

Casas Uriburu, María Inés

**Dispositivo de triage en
salud mental como espacio
de primera escucha en un
Hospital Pediátrico de
Córdoba**

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

Directora: Petit, María Cecilia

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



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*“Dispositivo de triage en salud mental como espacio de primera escucha en un Hospital
Pediátrico de Córdoba”*

Casas Uriburu María Inés

2026

*“Dispositivo de triage en salud mental como espacio de primera escucha en un Hospital
Pediátrico de Córdoba”*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

MODALIDAD SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS

CONTEXTO CLÍNICO

*“Dispositivo de triage en salud mental como espacio de primera escucha en un Hospital
Pediátrico de Córdoba”*

ALUMNA: Casas Uriburu María Inés

DIRECTORA: Lic. Petit, María Cecilia

2026

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. CONTEXTO CLÍNICO.....	10
2.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y ESPECIFICIDADES.....	11
2.2 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO.....	12
2.3 DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA EN ARGENTINA.....	14
2.4 PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	16
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	18
3.1 HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS.....	19
3.2 HISTORIA Y CONSOLIDACIÓN INSTITUCIONAL.....	20
3.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS.....	20
3.4 ORGANIGRAMA.....	22
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	23
5. OBJETIVOS.....	25
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	26
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
6. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	28
6.1 EL TRIAGE EN EL CAMPO DE LA SALUD Y SU ADAPTACIÓN A LA SALUD MENTAL.....	29
6.2 EL TRIAGE COMO DISPOSITIVO.....	31
6.3 EL ROL DEL PROFESIONAL EN EL TRIAGE Y LA ENTREVISTA INICIAL.....	33
6.4 DEMANDA, PRIMERA ESCUCHA Y URGENCIA SUBJETIVA.....	34
6.5 LÍMITES Y ALCANCES DEL TRIAGE EN SALUD MENTAL.....	37
7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	40
7.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS.....	41
7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
7.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	43
7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	46
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	47
8.2 DIMENSIONES DEL DISPOSITIVO DE TRIAGE.....	48
8.2.1 LA FUNCIÓN DEL TRIAGE: TENSIONES ENTRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y LA VIVENCIA FAMILIAR.....	49
8.2.2 EL VALOR DE LA PRIMERA ESCUCHA: LA UBICACIÓN DE LA URGENCIA EN LOS ADULTOS RESPONSABLES.....	51
8.2.3 ALCANCES Y LIMITACIONES: EXPECTATIVAS FRENTE A LA CARENCIA INSTITUCIONAL.....	52
8.2.4 LA POSICIÓN COMO PRACTICANTE: SOSTENER EL ENCUADRE FRENTE AL VACÍO.....	54
9. CONSIDERACIONES FINALES.....	56

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
--	-----------

ÍNDICE DE SIGLAS

ADE: Atención a la Demanda Espontánea

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina

NNyA: Niñas, Niños y Adolescentes.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

TIF: Trabajo Integrador Final

PPS: Prácticas Profesionales Supervisadas

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

1. INTRODUCCIÓN

El presente escrito formaliza el Trabajo Integrador Final (TIF), desarrollado bajo la modalidad de Sistematización de Experiencias. Dicha producción se enmarca en las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), correspondientes al contexto clínico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. La experiencia se sitúa en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico del Niño Jesús, durante el período comprendido entre los meses de julio y diciembre de 2025.

El trabajo se organiza en distintos apartados. En primer lugar, se desarrolla el contexto de la práctica, abordando las especificidades, el recorrido histórico y las perspectivas actuales de la Psicología Clínica, con el fin de situar el marco disciplinar en el que se inscribe la experiencia.

Posteriormente, se describe el contexto institucional, detallando la historia y funcionamiento del Hospital Pediátrico del Niño Jesús, con énfasis en la organización interdisciplinaria de su Servicio de Salud Mental y los programas que lo integran.

Seguidamente, se introduce el eje de sistematización: *“Dispositivo de triage en salud mental como espacio de primera escucha en un Hospital Pediátrico de Córdoba”*, a partir del cual se formulan el objetivo general y los específicos.

El abordaje se fundamenta en una perspectiva teórica que se sustenta en conceptos clave como triage, dispositivo, demanda y urgencia subjetiva, articulados con aportes de distintos autores que fundamentan la lectura clínica de la experiencia. A continuación, se explicita la modalidad de trabajo empleada para la sistematización, incluyendo las técnicas de recolección de datos y las consideraciones éticas que orientan la práctica.

Finalmente, se desarrolla el análisis de la experiencia, orientado a recuperar el proceso vivido mediante una articulación teórico-práctica. Este recorrido propone producir un saber situado sobre los desafíos actuales de la atención en salud mental en el ámbito hospitalario pediátrico, así como el valor del triage como espacio de escucha, orientación y cuidado en el marco del sistema público de salud.

2. CONTEXTO CLÍNICO

2.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y ESPECIFICIDADES

La Psicología Clínica constituye un área de la Psicología cuyo campo de acción se despliega en diversas instituciones, tales como hospitales generales y psiquiátricos, centros de salud, consultorios y otras instituciones públicas y privadas. En estos espacios, la práctica clínica se orienta a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud mental, lo que da cuenta de la amplitud de su campo de intervención.

De acuerdo con la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), la Psicología Clínica es una “disciplina científico-profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (EFPA, 2003). En este marco, Lagache (1982) la define como una disciplina enfocada en el estudio profundo de casos individuales, en el que se considera la conducta humana y sus condiciones, en relación con los aspectos biológicos, psicológicos, la historia de vida y las circunstancias actuales de cada sujeto, proponiendo el estudio de la persona total “en situación” (p. 7.). En continuidad con esta perspectiva, Manrique Tisnes (2011) resaltan la complejidad del objeto de estudio al abarcar tanto lo patológico como lo no patológico, con intervenciones en diferentes aspectos como lo individual, plural y colectivo.

En este campo, el método clínico ocupa un lugar central. Se caracteriza por su enfoque en la totalidad de reacciones de un sujeto en su situación, con el objetivo de obtener una comprensión lo más integral posible de la persona y de los factores que influyen en su comportamiento. Asimismo, las incumbencias del psicólogo clínico incluyen funciones como

el asesoramiento, la curación, la educación, lo que evidencia la multiplicidad de roles que puede desempeñar (Lagache, 1982).

De manera más específica, Buendía (1999) sintetiza cinco funciones actuales del psicólogo clínico: la evaluación psicológica, la investigación, el tratamiento terapéutico, la prevención y la enseñanza. No obstante, como subraya Jorge (2018), la especificidad de la psicología clínica no radica en la acumulación de funciones, sino en la “actitud clínica”, entendida como la combinación de investigación, evaluación e interacción necesaria, orientada a comprender la conducta humana y sus conflictos internos, integrando teoría, investigación, métodos y prácticas clínicas en un mismo campo disciplinar (p. 98).

2.2 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

La Psicología Clínica, como disciplina formalizada, posee una trayectoria relativamente reciente. Su surgimiento suele situarse en 1896 con la fundación de la primera clínica psicológica por Lightner Witmer, en la Universidad de Pennsylvania (*University of Pennsylvania*), donde desarrolla lo que luego denomina método clínico, orientado inicialmente a la evaluación e intervención en problemáticas del desarrollo infantil. De manera contemporánea, Sigmund Freud comenzaba a sistematizar su método clínico bajo el nombre de psicoanálisis, introduciendo una ruptura epistemológica con la tradición neuropatológica dominante y contribuyendo al desarrollo de nuevas perspectivas clínicas.

La consolidación de la Psicología Clínica tuvo lugar a lo largo del siglo XX, impulsada en gran medida por las demandas surgidas de las dos guerras mundiales. Durante la Primera Guerra Mundial, las necesidades de evaluación de habilidades y asignación de roles promovieron avances significativos en la psicometría y en la investigación sobre la

personalidad, la inteligencia y las etiologías de la conducta. Posteriormente, la Segunda Guerra Mundial marcó un punto de inflexión: a las demandas de selección, se sumó la necesidad de atender las secuelas psíquicas y los traumas derivados de la experiencia bélica, lo que otorgó mayor relevancia al papel del psicólogo clínico, quien comenzó a integrarse formalmente en los equipos de los hospitales militares (Buendía, 1999).

En el contexto de posguerra, en 1946, la Asociación de Veteranos de los Estados Unidos definió al psicólogo clínico como aquel profesional dedicado al “diagnóstico, tratamiento e investigación de los desórdenes del comportamiento en adultos” (Buendía, 1999). Este hito contribuyó a legitimar la función terapéutica de la disciplina, que hasta entonces había estado mayormente orientada a la evaluación. En esa línea, en 1947, el Comité de Formación de la American Psychological Association (APA) evaluó los programas universitarios vigentes, proceso que culminó con el reconocimiento oficial de la Psicología Clínica a través del Informe Shakow. Este modelo fue aceptado en 1949 durante la Convención Nacional de Formación en Psicología Clínica en Boulder (Colorado), estableciendo los lineamientos del modelo científico-profesional (Buendía, 1999).

A partir de la década de 1960 se produjeron una serie de transformaciones que reconfiguraron el campo: se reconoció la influencia de los factores psicológicos en diversas patologías médicas; se amplió el campo de intervención del psicólogo clínico más allá de la psicopatología clásica; y se consolidó la expectativa de que la Psicología aportará nuevos marcos conceptuales para el abordaje integral de la salud (Rachman, 1980, como se citó en Buendía, 1999).

Es precisamente en este punto de intersección -la masificación de la asistencia pública y la progresiva saturación de los efectores de salud- donde resulta ineludible situar el surgimiento del triage en salud mental. Siguiendo los aportes de Foucault (1977), todo dispositivo se constituye en un momento histórico dado para dar respuesta a una *urgencia*. En el campo de la salud mental, esa urgencia histórica estuvo marcada por el colapso frente a una demanda social desbordante que los modelos terapéuticos tradicionales, centrados en el tratamiento individual a largo plazo, ya no tenían la capacidad material de absorber.

