

Koenig Huber, Catalina

**La práctica del psicólogo
clínico frente a las demandas
hospitalarias en el marco de la
interconsulta médico -
psicológica en un hospital
público general polivalente de
alta complejidad de la ciudad
de Córdoba**

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

Directora: Petit, 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- Compartir igual 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO FRENTE A LAS DEMANDAS
HOSPITALARIAS EN EL MARCO DE LA INTERCONSULTA MÉDICO -
PSICOLÓGICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO GENERAL POLIVALENTE DE
ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Koenig Huber, Catalina

2026

“La práctica del psicólogo clínico frente a las demandas hospitalarias en el marco de la Interconsulta Médico - Psicológica en un hospital público general polivalente de alta complejidad de la ciudad de Córdoba”



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**
Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Proyecto de Sistematización de Prácticas

Contexto Clínico

**“LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO FRENTE A LAS DEMANDAS
HOSPITALARIAS EN EL MARCO DE LA INTERCONSULTA MÉDICO -
PSICOLÓGICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO GENERAL POLIVALENTE DE
ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Autora: Catalina Koenig Huber // Clave 2130689

Directora: Lic. Cecilia Petit

Co-directora: Esp. Ana Silvia González

2026

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer profundamente a mis padres y a mi familia por acompañarme y apoyarme a lo largo de toda esta hermosa trayectoria de estudiar lo que amo.

Gracias por su sostén incondicional, por creer en mí y por hacer posible este camino. Sin ustedes, nada de esto hubiera sido posible.

Agradezco también al Hospital Córdoba y a todo el equipo del Servicio de Salud Mental por haberme recibido con tanto cariño y por abrirme las puertas del equipo y de su trabajo cotidiano. Gracias por permitirme aprender, por compartir sus conocimientos y por acompañar mi formación profesional. Esta experiencia fue profundamente enriquecedora y no hubiera sido la misma sin la calidad humana y profesional de todo el equipo.

Quiero agradecer especialmente a los pacientes que me permitieron ser parte de sus historias y que me brindaron la posibilidad de acompañarlos durante mi práctica. Cada encuentro fue una oportunidad de aprendizaje y de crecimiento, tanto profesional como humano.

Agradezco también a mi directora y a mi co-directora por su acompañamiento, dedicación y generosidad durante todo el proceso de elaboración de este Trabajo Integrador Final. Gracias por su guía, por su paciencia y por todo lo aprendido a lo largo de estos años.

A mi novio, gracias por estar a mi lado durante todo este camino. A pesar de la distancia, siempre estuviste presente acompañándome en cada paso, en cada desafío y en cada logro.

A mis amigas, que la facultad me regaló, quiero agradecerles profundamente por haber sido uno de los mayores sostenes durante toda esta etapa. Gracias por cada risa compartida, por cada llanto acompañado, por las horas de estudio, los momentos de cansancio y también por las celebraciones de cada pequeño logro. Gracias por caminar este camino conmigo, por sostenerme cuando lo necesité y por hacer que cada desafío fuera más llevadero. Pero, sobre todo, gracias por haberse convertido en mis hermanas de vida. Este logro también es de ustedes, porque fueron parte fundamental de este recorrido y porque hicieron que Argentina se convirtiera en mi segundo hogar. Las amo.

Finalmente, quiero dedicar este trabajo a mi Nonita, que hoy me acompaña desde el cielo. Este logro es para ti. Sé que te hubiera encantado estar aquí, pero sé que estás presente en cada paso y en cada uno de mis logros.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	9
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA	12
2.1.1. DEFINICIÓN Y ESPECIFICIDADES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	13
2.1.2. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	15
2.1.3. PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SUS DESAFÍOS	16
3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN	20
3.1.1 HOSPITAL GENERAL	21
3.1.2 ACERCA DE SU CONFORMACIÓN	21
3.1.3 ACTUALIDAD DE LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL	23
3.1.4 MODALIDADES DE ATENCIÓN DE LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL	24
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	28
5. OBJETIVOS	30
5.1. OBJETIVO GENERAL	31
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	32
6.1. PSICOLOGÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	33
6.2. LA INTERCONSULTA MÉDICO-PSICOLÓGICA (ICMP)	34
6.2.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ICMP	40
6.2.3. EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN LA ICMP	43
7. MODALIDAD DE TRABAJO	46
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	50
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	51
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS	57
8.2.1 PROCEDENCIA DE LA DEMANDA DE ICMP	59
8.2.1.1 MODALIDADES DE INGRESO	59
8.2.1.2 SERVICIOS SOLICITANTES Y MOTIVOS DE DEMANDA DE LA ICMP	62
8.2.1.3 TIPOS DE DEMANDA SEGÚN FORMULACIÓN	68
8.2.2 EL PROCESO DE LA INTERCONSULTA MÉDICO - PSICOLÓGICA	73
8.2.2.1 RECEPCIÓN DEL PEDIDO Y EXPECTATIVAS SOBRE EL ROL DEL PSICÓLOGO EN LA ICMP	75
8.2.2.2 ENTREVISTAS Y CONSTRUCCIÓN DEL ENCUADRE EN LA ICMP	77
8.2.2.2.1 ENTREVISTAS EN SALA	79
8.2.2.2.2 ENTREVISTAS EN GUARDIA	81
8.2.2.2.3 CONDICIONES REALES DEL TRABAJO HOSPITALARIO: ADAPTACIÓN DEL ENCUADRE	84

