ámbito hospitalario, donde cada demanda se presenta mediada por el sufrimiento subjetivo del paciente y las particularidades de su condición médica. Las interconsultas implican el encuentro con pacientes internados por diversas patologías orgánicas, en situaciones de alta vulnerabilidad, con cuadros clínicos que comprometían su autonomía y su capacidad de comunicación. En este contexto la tarea del profesional consistió en sostener la escucha atenta y empática, discerniendo los aspectos psíquicos que inciden en el proceso de enfermedad y recuperación.

Durante el recorrido por las interconsultas, se vivenciaron momentos de gran implicación emocional y de reflexión profesional: desde el ingreso a las habitaciones, donde el contacto inicial debía establecerse en un entorno marcado por la presencia de dispositivos

médicas y la dinámica asistencial del hospital, hasta el diálogo con los equipos tratantes, en los que la mirada interdisciplinaria aportaba nuevas lecturas sobre el padecimiento del paciente. La observación del modo en que el sufrimiento psíquico se expresa en cuerpos atravesados por la enfermedad física permitió advertir la relevancia de la subjetividad en los procesos de salud y enfermedad, así como la necesidad de construir intervenciones que reconozcan al sujeto más allá de su diagnóstico médico.

Estos encuentros propiciaron múltiples interrogantes sobre el rol del psicólogo en el hospital general, la función de la palabra en contextos de internación, las modalidades de intervención posibles y los límites éticos y técnicos de la práctica.

En consecuencia, fue precisamente esta experiencia la que motivó la elección del eje de sistematización, orientado a reflexionar sobre la intervención del psicólogo en el dispositivo de interconsulta. La sistematización emerge como una oportunidad para transformar la experiencia práctica en conocimiento reflexivo, otorgándole el valor de una fuente legítima de producción teórica y de formación profesional

7.2 ANALISIS Y SINTESIS

En el apartado presente se aborda un análisis de la experiencia obtenida en las Prácticas Profesionales Supervisadas en articulación con la expuesto en la perspectiva teórica desarrollada previamente. El enfoque está puesto en construir una mirada que permita comprender la complejidad de la práctica profesional y del propio proceso de sistematización de la misma, sin ser una mera descripción sino una reflexión donde se pueda reconocer las tensiones, los desafíos y principalmente el proceso de aprendizaje sobre el rol profesional.

Este análisis se divide en función de los objetivos planteados al comienzo del trabajo, a fines de facilitar la lectura y comprensión del camino recorrido.

7.2.1 INTERCONSULTA Y SUS DINÁMICAS DE FUNCIONAMIENTO

Como fue mencionado anteriormente, el Servicio de Salud Mental del HTC tiene tres actividades fundamentales: la internación y tratamiento de pacientes en el propio servicio; los consultorios externos de psiquiatría y psicología; y, las interconsultas, las cuales se analizarán con profundidad a continuación, por ser el eje central de este trabajo final.

Según se lo registró en la experiencia de práctica, las interconsultas se realizan cuando el equipo médico tratante considera necesaria la participación del Servicio de Salud Mental para favorecer la evolución del paciente y la resolución de su cuadro clínico, a diferencia de lo planteado por Ferrari et al (1980) siendo que los autores mencionan varios participantes al momento de solicitar una interconsulta, pudiendo ser el médico, una enfermera, la familia del paciente o el mismo paciente quien pida una interconsulta con Salud mental. Estos pedidos, se receptan de diversos servicios, tal como se lo recupera en el siguiente fragmento:

Al volver al servicio, las R1 me dan información sobre la dinámica de las interconsultas. Mayoritariamente las interconsultas son con el servicio de traumatología, de clínica médica y de neumonología, pero se pueden realizar con todos los servicios. (Registro de campo 21/07/2025)

El proceso de interconsulta en el HTC, durante el período de prácticas, comienza formalmente con la carga del pedido por parte del médico tratante en el sistema informático institucional, el cual centraliza la historia clínica de cada paciente, las evoluciones médicas y de enfermería, los esquemas farmacológicos indicados por cada servicio y las intervenciones realizadas.

Las R1 están revisando el historial para leer las evoluciones de enfermería y de los respectivos equipos médicos de cada paciente que está en interconsulta. Además, se agregan nuevos y se leen sus historias médicas. (Registro de campo 22/07/2025)

La formalización del pedido a través del sistema es una condición necesaria para que el Servicio de Salud Mental intervenga, ya que de esa manera se habilita el registro de cada visita al paciente y las evoluciones, garantizando que la información sea visible para todos los servicios. En este sentido, no es un intercambio informal de pasillo sino que se sostiene en un

encuadre institucional, de la misma forma que lo establece Carpinacci (1979) al plantear lo que él considera como primer paso del proceso de interconsulta: la Recepción Formal. El siguiente fragmento deja en evidencia este aspecto formal de la interconsulta en el HTC:

El compañero de habitación del paciente al que están atendiendo pide interconsulta y la R1 le explica que debe pedirla a sus médicos para que este lo ingrese en el sistema y formalmente se lleve a cabo la interconsulta. (28/07/2025)

Se registró durante el período de prácticas que el Servicio de Salud Mental dispone de dos computadoras que resultan herramientas fundamentales para realizar este trabajo cotidiano, ya que permite a los profesionales y residentes acceder a las historias clínicas, realizar las evoluciones, indicar medicación y revisar las intervenciones de los otros equipos médicos, facilitando la articulación necesaria para la atención integral del paciente.

Una vez cargada la interconsulta, según lo observado, las residentes de primer año de RISAM son quienes asumen principalmente la atención de estas demandas.

La residente de tercer año fue la encargada de presentarme a todas las demás y explicarme cómo se divide el servicio (la parte de las residentes): las residentes de primer año son las encargadas de las interconsultas que requieren otros servicios con salud mental. (Registro de campo 21/07/2025)

Las R1 realizan las entrevistas en los pisos de internación correspondientes, desplazándose por los distintos servicios del hospital y adaptándose a las dinámicas de los distintos equipos médicos. Al ser un dispositivo que se instala en el trabajo conjunto entre los servicios, exige a los profesionales flexibilidad y la capacidad constante de articular entre distintas formaciones académicas, tiempos y maneras de trabajar. Esto lo mencionan Fuentetaja y Villaverde (2019) cuando afirman que los equipos interconsultores se mueven en escenarios dinámicos, interactuando con múltiples profesionales, aspecto que requiere “un grado de flexibilidad que facilite la creación de un lenguaje común relativo a la salud mental de los pacientes y permita la comunicación” (pàrr. 1-2).