En consecuencia, el triage, cuyo origen se remonta históricamente a la medicina militar para la clasificación rápida de heridos, comienza a ser repensado e importado al campo de la salud mental institucional en las últimas décadas. Ante la imposibilidad operativa de garantizar el inicio directo de tratamientos para todos, el triage emerge no solo

como una herramienta organizativa para gestionar flujos masivos de pacientes priorizando la gravedad por sobre el orden de llegada, sino como un dispositivo clínico estratégico: una primera línea de respuesta destinada a alojar, evaluar y orientar la demanda contemporánea en el ámbito hospitalario (Soler et. al., 2010).

2.3 DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA EN ARGENTINA

Según Saforcada (2006), el desarrollo institucional de la disciplina en el país registra antecedentes tempranos, como la instalación en 1891 del primer laboratorio de psicología experimental de América Latina por Víctor Mercante. Mismo año en que Mark Baldwin -discípulo de Wundt- fundó el primer laboratorio de psicología experimental en Canadá, lo que permite situar estos desarrollos en un contexto de expansión internacional de la disciplina.

Posteriormente, en 1908, Francisco de Veyga, junto a Piñero e Ingenieros, fundaron la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, marcando un hito en la organización institucional del campo. Hacia fines de la década de 1930, el contexto resulta propicio para el desarrollo de la psicología en Argentina, en tanto se abre la “posibilidad para profundizar los desarrollos teóricos, avanzar en la investigación científica y configurar estudios universitarios especializados que darían origen a la profesión y a la diversificación de sus campos de aplicación” (Saforcada, 2006, p. 5).

Sin embargo, el proceso de profesionalización formal se inició con la creación de la carrera de psicología a finales de la década de 1950. En sus comienzos, la disciplina se caracterizaba por la ausencia de un perfil disciplinar claro; como señala Bleger (1969, citado en D’agostino et al., 2013), los estudiantes atraviesan diversas áreas como la económica, la sociología y la neurofisiología sin lograr delimitar con precisión la especificidad del rol. En este contexto, el psicoanálisis desempeñó un papel fundamental en la configuración del

campo clínico, al ofrecer un marco conceptual que permitió suplir la falta de definición institucional y otorgar una identidad profesional basada en una escucha singular (Dagfal, 2009, como se citó en D'agostino et al., 2013).

Este “nuevo psicoanálisis” se caracterizó por una notoria vocación pública. Los psicólogos de la generación de 1960, bajo la influencia de autores como Bleger y Pichon-Riviere, se posicionaron inicialmente como “agentes de cambio”, vinculando la transformación personal con la social. Durante la década de 1970, este posicionamiento derivó hacia la figura del “trabajador de la salud mental”, equiparando la labor del psicólogo con la de otros trabajadores del campo sanitario y comunitario (Fernandez, citado en D'agostino et al., 2013).

La legitimidad del psicólogo en el campo sanitario no fue un proceso ausente de conflictos. Los primeros egresados debieron enfrentar la resistencia de instituciones públicas que no tenían previsto un espacio propio para la psicología, lo que obligó a crear el rol y luchar por la conquista de una especificidad profesional dentro del hospital. Es fundamental destacar que el peso de la profesión en Argentina se consolidó desde el trabajo hospitalario y comunitario hacia los consultorios privados, y no a la inversa (Fernandez, citado en D'agostino et al., 2013). Esta inserción permitió que la psicología comenzara a ocuparse del proceso salud-enfermedad en su dimensión más amplia, aportando una mirada sobre los componentes objetivos de la atención (Diaz Fancio Lince, 2010)

La institucionalización de la psicología se consolidó en 1977 con la fundación de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), entidad que reúne a los colegios profesionales y asociaciones de psicólogos de las distintas jurisdicciones del país y que representa a los psicólogos tanto en el ámbito nacional como internacional (Saforcada, 2006). Luego, en la Asamblea de diciembre de 1995, la FePRA reconoce oficialmente las siguientes especialidades: Psicología Clínica, Laboral, Jurídica, Social, Sanitaria y Educacional. Este proceso contribuyó a consolidar la autonomía profesional y la diversificación del campo laboral de la disciplina en el país.

En este marco, el desarrollo de la psicología en Argentina se encuentra fuertemente atravesado por su inserción en el campo de la salud, particularmente en instituciones hospitalarias, lo que constituye un antecedente relevante para la emergencia de dispositivos específicos como el triage en salud mental.

2.4 PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

En el marco de la legislación vigente, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061 (2005) establecen que las intervenciones deben desarrollarse bajo un enfoque de derechos. Este paradigma exige respetar la dignidad y humanidad de las personas, superando viejas concepciones tutelares. En esta línea, Desviat (citado en Huertas, 2020) insta a cuestionar conceptos como la incapacidad o la peligrosidad, categorías que históricamente han contribuido a la estigmatización tanto al padecimiento subjetivo y de quienes acceden a los servicios de salud. En consecuencia, la humanización de la práctica clínica no es una opción técnica, sino un imperativo legal y ético.

En ese sentido, la ética de la práctica clínica adquiere un carácter central, en tanto atraviesa de manera transversal toda intervención. Desviat (citado en Huertas 2020) subraya la importancia de una clínica de escucha que posibilite una terapia negociada con el paciente, en la cual el diagnóstico no cierre sentidos, sino que abra posibilidades de cuidado y comprensión. Desde esta perspectiva, la posición clínica no se reduce a una postura teórica, sino que implica una toma de posición ética: las intervenciones producen efectos sobre los sujetos, lo que conlleva una responsabilidad ineludible por parte del profesional (Desviat, citado en Huertas 2020).

En esta línea, se plantea la necesidad de una clínica del sujeto ampliada, que supere tanto la patologización de los síntomas como las respuestas estandarizadas. La intervención clínica se orienta así hacia el reconocimiento de la singularidad y de las condiciones de vida de cada sujeto, entendiendo los saberes como herramienta para problematizar la realidad social y subjetiva. En consonancia con ello, Buendía (1999) señala que la Psicología Clínica debe considerar de manera articulada los factores biológicos, psicológicos y socioculturales implicados en los padecimientos, ampliando sus objetivos hacia la prevención y promoción en salud, y situando al sujeto en su contexto.

Desde este enfoque ético y de derechos, resulta pertinente interrogar cómo estos principios se ponen en juego en estos dispositivos institucionales de primera escucha, como el triage en salud mental, particularmente en el ámbito hospitalario pediátrico. El carácter urgente, y en ocasiones, vertiginoso de estas intervenciones tensiona los ideales de una clínica basada en el tiempo de escucha y la negociación, configurando un desafío ético para el profesional. En este marco, el presente trabajo se propone sistematizar la experiencia desarrollada en el dispositivo de triage en salud mental de un hospital pediátrico, entendido como un espacio clínico-institucional de primera escucha, orientación de la demanda y cuidado.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS

La práctica profesional se desarrolló en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, institución de segundo nivel de complejidad, situado en la Avenida Castro Barros 650 (Barrio San Martín, Córdoba). Su relevancia radica en su perfil prestacional: al no realizar cirugías de alta complejidad, su funcionamiento se orienta a la atención de patologías de baja y mediana complejidad, consolidándose como un centro de referencia para la zona noroeste de la ciudad y localidades vecinas como Unquillo, Saldán, La Calera, Monteros y Cruz del Eje.

La población atendida - niñas, niños y adolescentes de 0 a 16 años -proviene mayoritariamente de sectores atravesados por condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y estructuras familiares numerosas (Calisaya, 1997). Esta caracterización permite situar un entramado social donde la fragilidad de las redes de contención incide en la producción y expresión del malestar subjetivo.

En este contexto, la insuficiencia de recursos materiales y simbólicos para alojar el padecimiento de manera temprana, favorece que la demanda irrumpa en el hospital bajo la forma de una urgencia subjetiva. Esta condición no solo define el tipo de consultas que recibe la institución, sino que también incide directamente en las modalidades de escucha e intervención, particularmente en dispositivos de primera admisión como el triage en salud mental.

3.2 HISTORIA Y CONSOLIDACIÓN INSTITUCIONAL

La historia de la institución se remonta a la fundación de la Sociedad de Damas de la Divina Providencia en 1883 y la posterior creación de la “Casa de Niños Expósitos”, lo que configura una impronta fundacional ligada al alojamiento de la infancia en situación de desprotección. Esta matriz institucional evolucionó desde el orfanato -conocido como “Casa Cuna”- hacia un centro de atención médica abierto a la comunidad bajo la dirección del Dr. Benito Soria en 1915 (Gobierno de Córdoba, 2014).

Asimismo, resulta relevante considerar el lugar que la institución habría ocupado durante la última dictadura cívico-militar, en el marco de prácticas de apropiación y circulación de niños, hijos de personas detenidos-desaparecidos, quienes eran derivados a los juzgados de Menores de la Provincia para su posterior adopción (Fundación Casa Cuna, s.f.). Este antecedente introduce una dimensión histórica compleja que interpela las prácticas institucionales en relación con la infancia y sus derechos.

Por otra parte, la reapertura del hospital en 1999, luego de un período de riesgo de cierre, reafirmó su función social como institución pública orientada a garantizar el acceso a la salud de la población más vulnerable (La Voz, 2019).

3.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS

El Servicio de Salud Mental se organiza bajo un paradigma de abordaje interdisciplinario e intersectorial, acorde a la complejidad de las problemáticas que atiende. El equipo está conformado por profesionales de distintas disciplinas: psicología, psicopedagogía, psiquiatría y trabajo social, lo que posibilita una lectura integral del padecimiento subjetivo.