8.2.2.3 ESCLARECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y DEVOLUCIÓN AL EQUIPO TRATANTE	89
8.2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA ICMP	92
8.2.3.1 EVALUACIÓN Y COMPRENSIÓN DIAGNÓSTICA	94
8.2.3.2. CONTENCIÓN EMOCIONAL Y ESCUCHA CLÍNICA	96
8.2.3.3 ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA Y RECOMENDACIONES CLÍNICAS	99
8.2.3.4 ARTICULACION INTERDISICPLINARIA CON EL EQUIPO DE SALUD	102
8.2.3.5 ORIENTACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE LA RED DE APOYO	105
9. CONCLUSIONES	108
10. CRONOGRAMA	110
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos

EE. UU: Estados Unidos

FePRA: Federación de Psicólogas y Psicólogos de la República Argentina

HC: Hospital Córdoba

IC: Interconsulta

ICMP: Interconsulta Médico-Psicológica

IQ: Instituto del Quemado

OMS: Organización Mundial de la Salud

SSM: Servicio de Salud Mental

UCC: Universidad Católica de Córdoba

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCO: Unidad Coronaria

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en el proceso de elaboración del Trabajo Integrador Final (TIF) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, y corresponde a la Sistematización de las Prácticas Profesionales Supervisadas. Su objetivo principal es recuperar, analizar y reflexionar sobre la experiencia desarrollada en el Hospital Córdoba (HC) durante el año 2025, dentro del contexto clínico-hospitalario, aportando una mirada teórica y vivencial sobre el rol del psicólogo en el ámbito de la salud pública.

En este marco, la práctica del psicólogo clínico en el hospital general, y particularmente en el dispositivo de interconsulta médico-psicológica, plantea diversos interrogantes en relación con su rol profesional, las demandas explícitas e implícitas que recibe y las tensiones que se generan entre la lógica médica predominante y la escucha del padecimiento subjetivo. La complejidad de estas intervenciones, atravesadas por dinámicas institucionales y por el trabajo interdisciplinario, justifica la necesidad de una reflexión sistemática sobre dicha experiencia, que permita problematizar los modos de intervención del psicólogo en este contexto específico.

El escrito se estructura en diferentes apartados. En primer lugar, se desarrolla un recorrido sobre la psicología clínica en el ámbito hospitalario, sus fundamentos, desafíos y transformaciones en la actualidad. Posteriormente, se presenta el contexto institucional del Hospital Córdoba, abordando brevemente su historia, organización y funcionamiento general, con especial atención al Servicio de Salud Mental, espacio donde se llevaron a cabo las prácticas profesionales.

En una sección siguiente, se introduce el eje de sistematización elegido, que orienta la reflexión y el análisis del presente trabajo. Este eje se centra en la experiencia en el dispositivo de interconsulta médico-psicológica, el cual se propone revisar el rol del psicólogo dentro del hospital, su intervención en el trabajo con los equipos de salud y la importancia de la interdisciplina en el sostén del padecimiento subjetivo en contextos de enfermedad.

Seguidamente, se desarrolla el marco teórico de referencia, sustentado principalmente en autores que abordan la psicología clínica hospitalaria y la interconsulta médico-psicológica desde una perspectiva psicoanalítica e institucional. También se detallan las características metodológicas del proceso de sistematización, explicando las

estrategias de observación y registro utilizadas, los criterios éticos considerados y la modalidad de análisis empleada.

Para finalizar, se incluye un apartado de análisis y reflexión sobre la experiencia de prácticas, donde se integran los principales aprendizajes, observaciones y construcciones surgidas a lo largo del proceso. El escrito concluye con el listado de fuentes bibliográficas empleadas, a fin de brindar una mirada amplia y articulada del recorrido académico y formativo que da sustento a este proyecto.

CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1.1. DEFINICIÓN Y ESPECIFICIDADES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

En primer lugar, resulta importante precisar qué se entiende por Psicología. Este se define como la ciencia que estudia el comportamiento humano en toda su amplitud y complejidad: desde los procesos internos del pensamiento y la emoción hasta las acciones observables y las respuestas psicofisiológicas, siempre enmarcados en contextos — sociales, laborales, educativos o familiares— y matizados por la trayectoria biográfica de cada persona (American Psychological Association [APA], 2020; Papeles del Psicólogo, 2003). Comprender la Psicología implica reconocer que sus objetos de estudio incluyen tanto las conductas adaptativas, que promueven el bienestar y la convivencia, como aquellas consideradas “anómalas”, capaces de causar malestar o interferir en la vida cotidiana del sujeto y de su entorno (Sánchez Escobedo, 2008).