Además, este aspecto mencionado anteriormente configura al dispositivo de interconsulta como un espacio clave de formación donde los profesionales construyen su rol en articulación con otros, así como lo plantean Ferrari et al. (2019) al afirmar que es primordial que los estudiantes cuenten con conocimientos sobre interconsulta ya que “esto

permite una mayor comprensión del padecer del paciente y enriquece al profesional al realizar trabajo interdisciplinario” (p.6).

Las entrevistas que se realizan como base de la interconsulta coinciden con lo planteado por Bernstein y Nietzsche (1980) al decir que “el psicólogo puede tener poca o ninguna información acerca del cliente, así que la o las primeras entrevistas se dirigen principalmente a determinar la naturaleza y el contexto del problema” (p.170). Asimismo, también se puede comparar con los lineamientos de Protesoni (2018) donde establece que la entrevista posibilita un encuentro entre el sujeto y el psicólogo, tal como sucede en las interconsultas.

En las entrevistas iniciales que se llevan a cabo en lo registrado en la experiencia, como respuesta a la demanda solicitada, el objetivo para el equipo de salud mental es recabar información sobre el paciente (por qué está internado, qué pronóstico le dieron, si tiene acompañantes o familia, etc) y principalmente el motivo que dio origen a la interconsulta. De esta misma forma lo plantean Ferrari et al. (1980), quienes señalan que el primer paso de la interconsulta es llevar a cabo entrevistas abiertas y semidirigidas hacia el paciente, familiares y equipo tratante, las que se complementan con la observación de las dinámicas entre el paciente y el equipo. Esta etapa de la interconsulta en el HTC también es similar a lo desarrollado por Carpinacci (1979) como segundo momento del proceso.

Por lo observado durante la práctica, para el servicio de Salud Mental es relevante distinguir si la demanda surge del propio paciente, del equipo médico o de enfermería, ya que cada una tiene características particulares y brinda información importante a las residentes sobre la intervención a realizar. Esto se muestra a continuación, en un modelo de primera entrevista extraído de los registros de campo donde se puede analizar además el tipo de entrevista efectuada y el modo de formular las preguntas.

RPSI: Hola E, ¿cómo estás?

E.M.: Bien, con sueño.

RPSI: Nosotras somos el equipo de salud mental que te va a atender.

E.M.: ¿Vienen a darme el alta?

RPSI: (ríe) Ya estás pensando en el alta. No, venimos a conocerte.

(El paciente se levanta y se acomoda.)

E.M.: Bueno, ahora sí, pregunten lo que quieran.

RPSI: ¿Por qué estás acá?

E.M.: Por un intento de suicidio con desengrasante.

RPSI: ¿Hace mucho venías con estas ideas?

E.M.: Hace un mes.

RPSI: ¿Y qué pasó hace un mes que comenzaron estas ideas?

E.M.: Problemas familiares, así.

RPSI: ¿Pediste ayuda alguna vez? ¿Fuiste a terapia?

E.M.: Sí, fui al psicólogo a los 12 años, me llevó mi familia.

RPSI: ¿Alguna vez te intentaste generar daño, más allá del suicidio?

E.M.: No, no, nunca.

RPSI: ¿Y qué pensás de esto que pasó?

E.M.: Que no quiero más esto, que quiero ser otra persona, no hacer sufrir a mi abuela. Aparte extraño a mi perrito. Quiero tener otra vida.

RPSI: ¿Y no considerás que eso podría ser de la mano de un tratamiento?

E.M.: Sí, sí, yo estoy dispuesto. No tengo problema de horarios ni días. Yo quiero estar bien y hacer todo lo posible.

RPSI: Bueno, E., vamos a hacer lo posible por conseguirte eso. Fue importante lo que pasó y es importante acompañarte.

E.M.: Bueno, gracias.

RPSI: ¿Nos querés contar qué pasó anoche?

E.M.: Vino una persona que no quería ver, estaba cansado y le pedí que se vaya, pero no hubo violencia.

RPSI: ¿Hace mucho que terminaste la relación?

E.M.: Hace tres meses.

RPSI: ¿Y eso influyó en tu estado de ánimo?

E.M.: No, no, no tuvo nada que ver.

RPSI: ¿A qué te dedicás?

E.M.: A limpieza, en una empresa de sepelios en el centro.

RPSI: ¿Y cómo llegaste a ese trabajo?

E.M.: A través de mi abuela, que tiene una amiga que trabaja ahí.

RPSI: ¿E., dónde hacías el tratamiento? ¿En la Casa del Joven?

E.M.: Sí, sí, y después seguí en el Neuro.

RPSI: ¿Hace cuánto dejaste de ir?

E.M.: Hace dos años.

RPSI: ¿Dejaste vos o te dieron el alta?

E.M.: Dejé yo de ir.

RPSI: ¿Y te dieron algún diagnóstico?

E.M.: No, no.

RPSI: Bien, ¿y a qué ibas al tratamiento?

E.M.: A que me escuchen sin juzgarme.

RPSI: ¿En ese momento ya tenías ideas de lastimarte?

E.M.: No, nunca.