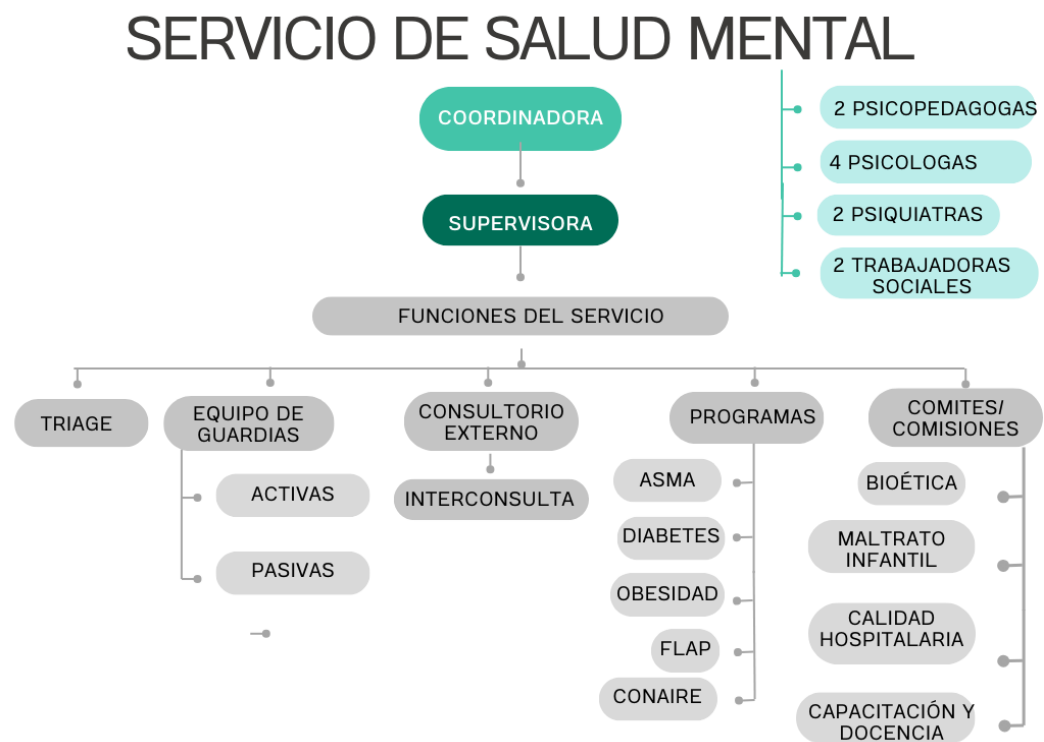
La organización funcional del servicio se orienta a responder a la alta demanda mediante una distribución estratégica de roles. La coordinación y supervisión del servicio están a cargo de una psicóloga y una psicopedagoga respectivamente, quienes asumen la responsabilidad técnica y clínica del dispositivo de triage. A su vez, el sistema de guardias -tanto activas como pasivas- garantiza la atención de interconsultas y urgencias, constituyéndose como un soporte fundamental del servicio.

En cuanto al área de consultorio externo, esta absorbe las demandas de tratamiento sostenido. No obstante, como se desarrollará más adelante, se encuentra condicionado por la capacidad operativa frente al flujo constante de pacientes que ingresa por el triage.

Asimismo, el servicio participa en distintos programas institucionales - como Asma, Diabetes, Conaire y FLAP- mediante la intervención de profesionales de diferentes disciplinas. Del mismo modo, los profesionales del servicio forman parte de distintos comités y comisiones, como el Comité de Bioética y la Comisión de Calidad Hospitalaria y Maltrato Infantil.

A continuación, se presenta el organigrama del Servicio de Salud Mental, con el fin de visualizar la organización institucional y los roles profesionales implicados en el dispositivo de triage.

3.4 ORGANIGRAMA



(Fuente: Elaboración propia).

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“Dispositivo de triage en salud mental como espacio de primera escucha en un Hospital Pediátrico de Córdoba”

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el dispositivo de triage en salud mental en tanto espacio de primera escucha en un Hospital Pediátrico de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la función del triage como dispositivo clínico en el área de salud mental.
2. Indagar sobre el valor de la primera escucha como intervención en contextos de urgencia subjetiva.
3. Identificar los alcances y las limitaciones del triage en relación con las expectativas familiares y las posibilidades institucionales.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1 EL TRIAGE EN EL CAMPO DE LA SALUD Y SU ADAPTACIÓN A LA SALUD MENTAL

El término triage proviene del francés *trier*, que significa clasificar, seleccionar o elegir (Soler et al., 2010). Históricamente desarrollado en la medicina de guerra y catástrofes para la selección rápida de heridos según su probabilidad de supervivencia, el concepto se extendió posteriormente a la medicina de urgencias. En este último ámbito, Cook y Sinclair (citados en Larumbe Iriarte et al., s. f.) lo definen como el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado. Desde esta perspectiva, el triage busca garantizar que “la persona adecuada reciba la asistencia adecuada en el lugar adecuado y por los motivos adecuados” (Larumbe Iriarte et al., s. f., p. 1).

Según la Ley N° 14.948 de la Provincia de Buenos Aires (2017), el triage se presenta como una herramienta orientada a la gestión del riesgo clínico para manejar adecuadamente los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos disponibles (Soler et al., 2010). No obstante, en la práctica institucional hospitalaria suele advertirse una tensión frecuente entre la exigencia comunitaria de ser atendido por estricto orden de llegada y la lógica del dispositivo, la cual establece la prioridad en función de la gravedad objetiva de los síntomas para minimizar los riesgos de vida (Sanatorio Allende, 2019).

Al considerar la traspolación de este dispositivo al campo de la salud mental, se advierte una posible tensión epistemológica y ética fundamental entre la objetivación del síntoma médico y la singularidad del padecimiento psicológico. Mientras que el triage médico tradicional procura estandarizar la respuesta orgánica, en salud mental el dispositivo se redefine como un proceso dinámico que prioriza la asistencia según el estado emocional del sujeto y el modo en que este se encuentra en ese momento peculiar (Organización Colegial de Enfermería, 2020). En este contexto, ya no se trata únicamente de clasificar casos por riesgo vital, sino de gestionar la demanda y orientar a las familias dentro de un sistema público con alta demanda asistencial y recursos limitados (Ley 14.948, 2017).

A diferencia del ámbito médico, en salud mental resulta complejo objetivar de forma lineal situaciones de desborde o riesgo. Asimismo, se plantea que la definición de los criterios de derivación o internación en este campo no depende exclusivamente del cuadro clínico presentado, sino también, y muchas veces principalmente, del soporte y la consistencia de las redes de apoyo social y familiar con las que cuenta el sujeto (Larumbe Iriarte et al., s. f.). Por lo tanto, se sugiere que la adaptación del triage solo resulta clínicamente viable si la clasificación se subordina a una lectura integral y contextualizada, funcionando como una vía para gestionar la alta demanda sin obturar la palabra del consultante.

En el contexto del Hospital Pediátrico, esto conlleva que el triage no se limite a ser una vía de derivación, sino que se constituya como una instancia inicial de recepción. En este encuentro se releva el motivo de consulta y se intenta orientar el recorrido asistencial, buscando que el acto administrativo se aproxime a un acto de cuidado que valide la presencia de las familias en la institución (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019). El triage en salud mental se configura como una primera instancia de evaluación y orientación, en la que se realiza una lectura inicial de la situación y se define la vía de derivación más adecuada (Alcuaz & Rodriguez, 2014). En palabras de Horizon Services (s.f), su finalidad es evaluar los síntomas y el nivel de urgencia antes de iniciar una intervención específica, funcionando como un espacio intermedio entre la recepción institucional y el inicio de un tratamiento propiamente dicho. En el contexto del Hospital Pediátrico, esto implica alojar la irrupción de las familias en la primera entrevista, transformando la derivación administrativa en un acto de orientación y cuidado.

6.2 EL TRIAGE COMO DISPOSITIVO

Con el fin de comprender al triage, resulta productivo situarlo dentro del concepto de dispositivo. Según Foucault (1977, citado en Agamben, 2011) un dispositivo se define como: “un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (p. 250), articulados en torno a una función estratégica. En el Hospital Pediátrico, este dispositivo se materializa en la articulación entre el espacio físico del consultorio, la administración de la lista de espera, los protocolos de derivación y la posición de escucha del profesional frente a las familias que demandan atención.

Ampliando esta noción, Deleuze (1990, citado en Garcia Fanlo, 2011) concibe al dispositivo como una red de relaciones de saber, poder y subjetividad “que hace ver y hace hablar” (p. 4). En consecuencia, el triage no puede reducirse a una técnica neutral, sino que debe comprenderse como un dispositivo que organiza prácticas, saberes y definiciones en función de una necesidad institucional específica, donde se entrecruzan discursos médicos, legales y sociales, produciendo ciertas formas de visibilidad y enunciación del padecimiento.

Al respecto, avanzar sobre la dimensión productiva del dispositivo invita a interrogar qué efectos genera el triage sobre la demanda y la escucha. Desde esta perspectiva, se plantea que el triage no opera como un filtro pasivo, sino como una estructura que ordena y organiza activamente el primer encuentro clínico. Al establecer un encuadre específico - caracterizado por la entrevista exclusiva con los adultos responsables y la lectura inicial de un consentimiento de primera escucha-, el dispositivo produce un primer efecto de acotamiento del malestar. Esta intervención preliminar permite delimitar las expectativas institucionales frente a la lista de espera y reconfigurar la inmediatez de la consulta, orientando a los

cuidadores respecto de los canales de urgencia por guardia en caso de presentarse situaciones de riesgo inminente para el niño o para terceros.

Asimismo, la Organización Colegial de Enfermería (2020) resalta que la dimensión productiva del dispositivo se manifiesta en el modo en que se selecciona y delimita el campo de la evaluación inicial a través de una entrevista semiestructurada. Esta modalidad permite que la indagación no discurra de forma lineal, adaptándose al estado emocional del consultante para detectar necesidades inmediatas y riesgos psicológicos. En el marco de la consulta pediátrica, se retoman los lineamientos del método clínico de la entrevista con padres propuestos por Borelle & Russo (2013), donde la recopilación de datos de filiación, la confección del genograma y el relevamiento de antecedentes permiten construir una aproximación diagnóstica de la dinámica familiar. Asimismo, la apertura a la palabra orientada a indagar las funciones vitales - tales como el sueño, la alimentación y el control de esfínteres- junto con las esferas relacionales del niño en el hogar y la escuela, produce un espacio clínico donde las representaciones y perspectiva del cuidador sobre el padecimiento adquieren centralidad (Borelle & Russo, 2013).

De este modo, se sugiere que el dispositivo no busca obturar la emergencia del sujeto mediante clasificaciones nosográficas cerradas, sino producir las condiciones de posibilidad para una lectura integral del caso. Siguiendo esta línea, Mauer et al. (2014), sostienen que toda estrategia de abordaje clínico supone la “construcción de un dispositivo que se entrama en una red de variables que abarcan un amplio espectro, desde las vicisitudes transferenciales hasta las improntas socioculturales” (pp. 36-37). El triage, entonces, se constituye como un espacio de mediación entre la demanda social de atención y la capacidad operativa del servicio, el cual asume la función estratégica de tramitar y alojar la demanda espontánea. De esta manera, se transforma el escenario de la espera en una instancia de orientación cuidada, pautas de manejo o derivación oportuna hacia la red territorial; es decir, hacia los diferentes efectores de la red de atención comunitaria, organizando el flujo de pacientes y delimitando los alcances del trabajo clínico posible en contextos institucionales con recursos limitados (Ghia, citado en Alcuaz & Rodríguez Evans, 2014; Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013).

6.3 EL ROL DEL PROFESIONAL EN EL TRIAGE Y LA ENTREVISTA INICIAL

Dentro del dispositivo triage, el profesional ocupa un lugar fundamental. Retomando los aportes de Borelle y Russo (2013), la tarea en una entrevista inicial con niños y sus referentes consiste en recibir a los adultos responsables para relevar el motivo de consulta, explorar las características de la dinámica familiar y acceder a sus representaciones sobre el padecimiento. Esta instancia exige al profesional una actitud de atención flotante y una escucha atenta para delimitar el discurso de los padres y explorar áreas relevantes para la construcción de hipótesis diagnósticas.

Por su parte, el triage presenta similitudes con el abordaje de la Atención a la Demanda Espontánea (ADE), en tanto ambos funcionan como puertas de entrada institucionales sostenidas por equipos que ofrecen una orientación inicial sobre los pasos asistenciales a seguir. De ese modo, la intervención del profesional aspira a introducir un primer encuadre clínico-institucional frente al desborde que motiva la consulta. En este marco, la irrupción del sufrimiento suele presentarse bajo la forma de una intensa angustia por parte de los adultos responsables. Por lo tanto, el rol del profesional en esta primera entrevista no se reduce a un mero registro de datos, sino que opera como una función de alojamiento y contención que permite ordenar ese malestar inicial. Ofrecer un espacio de escucha atenta y pautas claras propicia que el sufrimiento en bruto de la familia comience a tramitarse a través de la palabra, regulando el desvalimiento mediante el ofrecimiento de un lazo institucional continente (Ghia citado en Alcuaz & Rodríguez Evans, 2014).

En muchos casos, y tal como se observa en la práctica del triage de Salud Mental del Hospital, la demanda proviene de los padres, familiares o instituciones educativas, lo que posibilita situar la urgencia en la trama de discursos médicos, familiares, sociales y jurídicos que atraviesan la infancia. A partir de ello, es posible ubicar el malestar por el efecto que

produce, que a la vez es lo que motiva la consulta (Ghia citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014).

6.4 DEMANDA, PRIMERA ESCUCHA Y URGENCIA SUBJETIVA

Las consultas en el ámbito de la salud mental suelen presentarse institucionalmente bajo la forma de urgencia. Para precisar este campo, resulta relevante retomar las diferencias planteadas por Rijnders (citado en Larumbe Iriarte et al., s. f.), quien distingue las categorías de crisis, urgencia y emergencia en función del factor temporal y la gravedad de la situación. Desde esta perspectiva, la crisis se define como una situación de alteración del equilibrio por un acontecimiento inesperado, escenario en el cual se dispone de cierto margen de acción y cuyo objetivo clínico consiste en volver la situación hacia la normalidad y el tratamiento regular. Por su parte, la urgencia representa un escenario crítico en el cual el sistema no dispone de las estrategias inmediatas para su resolución y donde el factor tiempo se vuelve clave para evitar el agravamiento del sufrimiento. Finalmente, la emergencia es una situación extrema donde hay una agresión directa o indirecta hacia sí mismo o hacia terceros, requiriendo una atención inmediata.

Esta delimitación conceptual encuentra un correlato directo en los criterios operativos de los efectores de salud institucionales, donde se subraya la importancia de diferenciar ambos términos - a menudo utilizados erróneamente como sinónimos- para determinar la premura de la acción asistencial. De este modo, se entiende que la emergencia implica una contingencia donde la vida del paciente se encuentra en peligro evidente, exigiendo un abordaje inmediato, mientras que la urgencia alude a una situación que, sin ser

necesariamente mortal, debe ser atendida en el corto plazo (Sanatorio Allende, 2019). Es allí donde se inscriben inicialmente las consultas por salud mental, en las que algo del lazo familiar o subjetivo entra en crisis y produce un pedido de ayuda.

El pasaje desde esta concepción hacia el campo de la salud mental exige introducir una distinción fundamental. Mientras que la urgencia médica se define por la inmediatez del acto y el riesgo vital, la clínica del sujeto se define a la vez por su dimensión simbólica; es decir, por aquello que irrumpe en el discurso del consultante como malestar, exceso o angustia intolerable. Por consiguiente, la urgencia subjetiva no preexiste como un dato u objetivo que pueda ser medido a través de un protocolo estandarizado, sino que se construye estrictamente en el espacio de la escucha (Ghia, citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014).

En consonancia, Sotelo (2015, citado en Correa & Sanchez, 2017) plantea que la urgencia en salud mental está íntimamente ligada al concepto de sujeto y a su vivencia de límite. De este modo, se establece una separación respecto de la gravedad objetiva del modelo médico tradicional: la urgencia subjetiva se manifiesta allí donde lo que acontece concierne directamente al sujeto, independientemente de la valoración diagnóstica formal que el profesional realice. La urgencia del sujeto señala, fundamentalmente, la irrupción de un límite singular que ha quebrado las defensas habituales y que requiere, de manera imperativa, ser tramitado por fuera de la inmediatez del puro acto (Comisión de Salud Mental del Colegio de Psicólogos de Córdoba, 2018).

En el marco del ámbito pediátrico, Ghia (citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014), señala que la urgencia no siempre se sitúa en el niño, niña o adolescente que motiva la consulta, sino en los adultos y en su propia imposibilidad de sostener o simbolizar lo que ocurre con su hijo/a. Los cuidadores suelen arribar a la consulta profundamente angustiados, demandando respuestas inmediatas que les devuelvan cierto sentimiento de control frente al padecimiento. Tal como señala el autor, “la urgencia queda ubicada como pedido de resolver la falta de dominio sobre el niño” (p. 90).

Esta situación remite a la categoría psicoanalítica de desamparo. Desde esta perspectiva, Freud (1926/1992, citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014) conceptualizó el desamparo o desvalimiento como aquel estado del sujeto caracterizado por la ausencia de recursos para hacer frente al malestar; mientras que Lacan (1959-60/1981, citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014) lo concibe como una experiencia de desborde que excede al sujeto. En esta línea, Fernandez Raone (citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014) sostiene

que la demanda de atención formulada por los padres suele expresar la vivencia de haber llegado a un límite insoportable ligado al “no poder más” (Castillo Mansilla, 2025, p. 77). En el contexto del sistema público, la demanda se presenta inicialmente bajo la forma de un pedido difuso de transferencia, donde la familia intenta delegar en la institución un padecimiento subjetivo que ya no puede ser tramitado ni retenido en el espacio familiar. Esta última no preexiste al encuentro, sino que se produce en el encuentro del paciente con un otro que escucha y supone que allí hay un sujeto (Ghia, citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014)

Frente a este escenario de desborde, la respuesta de los dispositivos de salud mental no puede orientarse bajo la lógica de la clasificación nosográfica cerrada, sino bajo la función estratégica de la primera escucha. Teniendo en cuenta lo planteado por Cerutti y Del Giorgio (2025), la primera escucha se instituye no como una mera técnica de recolección de datos o de comunicación aséptica, sino como una postura ética de disponibilidad, cuidado y acompañamiento. Su tarea principal consiste en suspender la urgencia por poner diagnósticos fijos o etiquetas sobre las infancias, priorizando los motivos de consulta por sobre las clasificaciones de los manuales (Universidad Nacional de Rosario, 2024).

En el marco del triage, Ghia (citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014) plantea que el profesional recibe un pedido -a menudo difuso y no completamente formulado- y, a partir de su posición de escucha, posibilita el surgimiento de una demanda. Esto permite que el pedido inicial, ligado a la premura de la urgencia, se ordene a través de la palabra, habilitando un tiempo distinto al del acto o la inmediatez. Al dar un espacio donde el desamparo de los cuidadores pueda ser recibido, la primera escucha ayuda a que los referentes se impliquen en el problema del niño. De este modo, el sufrimiento empieza a encontrar un lugar en la institución, transformando la urgencia generalizada en una urgencia subjetiva que se pueda empezar a hablar (Byrnes, 2015).

Al ofrecer un espacio donde dicha experiencia pueda ser alojada y significada por los cuidadores, la primera escucha promueve la implicación del sujeto y sus referentes en el malestar manifestado, permitiendo que el sufrimiento empiece a localizarse singularmente en el lazo institucional (Sotelo, 2009 citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014). A través de la palabra, se introduce un tiempo de elaboración que permite la subjetivación de la situación crítica, es decir, la construcción de una versión singular respecto de lo vivido (Ghia, citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014).