RPSI: ¿Y por qué dejaste de ir?
 E.M.: Porque me recetó que consumiera marihuana.
 RPSI: ¿Y vos no estabas de acuerdo?
 E.M.: No, no.
 RPSI: ¿Consumís sustancias?
 E.M.: Porro, después nada.
 RPSI: ¿En tu familia hay antecedentes de salud mental?
 E.M.: Sí, mi mamá tiene esquizofrenia.
 RPSI: ¿Algún pariente más? ¿Hermanos tenés?
 E.M.: Tengo, pero ni los conozco.
 RPSI: ¿No tenés contacto con tu mamá?
 E.M.: Yo no, mi abuela sí.
 RPSI: ¿Siempre viviste con tu abuela? ¿Tienen buena relación?
 E.M.: Sí, sí, siempre.
 RPSI: ¿Y con quién más de tu familia tenés relación?
 E.M.: Solo con mi abuela.
 RPSI: ¿Amigos tenés? ¿Que te puedan acompañar?
 E.M.: Sí, eso sí.
 RPSI: E., ¿le habías dicho a alguien estas ideas de lastimarte que tenías?
 E.M.: Sí, a mi compañera.
 RPSI: Bueno, diste un llamado, avisaste a alguien. Eso es muy importante en tu proceso de recuperación. ¿Algo más que quieras preguntar o decirnos?
 E.M.: Sí, quiero ver a mi abuela. Pedirle que venga.
 RPSI: Bueno, pasanos tu número y nosotros se lo decimos.
 E.M.: Gracias.
 RPSI: Mientras te recuperas de todo lo clínico, nosotras vamos a estar viniendo a visitarte para ver cómo estás. ¿Te parece?
 E.M.: Sí, sí.
 (Registro de campo 27/10/2025)

Siguiendo los planteos de Tomm Kar (1987) y retomando la entrevista anterior, se puede afirmar que las preguntas que realiza la psicóloga son más del tipo lineales, donde se busca indagar en la historia del paciente e intentar especificar la causa del problema. Este tipo de preguntas son correctas para una entrevista inicial, semiestructurada, donde se busca conocer al paciente. En palabras de Diaz Bravo et al. (2013) “Durante la propia situación de entrevista el entrevistador requiere tomar decisiones que implican alto grado de sensibilidad hacia el curso de la entrevista y al entrevistado, con una buena visión de lo que se ha dicho” (p.164).

Al finalizar la primera entrevista, las residentes retornan al servicio para transmitir toda la información recabada y realizar una supervisión con una psicóloga y una psiquiatra, quienes ejercen la jefatura del servicio. En este espacio se traza en conjunto un plan de acción que incluye intervenciones psicoterapéuticas, indicaciones farmacológicas, seguimientos semanales o incluso el cierre de la interconsulta, etapa similar a la descrita por Carpinacci (1979) donde se analizan las entrevistas realizadas, se compara el primer motivo de consulta con el constatado al visitar al paciente y se traza un plan de acción para el tratamiento.

Al estar de licencia la jefa del servicio, la psiquiatra jefa de internación encabeza una reunión con las 3 residentes de primer año. Realizan una lista de los pacientes de interconsultas activas y revisan caso por caso, ajustando medicaciones e intervenciones y coordinando a qué pacientes mantener, a quiénes cerrar la interconsulta y cómo hacer los seguimientos correspondientes. (Registro de campo 29/07/2025)

Se acuerda volver a ver a la paciente en dos días, con el fin de evaluar su estado, la evolución de su condición clínica y los efectos del tratamiento psiquiátrico. (Registro de campo 03/11/2025)

Es destacable señalar, según lo observado, que mientras el servicio de salud mental tiene interconsultas abiertas o vigentes, son registradas en una pizarra con el nombre del paciente, la habitación donde está ubicado y qué servicio es el tratante. Esta herramienta no solo facilita la planificación de las actividades diarias, la distribución de tareas y el seguimiento de cada caso sino que además funciona como soporte visual de las intervenciones en curso.

Al llegar al servicio 9AM ya están todos los profesionales organizando los pacientes en la pizarra y las actividades del día. La pizarra está dividida al medio. Del lado izquierdo anotan a los internados en el piso de salud mental y qué residentes atienden a cada paciente. Del lado derecho están anotados todos los pacientes de interconsultas con el apellido, el número de habitación y si lo está atendiendo traumatología, clínica o neumología. (Registro de campo 22/07/2025)

Con las R1 organizamos la pizarra de IC y revisamos la hc de los pacientes que se visitarán el día de hoy. (Registro de campo 01/09/2025)

La frecuencia de las visitas varía según la gravedad y la urgencia del caso. En algunos casos se visita al paciente una o dos veces por semana, mientras que en otros casos la intervención es más breve y se limita a una o dos entrevistas, se deja a continuación ejemplos extraídos de las prácticas:

El paciente dice haber dormido muy bien pero la hermana refiere que no duerme de corrido, que se despierta muchas veces durante la noche y le cuesta dormir otra vez La R1 le explica que van a ajustar el esquema de medicación para que pueda descansar y que lo visitaran 2 veces por semana para evaluarlo. (Registro de campo 13/08/2025)

La paciente MM refiere estar angustiada y muy cansada por la cantidad de tiempo que hace que está internada y por la falta de información concreta. Las r1 trabajan con la idea de utilizar como recurso todos los elementos positivos que tiene alrededor. Le preguntan cómo le gustaría o cómo considera que podemos ayudarla, a lo que responde que yendo a verla, a charlar con ella y “aconsejarla”. Acuerdan venir una vez a la semana para verla. (Registro de campo 09/09/2025)

El cierre de la interconsulta en la experiencia obtenida en el HTC se produce cuando el equipo de salud mental considera que la intervención del servicio ya no es necesaria; cuando el paciente recibe el alta médica; cuando solicita el alta voluntaria; o, en la minoría de casos, cuando se produce la salida del paciente del hospital sin aviso ni consentimiento. Esta forma de proceder concuerda con las etapas finales tanto de Ferrari et al. (1980) y Carpinacci (1979) con la salvedad que para los primeros la etapa final de devolución es una acción terapéutica en sí misma.

Se encuentra un ejemplo de estas situaciones de cierre en el fragmento siguiente, donde el proceso de interconsulta no logra efectuarse ante la fuga del paciente:

Hay un nuevo paciente, DY, con politraumatismos producto de un accidente, pero al llegar al piso de internación las enfermeras nos avisan que el paciente se fugó. (Registro de campo 02/09/2025)

En otros casos, el equipo si completó el proceso de la interconsulta, incluyendo la evaluación, la intervención y el cierre, todas las etapas definidas por Carpinacci (1979) y Ferrari et al. (1980). Cada cierre de interconsulta se produce en función de las necesidades del paciente y del criterio establecido por el servicio de salud mental. Se exponen algunos ejemplos:

El primer paciente que visitamos hoy es RV. Se viene a revisarlo para una última evaluación. La psiquiatra cierra la interconsulta ya que el esquema de medicación está funcionando y le recalcan que estamos a disposición si necesita del servicio. (Registro de campo 30/05/2025)

El paciente es DT, internado por una posible amputación del pie. Fue visitado el sábado pero no lo recuerda. El motivo de la Interconsulta es para evitar abstinencia ya que es consumidor desde los doce años. Se verifica que el esquema farmacológico hizo efecto y se cierra la interconsulta, quedando a disposición si surgiera algo más. (Registro de campo 11/08/2025)

En cuanto a los motivos de las interconsultas, durante la experiencia se pudo observar ciertas recurrencias como: necesidad de medicación psiquiátrica por cuadros de abstinencia de sustancias por parte del paciente o para evitar que se desarrollen; porque el paciente refiere angustia o malestar emocional efecto del tiempo prolongado de internación; o por insomnio del paciente que requiere medicación.