Frente a la discrepancia entre la inmediatez de la consulta y los tiempos de espera institucionales para el acceso a un tratamiento regular, la primera escucha adquiere valor como una intervención clínica en sí misma y no como un mero paso administrativo. Este dispositivo no se limita a la recopilación de datos o a facilitar una descarga emocional temporaria, sino que se orienta a delimitar el malestar y ofrecer pautas de acompañamiento iniciales. Así, el triage se constituye como el inicio de un lazo con la institución, proporcionando un marco de referencia que aloja el desvalimiento familiar y sostiene clínicamente la situación crítica durante el periodo de espera. En este marco, puede sostenerse que la urgencia no reside únicamente en el problema observable, sino en la vivencia subjetiva de quien la experimenta y de quienes lo rodean. Tanto Fernandez Raone como Sotelo coinciden en que la urgencia señala la irrupción de un límite subjetivo que requiere ser tramitado, constituyendo a la primera escucha como una instancia clínica clave para la mudanza del dolor en palabra y la consecuente subjetivación de la urgencia.

6.5 LÍMITES Y ALCANCES DEL TRIAGE EN SALUD MENTAL

Pensar el triage en salud mental implica también reconocer tanto sus alcances operativos como sus limitaciones estructurales dentro de la salud pública. Como advierte Byrnes (2015), en el ámbito público la respuesta institucional tiende, en ocasiones, a responder a lo disruptivo mediante derivaciones rápidas o contenciones protocolizadas, lo que no siempre permite abordar la complejidad del padecimiento. Frente a esto, el desafío clínico consiste en evitar que el triage se limite a ser un filtro administrativo, procurando sostenerlo como un espacio donde lo subjetivo pueda tener lugar, aun dentro de los límites

institucionales, alojando esa urgencia para orientar recomendaciones de intervención según niveles de gravedad.

En este sentido, la práctica en los servicios de salud permite diferenciar tres niveles de prioridad para ordenar la respuesta clínico-institucional. La Organización Colegial de Enfermería (2020) diferencia que: Un nivel bajo contempla aquellos padecimientos transitorios o crisis vitales que no presentan indicadores de riesgo inminente, ante los cuales se sugiere un manejo inicial basado en espacios de información, orientación cuidada y psicoeducación. Por otra parte, el nivel medio abarca las crisis que generan una afectación en las funciones psíquicas y que requieren una intervención en un tiempo acotado; en estos casos, la recomendación clínica se orienta a la aplicación de primeros auxilios psicológicos (PAP), acciones de contención y la posterior derivación para un seguimiento por consulta externa. Finalmente, el nivel alto se reserva para las situaciones de emergencia clínica que conllevan un riesgo elevado de autolesión, suicidio o agresión a terceros, lo cual representa una ruptura del equilibrio vital que exige una intervención inmediata por parte de especialistas, un abordaje interdisciplinario y el manejo intrahospitalario correspondiente.

Asumido bajo estas coordenadas, el triage se configura como un dispositivo valioso en el hospital público actual. Aunque transcurre en una temporalidad breve, ofrece una escucha profesional que busca mitigar el impacto de los tiempos de espera prolongados derivados de la saturación del sistema. Sostener el lazo con las familias valida su presencia en la institución y posibilita intervenciones significativas tales como: alojar la demanda, ofrecer una orientación cuidada, contener la angustia y delimitar los márgenes de respuesta institucional (Sotelo, 2015, citado en Correa & Sanchez, 2017).

No obstante, uno de los principales límites del triage radica en que no constituye en sí mismo un tratamiento terapéutico. Por lo tanto, se concluye que este dispositivo no puede sustituir el trabajo clínico que se despliega en los espacios terapéuticos, sino que debe pensarse como una instancia preliminar, orientadora y articuladora en el devenir del proceso de atención pública en salud mental.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

7.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

La Práctica Profesional Supervisada que se desarrolla en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús se orienta a realizar un trabajo de sistematización de la experiencia. Siguiendo a Jara (2011) la sistematización no se limita a narrar lo sucedido, sino que implica interrogar la experiencia y dejarse interrogar por ella, en un proceso de reflexión e interpretación crítica que se realiza sobre y desde la práctica. En este sentido, sistematizar supone la reconstrucción y el ordenamiento de aquellos factores objetivos y subjetivos que intervienen en una experiencia, con la finalidad de extraer aprendizajes y hacerlos comunicables.

Asimismo, el autor destaca la dimensión transformadora y creadora de la sistematización, en tanto no busca reproducir pasivamente la realidad, sino producir conocimiento situado desde la práctica, fortaleciendo la capacidad de generar intervenciones críticas. En este marco, Barnechea y Morgan (2010) sostienen que el objeto de la sistematización es la experiencia misma, entendida como una práctica situada, en la que la teoría se encuentra presente de manera implícita, bajo la forma de una “teoría no formal” que orienta la acción (p. 101).

El proceso de sistematización permite explicitar esta teoría implícita y ponerla en diálogo con otros marcos conceptuales, generando conocimientos que, además de enriquecer la práctica, establecen un diálogo con el campo académico (Jara, 2011).

De este modo, la sistematización no sólo transforma la experiencia, sino también produce efectos en quienes la realizan. De este modo, la sistematización no solo transforma

la experiencia, sino también a quienes la realizan, en tanto modifica sus modos de comprender, pensar e intervenir sobre la práctica.

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el marco de la Práctica Profesional Supervisada se emplearon diversas técnicas de recolección de datos con el fin de reunir la información necesaria para el proceso de sistematización. Entre ellas, se destacan: la observación participante, la observación no participante, los registros de campo y la entrevista.

En primer lugar, la observación participante, permitió una inserción progresiva en los diferentes espacios del servicio, especialmente en el triage y en los talleres grupales. Esta modalidad posibilitó una aproximación implicada a la experiencia clínica, no sólo a partir de la observación de las intervenciones de los profesionales, sino también mediante la participación en instancias de escucha y orientación, bajo supervisión. Como señala Guber (2001), esta modalidad implica 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). Esta forma de observación se centra en la experiencia vivida, ya que “se participa para observar y se observa para participar” (p. 57)

En segundo lugar, la observación no participante, supuso una posición más distanciada, orientada a registrar dinámicas institucionales, los criterios de organización del servicio y las modalidades recurrentes de abordaje de la demanda, sin intervenir directamente. Esta perspectiva, permitió construir una lectura más analítica del funcionamiento del dispositivo. .

Ambas modalidades resultaron complementarias: mientras la observación participante favoreció una comprensión desde la implicación, la no participante permitió una mayor distancia analítica respecto a la práctica. En tercer lugar, los registros de campo constituyeron una herramienta fundamental para la reconstrucción de la experiencia. En ellos se incluyeron descripciones de situaciones, fragmentos de entrevistas y reflexiones clínicas surgidas en el proceso. Tal como plantea Guber (2001), estos registros implican siempre un recorte de lo observado, en función de la perspectiva del investigador.

Por último, la entrevista constituyó una técnica central para la producción de información. Se trata de un encuentro entre dos o más individuos en el que una de las partes busca recibir asistencia o asesoramiento, con el objetivo de alcanzar un diagnóstico presuntivo y orientar posibles líneas de intervención (Rolla, 1981). La entrevista representa un instrumento esencial del método clínico, con procedimientos y reglas empíricas propias aplicadas al conocimiento científico (Bleger, 1985). En el contexto de la práctica, las entrevistas de primera escucha fueron registradas mediante la “Ficha de Primera Consulta”, documento institucional que permite organizar la información clínica y social relevante, tal como los antecedentes familiares, el motivo de consulta, las observaciones y las derivaciones.

7.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La población considerada en esta sistematización de experiencia está conformada por padres y/o cuidadores de niños y niñas desde los primeros meses de vida hasta los 14 años, que consultan para iniciar un proceso de atención en el Servicio de Salud

Mental en las áreas psicología, psiquiatría y/o psicopedagogía. En su mayoría, se trata de usuarios pertenecientes a sectores socioeconómicos predominantemente vulnerables, con estructuras familiares extensas o complejas.

El triage constituye el primer espacio de contacto entre los adultos responsables y el Servicio de Salud Mental, funcionando como una instancia inicial de recepción y escucha de la consulta. En este espacio se revela el motivo de demanda y se orienta el posible recorrido asistencial dentro de la institución.

En este primer encuentro, los padres o cuidadores se presentan con diversas expectativas y preocupaciones vinculadas a la situación del niño/a y a la búsqueda de atención profesional. Esta instancia permite realizar una aproximación inicial a la dinámica familiar y establecer criterios preliminares de orientación y derivación.

7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las prácticas y el presente trabajo se enmarcan en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 2013) y en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), los cuales orientan el ejercicio profesional hacia el respeto por la dignidad, autonomía y la integridad de las personas.

Asimismo, se tuvieron en cuenta las normativas legales vigentes, entre ellas la Ley N° 26.657 Nacional de Salud Mental (2010), que promueve un enfoque de atención integral desde una perspectiva de derechos humanos; y la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los

Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2005), que garantiza el interés superior del niño en toda intervención.

En este marco, se resguardó el secreto profesional y la confidencialidad de la información obtenida, preservando la identidad de los consultantes y de sus familias. Para ello, los registros elaborados omitieron nombres propios y cualquier información que pudiera permitir su identificación. En cuanto al deber de confidencialidad, tal como lo indica el Código de Ética de la FePRA (2013) se extiende a todos los integrantes del equipo interdisciplinario.

Del mismo modo, se implementó el consentimiento informado, mediante el cual los participantes y/o responsables legales fueron informados acerca de las condiciones de confidencialidad y el alcance de la intervención. En cada instancia clínica se solicitó la autorización para la presencia de la practicante, explicitando previamente su rol y el carácter de la participación, con la posibilidad de rechazarla. .

De este modo, la práctica se desarrolló conforme a los principios de ética profesional y enfoque de derechos, procurando que cada intervención clínica resguarde la dignidad, la confidencialidad y la autonomía de los pacientes.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Al comenzar mis prácticas en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, durante las primeras semanas me enfoqué en familiarizarme con la dinámica institucional, los protocolos de trabajo, los consentimientos y las problemáticas más frecuentes en la población atendida. Tal como registré en mis notas iniciales (julio), advertí como la urgencia propia de la demanda en salud mental entra en tensión con los tiempos de la institución.

Observé que muchas familias llegaban buscando una solución inmediata para padecimientos complejos. En un primer momento, esta situación me generó una sensación de insuficiencia, en tanto percibía que el triage no respondía a esas expectativas y que los padres se retiraban sin una respuesta concreta quedando a la espera de un llamado incierto. Sin embargo, esta frustración inicial se constituyó en un punto de partida para comprender que el triage no es un tratamiento en sí mismo, sino una intervención de orientación fundamental para ordenar demandas que se presentan desbordadas.

Mi participación en el dispositivo se desarrolló de manera progresiva. Inicialmente, me desempeñé como observadora, centrando la atención en la escucha de las entrevistas y en la comprensión del funcionamiento del triage. Posteriormente, asumí una posición de observadora participante, realizando intervenciones breves bajo supervisión, lo que me permitió comenzar a ensayar una lectura clínica de la demanda. En la etapa final, realicé entrevistas de triage de manera autónoma - siempre bajo supervisión profesional-, lo que implicó asumir una mayor responsabilidad en la escucha y en la orientación de las familias, así como sostener una posición clínica en un tiempo acotado atravesado por la urgencia.

Además del trabajo en el triage, participé en interconsultas en sala de guardia y en la Unidad de Terapia Intensiva, así como en el Programa de Abordaje de Obesidad Infantil. Estas experiencias resultaron relevantes para el eje de sistematización, en tanto que permitieron dimensionar la importancia del trabajo en red y la articulación interdisciplinaria en el abordaje de las problemáticas en salud mental infantil. Asimismo, la participación en talleres grupales, en particular en un taller de acompañamiento para padres de niños/as con dificultades conductuales, permitió observar otros modos de intervención que complementan la primera escucha realizada en el triage.

A lo largo de la práctica se presentaron situaciones de alta complejidad clínica, vinculadas a problemáticas como ideaciones suicidas, violencia intrafamiliar y trastornos del desarrollo. El contacto con estas situaciones implicó un fuerte impacto a nivel personal y profesional, confrontándose con los límites de mis herramientas teóricas y clínicas en formación. Este recorrido puso de relieve la importancia de la supervisión, del trabajo en equipo y del manejo de la propia angustia como condiciones necesarias para sostener una práctica clínica responsable en el ámbito de la salud pública y de la atención a las infancias.

A partir de esta experiencia, en el apartado siguiente se analizarán los principales ejes del dispositivo de triage en relación con los objetivos propuestos, recuperando situaciones clínicas que permiten articular la práctica con el marco teórico desarrollado.

8.2 DIMENSIONES DEL DISPOSITIVO DE TRIAGE

El presente análisis se propone interrogar la experiencia transitada, tomando como eje de sistematización al “Dispositivo de triage en salud mental”. En este marco, resulta necesario considerar las coordenadas específicas del Hospital Pediátrico del Niño Jesús, en tanto el contexto institucional incide directamente en la práctica clínica.

Las características organizativas del hospital - particularmente la alta demanda asistencial, la limitación de recursos y la lógica de funcionamiento interdisciplinaria- configuran el modo de operar del dispositivo y la recepción de la urgencia. En este sentido, el triage no puede pensarse de manera aislada sino en relación con las condiciones institucionales que lo atraviesan y delimitan su alcance. A partir de estas consideraciones, el análisis se organiza en torno a una serie de dimensiones que articulan fragmentos clínicos con el escenario institucional y el marco teórico desarrollado, con el propósito de producir una lectura situada de la experiencia.

8.2.1 LA FUNCIÓN DEL TRIAGE: TENSIONES ENTRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y LA VIVENCIA FAMILIAR

Foucault (citado en Agamben, 2011) define al dispositivo como una red heterogénea que articula discursos y prácticas. En el contexto hospitalario pediátrico, el triage opera en la intersección entre la evaluación profesional y la vivencia subjetiva de quien consulta. En ese marco, los registros de campo evidencian con frecuencia una divergencia entre ambas perspectivas. Este dispositivo no se presenta como un concepto abstracto, sino que se materializa en la arquitectura misma del hospital: en la sala de espera desbordada, la lista de pacientes que aguardan ser llamados y el choque de tiempos que allí se genera. Mientras la lógica médica hospitalaria exige rapidez y clasificación, la salud mental impone la necesidad de una pausa. Así, la dinámica administrativa del triage (la ficha, la recolección de datos) deviene en un recurso clínico que instaure un tiempo de comprender, contrarrestando la prisa institucional por concluir.

Caso F: La discrepancia de la mirada “24/7”

La madre de F. asiste al triage manifestando un intenso enojo, angustia y una profunda sensación de desamparo, refiriendo estar completamente sobrepasada por las conductas de su hijo. Comenta que, al llevarlo previamente con otra profesional, la psicóloga realiza una evaluación de apenas 10 minutos y concluye: “*yo lo veo bien*”. La madre, visiblemente afectada, nos cuenta que responde en aquella oportunidad: “*yo no, yo lo tengo 24/7 y no lo veo bien*” (Registro de práctica, 07/08/2025).

Al ahondar en el motivo de consulta, relata que el niño se encuentra incontrolable en el hogar: realiza importantes desbordes conductuales, como golpearse la cabeza y presentar dificultades en el sueño. Al interrogar la dinámica del sueño, comenta que el niño duerme siestas de hasta seis horas durante el día, lo cual provoca que se despierte definitivamente a las 4:00 a.m., interrumpiendo el descanso de todo el grupo familiar y cronificando el estado de tensión habitacional.

Esta viñeta condensa la tensión central del dispositivo. Mientras que la evaluación clínica suele ser acotada y situada en un tiempo breve, la experiencia familiar se construye en una temporalidad continua e ininterrumpida, “24/7”, tal como expresa la madre (24 horas al día, 7 días a la semana). En este escenario, el enojo de la madre podría leerse como la urgencia de un pedido de auxilio ante un lazo profesional previo que operó obturando su palabra y desestimando su saber sobre el niño.

En esta encrucijada, el triage en salud mental trasciende la función puramente instrumental de clasificar el riesgo para constituirse como un espacio clínico cuya tarea primordial es alojar esa diferencia de perspectivas. Más que invalidar la percepción parental para imponer un saber de experto, el dispositivo habilita un lugar donde la discrepancia y el desborde pueden comenzar a ponerse en palabras.

Asimismo, este encuentro clínico permitió conectar la escucha analítica con la operatividad de la orientación. Al validar el sufrimiento de la madre, fue posible intervenir activamente mediante el señalamiento y la entrega de pautas de higiene del sueño, orientadas a regular los descansos diurnos para restituir el orden nocturno. De igual modo, se brindaron herramientas de manejo conductual sobre cómo posicionarse y actuar de manera firme y contenedora frente a los momentos en que el niño se tornaba incontrolable.

De este modo, la distancia entre el niño que “no presenta dificultades en el espacio clínico” y el “niño problema” en el ámbito familiar puede empezar a ser elaborada como una

tensión que requiere ser comprendida en su complejidad. El triage logra demostrar su eficacia inmediata, no resuelve la estructura del caso ni inicia un tratamiento a largo plazo, pero interviene en la urgencia cotidiana, propiciando que la madre reduzca su desespero inicial y se retire de la institución con herramientas concretas para ordenar el caos familiar.

8.2.2 EL VALOR DE LA PRIMERA ESCUCHA: LA UBICACIÓN DE LA URGENCIA EN LOS ADULTOS RESPONSABLES.

Tal como plantean Ghia (citado en Alcuaz & Rodriguez Evans, 2014) y Sotelo (2015, citado en Correa & Sanchez, 2017), en la clínica pediátrica la urgencia suele situarse en los adultos responsables, aún cuando el motivo de consulta recaiga sobre el niño. En ese marco, la primera escucha adquiere valor de intervención cuando logra desplazar el foco de atención desde la conducta del niño hacia el malestar de quienes consultan.

Caso D y Caso P: La urgencia velada tras el motivo de consulta

Esta dinámica se evidencia claramente en los registros de la práctica. Por un lado, en el Caso D., la madre consulta formalmente por la obesidad de su hija; sin embargo, durante la entrevista su discurso se centra casi de manera exclusiva en la conflictiva relación con su expareja y en su propia vida social, quedando la niña desplazada como objeto de la consulta (Registro de práctica, 26/09/2025). Por otro lado, en el Caso P., la madre asiste por las dificultades conductuales de la niña, pero su relato órbita en torno a la culpa por un tumor cerebral que ella misma padeció cuando su hija tenía tres años: *“es mi culpa”, “no le di atención”, “fue muy difícil”*. (Registro de práctica, 29/09/2025)

En ambos registros, la primera escucha permite advertir la distancia entre el motivo manifiesto (la obesidad o la mala conducta) y el padecimiento subjetivo que verdaderamente se pone en juego en el discurso de los adultos. Si el triage se limitará a responder a la demanda explícita, se correría el riesgo de obturar la lectura clínica. Al contrario, la escucha posibilita situar que el niño aparece inscripto en una trama psíquica y familiar más compleja, orientando la intervención no a “corregir” al niño, sino a alojar la angustia de ese adulto desbordado. De este modo, la función de la primera escucha también resulta fundamental cuando la urgencia no proviene del núcleo familiar, sino de una institución. Un claro ejemplo de esto se observa en el caso M., donde la madre acude al hospital presionada por la institución escolar, refiriendo: “*Busco que me digan algo para que yo le diga al colegio...yo lo veo como un niño*” (Registro de práctica, 08/08/2025). En esta viñeta, el dispositivo opera instaurando un límite protector: frente a una escuela que demanda activamente un diagnóstico para etiquetar una conducta, el espacio del triage valida el saber materno y permite discriminar la urgencia institucional del sentir familiar.

De esta manera, ya sea alojando la angustia de los padres o frenando el imperativo de la escuela, el valor de la primera entrevista no radica únicamente en la recolección de datos. Su eficacia reside en su potencial para constituirse como una instancia clínica clave para frenar la patologización automática, posibilitando la mudanza del dolor en palabra y la consecuente subjetivación de la urgencia.