A su vez, me comentan las residentes que generalmente son más los pacientes con antecedentes de consumo, por lo tanto suele ser necesario un esquema de medicación para contrarrestar los síntomas físicos de la abstinencia. Otros pacientes necesitan medicación para dormir en lo que dura su estadía en el hospital. También hay casos, aunque son la minoría, de pacientes que refieren sentirse angustiados por lo que se pide la interconsulta con el servicio de SM. (Registro de campo 21/07/2025)

Estos casos, entre otros, deben considerarse parte de la problemática de salud mental, según lo detalla el documento *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales* (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018): “la vulnerabilidad psico-social, las adicciones, el consumo problemático, la violencia y demás problemáticas sin discriminación diagnóstica deben ser entendidas como padecimientos y se deben contar con los medios necesarios para dar respuestas terapéuticas ante estas demandas” (p.16).

7.2.2 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INTERCONSULTA Y SUS INTERVENCIONES

Durante la experiencia realizada se observó que los equipos de residentes de la RISAM están compuesto por una psicóloga, una psiquiatra y una trabajadora social, quienes trabajan en conjunto durante toda su formación. Esta interdisciplinariedad no solo organiza la práctica asistencial sino que además constituye un espacio de construcción constante del rol profesional, posibilitando la concepción de la salud desde un abordaje de complejidad e integralidad tal como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental (2010), que establece a la salud mental como un proceso influenciado por factores históricos, sociales, culturales, económicos, biológicos y psicológicos, cuyo cuidado depende de una construcción social vinculada a los Derechos Humanos y Sociales.

En el período de prácticas dentro del Servicio de Salud Mental en el HTC se acompañó al equipo de primer año, quienes llevaban aproximadamente dos meses de residencia y estaban a cargo de realizar las interconsultas, dispositivo analizando previamente en este trabajo. En conversaciones informales surgía de manera reiterada la pregunta por el lugar específico que ocupaba cada disciplina dentro del dispositivo de interconsulta. La psicóloga R1 manifestó en una de esas conversaciones haber atravesado esa incertidumbre respecto de cuál es su función específica en las interconsultas, especialmente en aquellas donde la demanda parecía centrarse solo en lo farmacológico. Sin embargo, aseguraba que con el transcurso de la práctica comenzó a delimitar mejor su posición en cada uno de los casos. En concordancia, Pérez Arias (2010) considera que la interconsulta “otorga al psicólogo en formación la oportunidad de abrir la mirada hacia otros campos, donde todo toma otra configuración: el sujeto que demanda, la demanda, el tiempo, el contexto” (p.1).

Esa pregunta acerca del rol que ocupa el psicólogo clínico en el proceso de interconsulta y la inserción en el mismo es definida como un desafío por Haz et al. (2002) al mencionar que el psicólogo formado tradicionalmente no está acostumbrado a trabajar multi profesionalmente y “deberá aprender a relacionarse con personas de otros ámbitos del saber; y por otro lado, muchas veces ser miembro activo en la conformación del equipo como tal, ante un tema específico relativo a su área de conocimiento” (p.3).

En la observación de las entrevistas resultaba notorio que cada residente orientaba su escucha y sus preguntas desde objetivos diferentes. La trabajadora social indagaba acerca de las condiciones habitacionales, los vínculos convivientes y la red de apoyo. La psiquiatra

centraba su intervención en la evolución sintomatológica y en la necesidad de ajustar o sostener esquemas farmacológicos, especialmente en relación con el sueño o la ansiedad. Por su parte, la psicóloga orientaba sus intervenciones hacia la vivencia subjetiva del paciente frente a la internación, el impacto emocional del evento o la significación que este adquirió en su historia personal. Sobre este tema, Carpinacci (1979) propone que el profesional obtiene información de dos modos: uno verbal, utilizado para la elaboración de la historia clínica y otro modo más visceral, que no intenta comunicar nada y se utiliza para el examen físico: “el psiquiatra utiliza métodos de codificación verbal, paraverbal y visceral, en tanto que el psicólogo emplea los dos primeros y el visitador social, además de la observación directa, trabaja con el primero de los códigos” (p. 65).

Se presentan a continuación diversas viñetas que demuestran la participación de cada residente y la interacción entre ellas para lograr la atención integral de los pacientes como se desarrolló a lo largo de este trabajo:

La R1 trabajadora social le pregunta con quién vive y reitera lo que contó la vez anterior en la primera visita. Seguido de eso, la R1 psicóloga le pregunta cómo viene su estadía en el hospital, a lo que responde que está bien y feliz de estar acompañado por buenas personas. Vuelve a pedir que quiere que le informen bien su situación de salud y los resultados de los estudios que le hacen, a lo que la R1 psiquiatra le dice que hablará con los médicos a cargo para hacerles saber de su petición. La R1 psiquiatra cierra la interconsulta ya que el esquema de medicación está funcionando y le recalcan que estamos a disposición si necesita del servicio. (Registro de campo 30/7/2025)

El paciente reitera que no duerme ni descansa de noche y que por eso quiere retomar con el clonazepam que le habían indicado hace un tiempo; reconoce que estuvo muy deprimido y tuvo ideas suicidas. La R1 psiquiatra interviene asegurando que le indicarán clonazepam para que pueda descansar y que volverán a visitarlo para ajustar la medicación si hace falta o para cerrar la interconsulta (Registro de campo 30/7/2025)