8.2.3 ALCANCES Y LIMITACIONES: EXPECTATIVAS FRENTE A LA CARENCIA INSTITUCIONAL.

El análisis permite identificar una tensión estructural en la primera escucha: el desfase entre la expectativa familiar de resolución inmediata y las condiciones operativas de la institución pública, caracterizada por recursos limitados y listas de espera prolongadas. En este contexto, el Hospital Pediátrico, como centro de referencia de alta demanda, presenta una capacidad restringida para sostener tratamientos individuales en relación al volumen de consultas que recibe. En este marco, el triage se configura como un dispositivo que organiza el ingreso y la orientación de la demanda, pero cuya posibilidad de continuidad terapéutica se encuentra condicionada por la disponibilidad institucional.

Caso U: La exigencia de immediatez

La madre de U. plantea una problemática conductual exigiendo saber qué hacer en lo inmediato. Se le brindan pautas, pero debe aguardar turno. *“Siento que la madre se fue sin nada...la devolvemos a la casa a que se quede rogando a que suene el celular”* (Registro de práctica, 30/07/2025).

Como plantea Sotelo (2015, citado en Correa & Sanchez, 2017), el triage orienta y aloja, pero no constituye en sí mismo, un tratamiento sostenido. Para las familias que consultan en situaciones de urgencia, esta limitación puede ser vivenciada como falta de respuesta, en tanto la expectativa se orienta al inicio inmediato de un tratamiento individual.

Frente a la saturación del sistema, el servicio despliega estrategias alternativas de abordaje clínico para contener la espera. Específicamente, en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús se comenzó a implementar espacios como el Taller grupal de acompañamiento para padres de niños/as con dificultades conductuales, orientado a brindar herramientas de manejo y sostén, en sincronización con un Taller para los niños/as orientada a la gestión emocional. Sin embargo, estas modalidades institucionales, diseñadas para absorber la alta demanda, no siempre logran coincidir con la immediatez o la singularidad del padecimiento que los padres esperan resolver en un espacio individual.

“Estamos intentando empezar a hacer grupos para bajar la demanda...pero los padres quieren y necesitan que sus hijos arranquen un tratamiento individual, son padres que todavía se encuentran desbordados y se quejan de la espera” (Registro de práctica, 23/10/2025)

Reconocer estos condicionamientos estructurales permite situar la práctica clínica en su verdadera dimensión institucional. La sensación de insuficiencia registrada inicialmente en

el Caso U. no responde a una falla técnica del triage ni del operador individual, sino a los límites estructurales del sistema de salud público actual. El alcance del triage es ético y vital: no sustituye el proceso terapéutico, pero evita que la espera se viva como un abandono absoluto, ofreciendo pautas de cuidado continente y una ruta de orientación clara donde antes solo había desorganización.

8.2.4 LA POSICIÓN COMO PRACTICANTE: SOSTENER EL ENCUADRE FRENTE AL VACÍO

La reflexión sobre los límites institucionales conduce, necesariamente, a interrogar mi posición subjetiva como practicante. La sensación de insuficiencia registrada en las primeras notas de campo frente al Caso U. (*“Siento que se van sin nada...se podría ayudar un poco más”*) puede pensarse en relación directa con una expectativa de respuesta inmediata, cercana a lo que en psicoanálisis se denomina *furor curandis*, es decir, el afán desmedido por resolver el padecimiento de manera rápida y obturar el vacío de la espera.

Como señalan Cerutti y Del Giorgio (2025), el recorrido de la práctica exige advertir que alojar la angustia del paciente implica, en primera instancia, tolerar la propia sensación de impotencia frente a las listas de espera institucionales. El objetivo del triage no es iniciar un tratamiento, sino producir una primera intervención que ordene el caos de la demanda inicial y brinde pautas de cuidado. Sin embargo, para las familias que consultan en situación de crisis, esta intervención puede resultar insuficiente, en tanto no responde a la expectativa de resolución inmediata (Horizon Services, s. f.).

La vivencia de desvalimiento no solo me atravesó a mí como practicante, sino también a los equipos del servicio, tal como se evidenció en los intercambios informales del servicio donde se expresaba la dificultad de sostener la demanda frente a la saturación. Muestra de ello fue el registro del 13 de octubre, donde ante la ausencia transitoria de

pacientes, las profesionales manifestaban: “*Ojala se siga corriendo la bola de la lista de espera*”, “*que ni vengan*”, “*no tiene sentido seguir juntando*”. Estas expresiones, lejos de leerse como una falta de compromiso individual, exponen los mecanismos defensivos que el propio equipo despliega frente a un sistema de salud pública cuya demanda desborda estructuralmente la capacidad de respuesta.

En ese marco, la maduración de la posición profesional no supone la cancelación definitiva de esta tensión, la cual permanece como un rasgo constitutivo de la práctica en el efector público, sino la posibilidad de resignificar la expectativa inicial para tolerar la falta estructural. De este modo, se vuelve posible asumir una responsabilidad clínica acotada pero significativa: sostener un lazo con la institución que aloje el desamparo familiar y subjetive la urgencia, transformando el acto de la derivación en un acto clínico de cuidado.

9. CONSIDERACIONES FINALES

La sistematización del dispositivo de triage en salud mental como espacio de primera escucha en el ámbito hospitalario pediátrico permite interrogar de manera situada la complejidad de las demandas de las infancias actuales y sus familias, las cuales se presentan frecuentemente atravesadas por situaciones de desborde emocional, crisis y desamparo institucional. Lejos de constituir una mera instancia técnica de clasificación, el recorrido por esta práctica profesional posibilitó la construcción de aprendizajes significativos a través de una reflexión crítica sobre las dinámicas de recepción en la urgencia pública, delimitando el estatuto de este espacio más allá de una función meramente instrumental.

Al evaluar el interrogante central que guió este trabajo respecto a qué permite pensar el triage como espacio de primera escucha en dicho contexto, la experiencia revela que este dispositivo opera como una verdadera intervención clínica: una pausa que aloja la urgencia y permite que el desborde inicial comience a tramitarse por la vía de la palabra. Este encuadre se configura formalmente a través de una primera entrevista realizada de manera exclusiva a los adultos responsables del niño, niña o adolescente. Al inicio de dicho encuentro, la lectura del consentimiento informado adquiere un valor estructurante fundamental, ya que lejos de reducirse a un trámite administrativo, opera como una intervención clínica inicial que clarifica de entrada los alcances y límites del dispositivo. En él se explicita abiertamente que el dispositivo no constituye un ingreso directo a un tratamiento terapéutico, sino que se ofrece como un espacio de primera escucha frente a la realidad de una lista de espera prolongada que afecta a la institución.

Esta lectura analítica permitió diferenciar radicalmente al triage de una mera admisión administrativa o de una simple derivación. Mientras que la admisión responde a una lógica institucional de registro y filtrado, y la derivación opera muchas veces como un desplazamiento apresurado del caso hacia otro efector, el triage interviene en el aquí y ahora del consultante. Aunque la temporalidad sea acotada, se propicia que quien consulta se retire del hospital con un lazo transferencial y herramientas concretas, puesto que en ese encuentro la imposibilidad del tratamiento no anula la operatividad de la clínica. En consecuencia, se concluye que el triage adquiere un estatuto clínico pleno, cuya eficacia no se mide por la continuidad de un proceso terapéutico, sino por la potencia de producir un acto en condiciones de tiempo mínimo, orientando la transferencia y acotando el desborde de la urgencia.

En consonancia con los objetivos planteados, la conceptualización de los hallazgos permite extraer conclusiones que trascienden la singularidad de los casos observados para dar cuenta de las coordenadas estructurales de la urgencia infantil en instituciones públicas. En primer lugar, se evidencia que en la clínica con niños dentro de la urgencia hospitalaria, el desborde angustioso o el desamparo se sitúa, en numerosas ocasiones, en los adultos cuidadores más que en el niño mismo. El triage demuestra que alojar primeramente ese padecimiento adulto e interpretar la distancia entre el motivo de consulta manifiesto y el malestar que se pone en juego en su discurso resulta una condición indispensable para rectificar la demanda, restituyendo así el lugar del infante para poder enfocarse en su propio sufrimiento singular.

En segundo lugar, el análisis permite concluir sobre la tensión estructural existente entre la lógica institucional, orientada a la protocolización, la rapidez y la estandarización de las respuestas, frente a la singularidad subjetiva que introduce cada caso en su contingencia. La brevedad cronológica del encuentro no anula su potencia clínica, sino que por el contrario, desafía al profesional a producir un lazo humanizante donde prima la inmediatez. Sin embargo, como contrapartida, se advirtió el riesgo de que el dispositivo se suspenda ante la presión del flujo incesante de consultas y derive en un mero filtro administrativo. Este peligro se hace presente cuando la urgencia por clasificar el síntoma o vaciar la sala de espera obtura la posibilidad de dar lugar a la palabra, perdiendo así el valor clínico que justifica la presencia de un profesional en dicho espacio.

En lo que respecta a mi posicionamiento como practicante, la sistematización de esta experiencia resultó ser un terreno fundamental para aportar un necesario espesor subjetivo a la lectura de la práctica. Al inicio del recorrido, los primeros encuentros con la urgencia estuvieron signados por la frustración y la constante sensación de que el tiempo acotado del dispositivo no alcanzaba, generando la angustiante vivencia de que esas familias se iban sin respuestas del hospital. Sin embargo, el análisis crítico del material clínico y la revisión de los propios registros posibilitaron el consecuente cuestionamiento del *furor curandis*. Este movimiento subjetivo me permitió transitar desde una expectativa inicial de resolución desmedida hacia la comprensión del verdadero valor clínico de la orientación. Logré entender que intervenir en el triage no implica curar ni responder de manera exhaustiva a la totalidad del padecimiento en ese único encuentro, sino propiciar un corte, un ordenamiento o una representación de la angustia que modifique la posición del sujeto frente al malestar.