El paciente reconoce que tiene red de apoyo, aunque a veces no le dicen lo que él necesita escuchar. La R1 psicóloga le pregunta qué es lo que le gustaría escuchar y él responde que le digan que valoran cómo trabajaba antes y que comprendan lo difícil que es su estadía en el hospital. (Registro de campo 6/8/2025)

El paciente quiere consultar con trabajo social o servicio social por su situación ya que desde el accidente rescindió su contrato de alquiler al no estar trabajando ni recibiendo

ingresos, por lo que lo tiene muy angustiado no saber a dónde irá cuando le den el alta a lo que la R1 ts interviene afirmando que le traerá toda la información necesaria para que pueda gestionar un CUD y recibir alguna ayuda por su amputación. (Registro de campo 20/8/2025)

No obstante, estas diferencias no implicaban intervenciones aisladas sino que se inscriben en un trabajo verdaderamente interdisciplinario. Como afirma Aquila (2017) “La actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos” (p. 109). Eso era justamente lo que sucedía entre las tres residentes: cada caso era pensado en conjunto, compartiendo perspectivas y articulando estrategias que integraran las tres disciplinas, como se ve reflejada en la siguiente viñeta:

Una vez revisadas las evoluciones de cada paciente, las tres R1 organizan las visitas del día a cada paciente y las posibles estrategias a utilizar, dando cada una su opinión y visión al respecto (Registro de campo 28/7/2025)

Es entonces que el rol del psicólogo en la interconsulta puede pensarse como el de quien introduce y sostiene la dimensión subjetiva. Los psicólogos clínicos se enfocan en los aspectos psicosociales y conductuales del paciente, realizando evaluaciones e intervenciones de tipo psicoterapéuticas (Yost & Cavanagh, 2025). Si bien participa en la evaluación del riesgo, en la toma de decisiones clínicas y en el intercambio con otros servicios, su especificidad radica en habilitar un espacio de palabra, en legitimar el malestar y en acompañar la elaboración psíquica de situaciones muchas veces traumáticas o desestabilizantes. A continuación, fragmentos extraídos de los registros a modo de ejemplificar lo planteado anteriormente:

La R1 psicóloga interviene preguntando ‘¿Cómo te podemos ayudar desde el servicio de salud mental?’ A lo que el paciente responde “viniendo a verme de vez en cuando, cuando puedan” (Registro de campo 28/07/2025)

R1 psicóloga: “Y es normal que te cueste, está bueno que te des lugar a no estar todo el tiempo bien. Es sano poder decir ‘hoy no me siento bien’ porque si bien te vas a recuperar y volver a tu vida normal, no es algo sencillo lo que te pasó. ¿Cómo pensás que podemos ayudarte?” (Registro de campo 8/9/2025)

Era frecuente que la intervención psicológica consista en legitimar emociones que el propio paciente tiende a minimizar. La autorización a no estar bien, a sentirse angustiado o

desbordado, opera como un acto clínico en sí mismo. En palabras de Giusti y Altamirano (2025) el rol del psicólogo clínico mantiene una importancia especial puesto que no solo atiende el estado mental del paciente “sino también considerar aspectos subjetivos que inciden en la expresión del malestar, aportar habilidades específicas para el manejo del estrés, la adaptación a la enfermedad crónica y la mejora en la adherencia terapéutica” (p. 79).

En el contexto hospitalario, orientado al bienestar orgánico, esta validación introduce un espacio donde se reconoce la dimensión afectiva como parte inseparable del proceso de recuperación sin negar los aspectos esencialmente biológicos, como lo plantea Perichinsky (2018) puesto que el objetivo no es exterminar los problemas biológicos o la medicación “sino de diagnosticar en el contexto histórico, qué ocurre con el malestar y qué posición tomar en lo específico de la profesión para proponer otra lectura y modo de tratarlo” (p.100). A modo de ejemplo de las intervenciones psicológicas analizadas, se adjuntan dos fragmentos de registros:

La R1 psicóloga valida su deseo de cambio y refuerza su decisión de iniciar tratamiento, dándole información sobre las próximas instancias de acompañamiento y cómo continuar una vez que reciba el alta médica. (Registro de campo 03/11/2025)

La psicóloga la contiene y la tranquiliza, explicándole que hablará con el equipo médico para que puedan brindarle la información que necesita y responder sus dudas. (Registro de campo 03/11/2025)

En este último fragmento extraído de los registros de campo se observa cómo el rol de la R1 psicóloga no se limita a la escucha del malestar sino que opera también como nexo entre el paciente y el equipo tratante. Dicho de otra forma por Giusti y Altamirano (2025) “La práctica clínica evidencia que la intervención psicológica a menudo se dirige al paciente, la familia, el equipo médico e incluso a las dinámicas institucionales, brindando acompañamiento emocional, facilitando la comunicación entre los actores involucrados, y fortaleciendo la adherencia terapéutica” (p. 82).

Circunstancias como estas se reiteraban a diario, ubicando a la psicóloga en el lugar de puente entre dos partes, como se evidencia en las siguientes viñetas:

La paciente refiere que los problemas con la prótesis le generan mucha molestia y desconcierto. También dice sentirse muy desinformada por parte de sus médicos. La R1 psicóloga hace foco en intentar explicarle que lamentablemente los tiempos

burocráticos de esos procesos no son predecibles ni controlables, pero lo importante es que todo es en pro de su salud y bienestar. (Registro de campo 20/08/2025)

El paciente vuelve a pedir que le informen bien su situación de salud y los resultados de los estudios que le hacen, a lo que la R1 psicóloga le dice que hablará con los médicos a cargo para hacerles saber de su petición. (Registro de campo 30/07/2025)

Si bien el rol del psicólogo en la interconsulta puede implicar una presencia clínica breve no es un espacio secundario dentro del hospital, sino un dispositivo fundamental que humaniza la asistencia. En este sentido, su intervención no compite con la psiquiátrica sino que se complementa contribuyendo a una atención verdaderamente integral de cada paciente, como lo sugiere el documento *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales* (Ministerio de Salud y Desarrollo social de la Nación, 2018).

La R1 psiquiatra revisa su medicación previa a la internación y acuerdan el plan de continuidad del tratamiento farmacológico con su psiquiatra de cabecera. La R1 psicóloga interviene hablando sobre la importancia del autocuidado y la recuperación personal, señalando que los procesos judiciales son prolongados y demandantes, le sugiere que la paciente priorice su bienestar físico y emocional, como condición necesaria para restablecer vínculos familiares saludables. (Registro de campo 21/10/2025)

Ante la pregunta ‘¿cómo estás hoy?’ de la R1 psicóloga, la paciente responde estar bien, pero no puede dormir de noche y eso la hace sentir molesta. La R1 psiquiatra le indica lorazepam a la noche para ajustar el sueño y descanso. (Registro de campo 29/07/2025)

Las intervenciones observadas permiten comprender que la interconsulta no se reduce a acciones aisladas de cada disciplina sino que se configura como un entramado donde los distintos saberes se articulan de manera constante. La complementariedad entre los saberes forman un abordaje que favorece la comprensión del caso, posibilita respuestas ajustadas a la singularidad del paciente y consolida un modelo de atención que integra lo biológico, lo subjetivo y lo contextual.

7.2.3 EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN INTERCONSULTAS

A partir de observar y acompañar al equipo de residentes que llevaba a cabo las interconsultas en el HTC, fue posible advertir que este dispositivo no opera únicamente como respuesta a una demanda sino que produce efectos en los pacientes. Más allá de las indicaciones farmacológicas o de las entrevistas, la presencia del equipo de Salud Mental generaba un espacio diferenciado dentro del proceso de internación de cada paciente. En palabras de Costa-Requena et al. (2015): “la figura del psicólogo clínico, con pocas intervenciones, valida recursos personales que favorecen la salud mental del paciente hospitalizado” (p.11).

La posibilidad de cada paciente de ser escuchado desde una perspectiva que no se centraba en lo orgánico o simplemente el hecho de que alguien los escuche con atención, parecía ante los ojos de quien observaba la escena como si este hecho por sí mismo modificara la vivencia de cada proceso de internación, transformando esa experiencia potencialmente despersonalizante en una instancia donde su palabra adquirió valor. Esto concuerda con lo planteado por Agüero Pozzo y Aquino Cabral (2016): “El paciente con el que trabaja el interconsultor se encuentra atravesando una situación excepcional: la internación. Por lo que debe orientar su escucha teniendo presente estas variables, y posicionándose en función del decir del paciente y no del pedido médico” (26).

En diversas ocasiones se pudo registrar que los pacientes manifestaban alivio al poder expresar temores, incertidumbres y angustias vinculadas a su estado de salud como a su situación personal, tal como lo muestran a continuación las viñetas extraídas de esos registros:

El paciente tiene buen semblante y se lo observa más animado. Dice que trata de no pensar cosas para estar bien como habían quedado la visita pasada y reconoce que la medicación asignada le está haciendo efecto rápido y que pudo descansar muy bien la noche anterior. Se muestra contento por esto ya que no venía durmiendo bien y eso le estaba trayendo consecuencias en su estado de ánimo. Refiere estar agradecido con las residentes ya que después de decirles que los médicos no le daban información, vinieron y le explicaron bien cuál es su situación actual y eso lo tranquiliza ya que anteriormente estaba muy preocupado por eso. (Registro de campo 20/08/2025)

La siguiente paciente es PS. Se la visita para revisar cómo le fue con la medicación y cómo se siente después de lo último que charlaron, a lo que la paciente refiere haber

podido dormir y estar conciliando el sueño, que durante el día está bien, tolera bien toda la medicación y se siente mucho mejor. (Registro de campo 30/07/2025)

Analizando estos fragmentos se puede señalar que la angustia no siempre estaba ligada al diagnóstico sino a la falta de información y a la dificultad de comprender el propio proceso. Es por eso que la intervención del equipo de Salud Mental es cada vez más reconocida en el ámbito hospitalario (Costa - Requena et al., 2015).

Cuando el equipo de Salud Mental interviene, facilitaba la comunicación entre el paciente y el médico y se observaron notables disminuciones de preocupación en los pacientes posteriormente. Este aspecto se pone de manifiesto en el artículo desarrollado por Giusti y Altamirano (2025) quienes expresan que el psicólogo debe llevar a cabo una evaluación minuciosa que “permita delimitar con claridad quién es el destinatario principal de la intervención. En muchos casos, el análisis del motivo de consulta revela que resulta pertinente incluir al equipo tratante y/o al entorno familiar como parte activa del proceso terapéutico” (p.80).

Los efectos observados no se pueden reducir únicamente a lo sintomático. El dispositivo de interconsulta produjo movimientos subjetivos que excedían la dimensión farmacológica ya que poner en palabras aquello que generaba angustia permitió reorganizar la posición frente a la internación, pasando de un estado de desborde o incertidumbre a una actitud más reflexiva y activa respecto de su proceso de recuperación. Se rescatan dos fragmentos de los registros de la experiencia;

El paciente dice “después de la última vez que me visitaron estuve pensando, así solo conmigo y ya me amigue con la idea de que estoy aquí y estaré por un tiempo, así que estoy enfocado en mí y en estar bien para recuperarme pronto”. Le consultan si quiere que lo vuelvan a visitar y se muestra muy predispuesto. (Registro de campo 28/07/2025)

La R1 psicóloga le pregunta “¿cómo te podemos ayudar?” Y él refiere que viniendo a hablar con él, ya que ‘descubrió’ después de las visitas en su internación anterior que hablar y sentirse escuchado o aconsejado le hacen muy bien. Las R1 le aseguran que seguirán visitándolo y controlando la medicación. (Registro de campo 02/09/2025)

En este último fragmento se puede observar que el pedido de continuar siendo visitado deja en evidencia que el efecto de la interconsulta no se agota en la resolución de un síntoma

puntual, lo que impulsa a pensar que la presencia del equipo de Salud Mental opera como sostén, introduciendo continuidad en un contexto caracterizado por la rotación constante.

No obstante, también fue posible advertir que la interconsulta posee límites. Como lo señalan Crespo Hervas y Martín Vasquez (1996) este dispositivo se limita a un contacto puntual orientado al diagnóstico o a un tratamiento específico, lo que sumado a la brevedad de las intervenciones y la rotación constante de pacientes complejizan el trabajo psicoterapéutico. Sin embargo, aún en ese marco complejo, los efectos subjetivos permiten sostener la importancia del dispositivo.