De este modo, la trayectoria práctica aportó aprendizajes éticos y clínicos fundamentales. Aprendí que escuchar bajo la presión del tiempo exige una posición advertida, capaz de soportar la falta y de sostener una presencia receptiva que aloje el desamparo sin dejarse arrasar por la inercia de la demanda. Asimismo, confrontarme con las restricciones físicas y cronológicas del hospital no anuló la posibilidad del acto clínico, sino que me enseñó a operar con el límite y valorar la potencia de las intervenciones mínimas y situadas, abriendo la consideración hacia modalidades alternativas de contención colectiva - como los talleres diseñados junto a mi compañera de prácticas- para acompañar y sostener subjetivamente a las familias durante el complejo tiempo de espera.

En relación con las limitaciones del presente trabajo, cabe destacar que las elaboraciones aquí planteadas se delimitan a un recorte específico de casos atendidos durante el periodo de prácticas, lo cual impidió realizar un seguimiento a largo plazo de las orientaciones efectuadas. A esto se suman las condiciones institucionales estructurales del Hospital Pediátrico, tales como la alta demanda, los recursos profesionales limitados y la falta de espacio físico, factores materiales que sesgan y delimitan los alcances de las intervenciones. Lejos de clausurar el campo de análisis, el reconocimiento de estos límites habilita nuevos interrogantes para el futuro. En el marco de la práctica clínica institucional, queda planteada la pregunta sobre cómo sostener el efecto pacificador de esta primera entrevista cuando los tiempos de espera para un tratamiento se prolongan, y que otros dispositivos intermedios podrían implementarse en el hospital para acompañar ese lapso. Asimismo, al reconocer la saturación estructural que atraviesa a la salud pública en su totalidad, surge el interrogante por el destino de las derivaciones. Si bien desde el dispositivo se orienta a las familias brindando los contactos de efectores comunitarios e instituciones, la imposibilidad actual de sostener una articulación directa convierte a la continuidad de ese lazo en un verdadero desafío. Queda abierta la pregunta respecto a cómo evitar que esa orientación decaiga en un mero formalismo, indagando qué estrategias podrían propiciar que las familias efectivamente logren anclar su demanda en los recursos posibles de su comunidad.

A modo de cierre, el recorrido realizado permite concluir con una convicción fundamental: el triage no se presenta como una solución definitiva, sino como un acto clínico posible y necesario en condiciones límite. Ofrecer un espacio de palabra alojador, destinado a escuchar a los adultos responsables y enmarcado en la honestidad de un consentimiento que asume las demoras del sistema, demuestra que la escucha y la orientación son intervenciones

en sí mismas. Sostener esta posición ética en el sistema del hospital público reafirma que, incluso en los márgenes de lo posible, alojar al sujeto y su familia para que no se vayan con las manos vacías sigue siendo el eje que orienta esta praxis.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcuaz, C. & Rodriguez Evans, A. (2014). Modos de presentación de la urgencia en tiempos de la toxicomanía generalizada. En *¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. 2as Jornadas de salud mental y adicciones / AA. VV.; edición a cargo de Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira; con prólogo de Edith Benedetti. - 1ra. ed. - Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica (México)*, 249-264.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Barnechea García, M. M., y Morgan Tirado, M. D. L. L. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias y retos*, 1(15), 97-107.
<https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1167&context=te>
- Bleger, J (1985) *Temas de psicología*. (Entrevista y grupos). Buenos Aires: Ediciones Nueva visión.
- Borelle, A., & Russo, S. L. (2013). *El psicodiagnóstico de niños: Criterios de evaluacion en las organizaciones neuróticas, psicóticas y limite*. Buenos Aires: Paidós.
- Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 72, 1-9.
- Byrnes, F. (2015). *Clínica de urgencia y psicoanálisis en el hospital público* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología).
- Calisaya, S. C. P. (1997). *Práctica en dietética institucional: "Hospital Pediátrico del Niño Jesús"* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Córdoba]. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición.
- Castillo Mansilla, C. (2025). El rol del psicólogo clínico ante la urgencia subjetiva en el dispositivo de guardia interdisciplinaria de salud mental en un hospital polivalente de la ciudad de Córdoba [Trabajo Integrador Final de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica de Córdoba]. Biblioteca Digital - Producción Académica, Universidad Católica de Córdoba.

- Cerutti, F. A., & Del Giorgio, A. M. (2025). Reconocimiento y abordaje de las emociones en la adolescencia: primera escucha y prevención comunitaria en Salud Mental. En *XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Comisión de Salud Mental del Colegio de Psicólogos de Córdoba, (2018). *Protocolo de atención en situaciones de crisis y/o urgencias en salud mental*. Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.
<https://observatoriosmyddhh.org/wp-content/uploads/2021/07/Protocolo-de-atencion-en-situaciones-de-crisis-y-o-urgencia-en-salud-mental.pdf>
- Congreso de la Nación Argentina (2005). Ley 26.061. Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_de_proteccion_integral_0.pdf
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). Ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental. Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Correa, L. F. & Sanchez, B. (2017). *Urgencias subjetivas, un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental*. Corporación universitaria minuto de dios. Facultad de ciencias humanas y sociales. Programa de psicología.
- D'agostino, A. M. E., Chairó, L., & Lavarello, M. L. (2013). *El psicólogo en el campo de la salud pública: historización de las primeras prácticas en Argentina (provincia de Buenos Aires)*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación y Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-054/562.pdf>
- Díaz Fancio Lince, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005

- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (2013). *Código de Ética*.
<https://fepra.org.ar/wp-content/uploads/2021/06/Codigo-de-E%CC%81tica-de-la-FePRA.pdf>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (2024). *Leyes relevantes*.
<https://fepra.org.ar/leyes-relevantes/>
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). *Psicología clínica y psiquiatría*.
Papeles del Psicólogo, 1-14. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1073>
- Fundación Casa Cuna Argentina (s.f.). *Nuestra historia*.
<https://www.fundacioncasacunaargentina.org/nuestra-historia>
- García Fanlo, L. E. (2011). *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. A Parte Rei, 74.
<https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/fanlo74-1.pdf>
- Gobierno de Córdoba (10 de octubre de 2014). *Hospital Pediátrico: historia de una resistencia que rindió sus frutos*. Prensa Cba.
<https://prensa.cba.gov.ar/salud-2/hospital-pediatrico-historia-de-una-resistencia-que-rindio-frutos/>
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud. (2022). *Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos*. Equipo de redacción: Zanatta A., Uño, M., Porco, K. y Caporale, A.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/08/GUIA-DE-ATENCION-EN-LA-CRISIS-Y-URGENCIAS-EN-HOSPITALES-GENERALES-DE-LA-PROVINCIA-DE-BUENOS-AIRES.pdf>
- Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Horizon Services. (s.f.). *How can mental health triage lead to mental wellness?* Recuperado de <https://www.horizonservices.org/mental-health-triage/>
- Huertas, R. (s.f.) De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. A propósito de la obra de Manuel Desviat. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Intersecciones Psi. (s.f.). *Dispositivos para el tratamiento de las urgencias subjetivas*.
 Facultad de Psicología, UBA. Recuperado de

http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=708:dispositivos-para-el-tratamiento-de-las-urgencias-subjetivas&catid=9:perspectivas&Itemid=1

Jara Holliday, O. (2011). *La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos*. Entrevista a Oscar Jara. *Decisio*, 28, 67-74.

https://studylib.es/doc/2506428/la-sistematizaci%C3%B3n-de-experiencias--aspectos-%20te%C3%B3ricos-y-m%E2%80%A6#google_vignette

Jara, O (2010). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*.

Coordinador del Programa Latinoamericano de Apoyo a la Sistematización de Experiencias del CEAAL (Consejo de Educación de Adultos de América Latina).

Lagache, D. (1982). *El método clínico en psicología humana* (S. Abreu, Trad.). En *Obras II (1939-1946)* (pp. 119-129). Paidós. (Ficha de Cátedra).

Larumbe Iriarte, J. C., Martínez Bayarri Ubillos, E., Aranguren Erdozain, E., & Capel del Río, J. A. (s. f.). *Modelos de triaje en salud mental*. Servicio de Urgencias, Hospital de Navarra.

La Voz (8 de abril de 2019). Dos hospitales que hace 20 años hicieron historia. *La Voz*.

<https://www.lavoz.com.ar/salud/dos-hospitales-que-hace-20-anos-hicieron-historia/>

Ley N° 14.948: Implementación del sistema de triaje en los hospitales públicos. Buenos Aires, 9 de Octubre de 2017. Id SAIJ: LPB0014948

Manrique Tisnes, H. (2011). Sobre la clínica en la psicología. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*.

Mauer, S., Moscona, S., & Resnizky, S. (2014). *Dispositivos clínicos en psicoanálisis*. Letra Viva

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental*. Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). *Atención de las urgencias en salud mental*. Ministerio de Salud y Desarrollo de la Nación.

Noticia UNSL. (2019, 2 de julio). *¿Qué son las urgencias subjetivas?* Noticias UNSL.

Recuperado de

<https://noticias.unsl.edu.ar/02/07/2019/que-son-las-urgencias-subjetivas/>

Rolla, E (1981) *La entrevista en psiquiatría, psicoanálisis y psicodiagnóstico*. Editorial Galerna.

Organización Colegial de Enfermería - Colombia. (2020, 22 de julio). *Triage en salud mental* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ORoBFncnZz8&t=584s>

Sanatorio Allende (2019, 5 de septiembre). *Triage: un sistema para la atención por guardia*. <https://www.sanatorioallende.com/notas/triage-un-sistema-para-la-atencion-por-guardia/>

Saforcada, E. (2006). *La psicología en Argentina: Desarrollo disciplinar y realidad nacional*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). *El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33(supl. 1). <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>

Universidad Nacional de Rosario (15 de julio 2024). *La primera escucha, una clave para la salud mental*. <https://unr.edu.ar/la-primer-escucha-una-clave-para-la-salud-mental/>