Sin desplazar la centralidad del tratamiento médico en un hospital general, la interconsulta del servicio de salud mental complejiza la asistencia y amplía la comprensión de cada paciente, logrando una atención abordada desde el enfoque de salud integral, como se establece en el documento *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales* (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018). De este modo, se configura como un espacio donde lo clínico y lo institucional se entrelazan, produciendo movimientos que exceden a lo sintomático.

8) CONCLUSIONES

El presente Trabajo Integrador Final constituye el paso final de un extenso proceso que comenzó con las Prácticas Profesionales Supervisadas que se realizaron en el Servicio de Salud Mental del Hospital Tránsito Càceres de Allende en la Ciudad de Córdoba, entre julio y diciembre del año 2025. Durante dicho período se observó el funcionamiento del servicio, las dinámicas internas entre los profesionales y las actividades que se llevaban a cabo. También significó un primer acercamiento al ejercicio del rol profesional y el significado del mismo.

Partiendo de ese punto es que se definió como eje de sistematización “el rol del psicólogo en el dispositivo de interconsulta”, por ser la interconsulta la actividad que más interés generó dentro de las presentadas en la práctica. La posibilidad de analizar y comprender cuál es el rol de un psicólogo dentro de un grupo interdisciplinario de salud mental y cuál es la particularidad de su intervención fue el motor central de este trabajo.

A lo largo del proceso de sistematización se logró describir el funcionamiento del dispositivo de interconsulta en el HTC y observar los efectos que produce en los pacientes, en la práctica clínica y en la dinámica institucional. El desarrollo de este trabajo empezó con una mirada descriptiva hasta llegar a una perspectiva enriquecida sobre el lugar que ocupa este dispositivo.

En relación al primer objetivo planteado, que se propone describir el dispositivo de interconsulta y sus dinámicas de funcionamiento, se concluye que la interconsulta tiene como finalidad alojar el padecimiento subjetivo del paciente, acompañar los procesos de internación y contribuir a una atención más integral. La experiencia de observar este dispositivo permitió comprender que no es una intervención aislada, sino que se configura como un espacio de articulación interdisciplinaria. Inicia con el pedido originado por otro servicio médico pero no se detiene ahí, puesto que requiere articulación constante entre los distintos saberes, los tiempos institucionales y las diversas modalidades de abordaje. Esto pone en juego la capacidad de cada profesional para aportar sus conocimientos adaptándose al trabajo en equipo entre los distintos servicios médicos pero también dentro del mismo servicio de salud mental, donde se entrecruzan la psicología con la psiquiatría y el trabajo social. Como lo afirman autores citados en apartados anteriores, esta característica fundamental del dispositivo exige a cada profesional flexibilidad y la capacidad constante de articular entre distintas formaciones académicas, tiempos y maneras de trabajar.

En cuanto al segundo objetivo, orientado a identificar el rol del psicólogo en la interconsulta, la experiencia en el Servicio de Salud Mental del HTC permitió comprender que su rol en la interconsulta no se reduce solo a la contención emocional ni queda subordinado a la psiquiatría. La intervención psicológica introduce la lógica de la palabra, del sentido y de la subjetividad en un espacio atravesado por la urgencia médica. En la tensión entre lo orgánico y lo psíquico, el psicólogo sostiene una posición que complejiza la lectura del caso y contribuye a una verdadera atención integral.

En este sentido, el rol del psicólogo implica la escucha del paciente pero también la intervención en la lectura que el equipo tratante realiza sobre la situación clínica. El psicólogo, a través de la interconsulta, aporta una mirada más amplia del proceso salud-enfermedad, lo que va en consonancia con las sugerencias del documento *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales generales* (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018). Este aspecto agudiza el trabajo interdisciplinario ya que no solo se debe articular saberes y conocimientos sino también posicionamientos éticos y modalidades de trabajo.

Por todo esto se puede advertir que el lugar que ocupa el psicólogo en la interconsulta se construye en la práctica, según las demandas institucionales, las características del equipo y las particularidades de los casos que llegan al hospital. Para esta construcción se necesita una actitud activa, capaz de sostener su intervención específica sin perder de vista lo interdisciplinario. Así es que este dispositivo también representa un espacio continuo de aprendizaje, donde el rol del psicólogo se va redefiniendo según los factores que lo influyen, como se mencionó anteriormente.

Con respecto al tercer objetivo, enfocado en identificar los efectos de la interconsulta con salud mental en los pacientes, los registros analizados permiten afirmar que la interconsulta con salud mental produce efectos clínicos, subjetivos e institucionales. En el nivel clínico, la intervención psicológica contribuye a la estabilización del paciente y al abordaje de situaciones complejas que requieren un enfoque integral de la salud. En el nivel subjetivo, introduce la escucha y el reconocimiento que habilita al paciente a posicionarse como sujeto, incluso en contextos donde su autonomía se ve restringida, como lo es la internación.

Asimismo, en relación a los efectos de la interconsulta, se encontró que la misma no solo contribuye a la estabilidad sintomática cuando es necesaria la intervención farmacológica sino que también da lugar a una dimensión de escucha y reconocimiento que humaniza la experiencia hospitalaria. En un espacio atravesado por la urgencia, la interconsulta restituye al paciente su condición de sujeto, habilitando la palabra ahí donde predominaba solo el procedimiento médico.

Es acorde señalar, con respecto a lo anteriormente mencionado, que durante las prácticas también se evidenció que los efectos de la interconsulta no se limitan al paciente sino que abarcan al equipo médico y a la institución en sí, siendo que se favorece el diálogo respetuoso entre profesionales, se promueve instancias de intercambio entre los mismos y se contribuye a la construcción de un enfoque integral de la salud. Por medio de la interconsulta con salud mental se puede generar movimientos en las modalidades de los equipos, tales como intervenciones más abocadas al bienestar integral del paciente y nuevas lecturas sobre los casos. Dicho de otro modo, este dispositivo no solo responde a la demanda sino que además produce cambios en la manera en la que se piensa y aborda esa demanda.

A partir de todo lo expuesto en la elaboración de este trabajo, se establece que la interconsulta constituye un dispositivo complejo, dinámico y en permanente construcción, poniendo en juego dimensiones clínicas pero también institucionales. Su indudable valor se encuentra en las intervenciones que realiza pero también en la apertura de un espacio de encuentro entre diferentes discursos pueden tensionarse y complementarse. En este marco el psicólogo clínico ocupa un lugar fundamental, sosteniendo la dimensión subjetiva en el campo de la salud.

El análisis y la elaboración de este Trabajo Integrador Final permitió profundizar en la comprensión del dispositivo de interconsulta y el rol del psicólogo dentro del mismo, además de influir profundamente en el proceso de formación profesional. Esta sistematización favoreció la construcción de una mirada más compleja, crítica y reflexiva, pudiendo reconocer la importancia de articular lo subjetivo con lo institucional.

Finalmente, es importante destacar que el recorrido realizado no termina con la producción de este escrito, más bien constituye un punto de partida donde el futuro ejercicio

profesional estará atravesado por todo lo observado, vivenciado y aprendido en el Servicio de Salud Mental del HTC.

9) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agüero Pozzo, J. P. y Aquino Cabral, M. F. (2016). Algunos Obstáculos en la Práctica del Interconsultor. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

<http://www.aacademica.org/000-044/642>

Aquila, S. E. (2017). *Trabajo interdisciplinario e intervenciones en salud mental. Salud Mental y Comunidad*, (4), 106–111.

<https://doi.org/10.18294/smyc.2017.5015/>

Bazan Riveron (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Redalyc*, 20-26.

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31411284003/>

Bernstein, D. A., y Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. McGraw- Hill

Bolton, J. G., Moreno, A. H., y Carracedo, D. (2024) Interconsulta de Psicología Clínica en una Unidad de Hospitalización Breve: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 15(2)

<https://doi.org/10.5093/cc2024a10>

Carpinacci, J.A. (1979) Fundamentos metodológicos para el estudio del padecimiento humano. Galerna

Colman, A. (2023). *Un acercamiento a la Psicología Clínica: consolidación, historia y desafíos actuales*. Ficha de cátedra Psicología Clínica, Universidad Católica de Córdoba.

Costa-Requena, G., Rodríguez Urrutia, A., Calvo, E., & Parramon, G. (2015). *Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas*

a psicología clínica. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, (115), 11–15.

Crespo Hervas, M., y Martín Vázquez, M. (1996). Psiquiatría de interconsulta y enlace. En *Tratado de Psiquiatría* (pp. 939-950).

https://psiquiatria.com/tratado/cap_54.pdf

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>

Ferrari, H., De Notrica, S., Rucker, S., Araujo, F., Cambrero, M., Cifarelli, A., ... Zalzman, D. (2019). Vigencia de la interconsulta. UBA. Ciencias Médicas.

<http://saludmental-jornadas.fmed.uba.ar/2019/xvi/7.1.pdf>

Ferrari, H., Luchina, I., y Luchina, N. (1980). La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Nueva Visión.

Fuentetaja, A., y Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 1(10), 1-19.

<https://doi.org/10.5093/cc2019a2>

Giusti, S. D. y Altamirano, C. (2025). Interconsulta y salud mental: abordajes, evaluación e intervención del psicólogo clínico. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

<https://www.aacademica.org/000-004/538>

Guber, R. (2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo Veintiuno.

- Gobierno de Córdoba. (2021, 19 de junio). *100 aniversario del Hospital Transito Caceres de Allende*. <https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/100-aniversario-del-hospital-transito-caceres-de-allende/>
- Haz, A., Díaz, D., & Raglianti, 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*, 20(1), 1-7.
- Hospital Transito Caceres de Allende. (2021, 19 de junio). Hoy conmemoramos el 100 aniversario de la fundación del Hospital Transito Caceres de Allende [Publicación]. Facebook
- Jara Holliday, O. (2011). *La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos*. Matinal.
- Lagache, D. (1945). El Método Clínico en Psicología Humana. Ficha de Cátedra. Psicología Clínica.
- Ley N° 26.529. (2009, 21 de octubre). Congreso de la Nación Argentina. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Ley N.º 26.657. (2010, 25 de noviembre). Congreso de la Nación Argentina. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Ley N° 7.106. (1984, 13 de septiembre). Ley Provincial de Disposiciones del ejercicio de la Psicología. Córdoba, Argentina,
- Manrique Tisnés, H. (2011). *Sobre la clínica en la psicología*. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis FUNLAM*. 21, 1-9. <https://doi.org/10.21501/16920945.81>
- Martinez, M. (2025) *El rol del psicólogo clínico en el proceso de admisión del*

servicio mental de un hospital polivalente en la Ciudad de Córdoba, Argentina

[Tesis de grado, Universidad Católica de Córdoba]. Archivo digital.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018). Abordaje de la salud mental en hospitales generales.

<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento226.pdf>

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-ou-response>

Pérez Arias, E. (2010). La interconsulta en salud mental: concepto límite entre lo psíquico y lo somático. *El Sigma*.

<https://www.aacademica.org/emilseperezarias/4.pdf>

Perichinsky, C. M. (2018). *El rol del psicólogo en el medio hospitalario*. En Secretaría de Extensión, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata (Ed.), Jornada: El rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental (pp. 92–102). Universidad Nacional de La Plata.

Perona, S. y Casado, F. (1988) Funciones del psicólogo en una Unidad de Salud Mental del Hospital General. *Psicólogos del programa PIR. UNED*.

Protesoni, A. L. (2018). La primera entrevista clínica psicológica en servicios de salud. En A. Muñiz (Comp.), *Intervenciones en psicología clínica: Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (pp. 11-18). Universidad de la República Uruguay.

Tomm, K. (1987). *La entrevista como intervención. Parte III: ¿Hacer preguntas circulares, estratégicas o reflexivas?* Material de cátedra, Intervenciones psicológicas: teoría sistémica, Universidad Católica de Córdoba.

- Ulloa, F. (1970) El Método Clínico. Las herramientas clínicas”. Resumen textual de las ideas del autor expuestas en “El método clínico en psicología” [Ulloa, F: Ficha de Cátedra de Psicología Clínica. UBA. 1970] y algunas puntualizaciones extraídas de su libro *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una Práctica*. [Bs. As. Paidós. 1995].
- Yost, J. S., & Cavanagh, C. E. (2025). Clinical education: Consultation-liaison psychology services. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3–7. <https://doi.org/10.1007/s10880-025-10067-3>