En este marco, la Psicología Clínica, en el ámbito hospitalario, se configura como una especialidad que aplica los conocimientos y métodos de la Psicología al análisis, diagnóstico y abordaje del padecimiento psíquico en situaciones atravesadas por la enfermedad, la internación y, la urgencia médica. Tal como señala Bleger (1967), el trabajo clínico en instituciones no puede pensarse al margen del encuadre institucional que lo sostiene, el cual introduce condiciones específicas que inciden en la práctica profesional. En los hospitales generales, dichas condiciones están dadas por la centralidad del cuerpo y de la enfermedad, por la presencia de tiempos acotados y por la necesidad de articular la intervención psicológica con otros discursos del campo de la salud, lo que otorga a la clínica hospitalaria características particulares respecto de otros dispositivos de atención.

En esta línea, la Psicología Clínica se configura como la especialidad que aplica los conocimientos y métodos de la Psicología al análisis, diagnóstico y tratamiento de dichos comportamientos “anómalos”. Resnick (1991, citado en Trull & Phares, 2002) describió el campo de la Psicología Clínica como aquel que integra investigación,

enseñanza y servicios para comprender, predecir y aliviar la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual en diversas poblaciones. En el contexto hospitalario, estas funciones se despliegan en escenarios donde las demandas clínicas suelen estar mediadas por otros profesionales de la salud y por las condiciones propias de la institución.

De manera congruente, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2003) la define como *“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”* (p. 3). En contraste con la Psiquiatría, que privilegia un enfoque médico-farmacológico, el psicólogo clínico recurre a métodos psicométricos, entrevistas y técnicas psicoterapéuticas basadas en evidencia para elaborar un psicodiagnóstico, diseñar intervenciones y evaluar su eficacia (Rodnick, 1989). Esta diferenciación, lejos de aislar ambas profesiones, subraya la necesidad de colaboración: mientras el psicólogo aporta su pericia en evaluación e intervención psicológica, el psiquiatra aporta su dominio de la farmacoterapia, convergiendo ambos en un modelo de atención integral (EFPA, 2003).

A diferencia del dispositivo clínico tradicional, la práctica de la Psicología Clínica en hospitales generales se desarrolla en un marco institucional caracterizado por la urgencia, la interdisciplina y la coexistencia de múltiples discursos profesionales. Tal como señala Bleger (1967), el trabajo en instituciones implica que el encuadre clínico no se define exclusivamente por la relación terapéutica, sino que se encuentra atravesado por normas, tiempos acotados, jerarquías y modalidades de funcionamiento propias del contexto institucional. En este sentido, las intervenciones del psicólogo se ven condicionadas por demandas mediadas por otros profesionales, por la primacía de la lógica biomédica y por la necesidad de articular la escucha del padecimiento subjetivo con el tratamiento de la enfermedad orgánica.

En consonancia con esta visión, Buendía (1999) describió las funciones esenciales del psicólogo clínico como la exploración sistemática del comportamiento y la personalidad, el desarrollo de investigaciones que profundicen el conocimiento de la conducta humana, la aplicación de terapias individuales y grupales orientadas a aliviar el malestar, la formulación de acciones preventivas en contextos comunitarios y la formación de futuros profesionales y agentes de apoyo para programas de intervención.

Asimismo, si bien la orientación clínica suele asociarse al abordaje de trastornos y dificultades psicológicas, en contextos de internación su alcance se amplía para acompañar a las personas frente a experiencias significativas como el diagnóstico de una enfermedad, la hospitalización, las crisis vitales o la toma de decisiones complejas. El psicólogo clínico interviene no solo ante la presencia de una psicopatología, sino también frente a situaciones habituales que, en el ámbito hospitalario, adquieren una intensidad particular y pueden generar un profundo impacto subjetivo.

En este trabajo, el interés se centra particularmente en la interconsulta médico-psicológica como uno de los principales dispositivos de intervención del psicólogo clínico en el hospital general. A través de este dispositivo, el profesional es convocado a intervenir en situaciones donde el padecimiento subjetivo se entrelaza con la enfermedad orgánica, lo que plantea interrogantes específicos en torno al rol del psicólogo, las demandas que recibe y su articulación con los equipos de salud en el contexto institucional.

2.1.2. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Los primeros pasos de la Psicología Clínica pueden rastrearse hasta 1896, cuando Lightner Witmer inauguró en la Universidad de Pennsylvania la primera “clínica psicológica”, marcando el surgimiento del método clínico centrado en la evaluación y el tratamiento de dificultades en el desarrollo infantil (Reisman, 1991). Ese mismo año, Sigmund Freud bautizó su aproximación terapéutica como “psicoanálisis”, poniendo de manifiesto una ruptura con los modelos biologicistas dominantes y sentando las bases de una práctica clínica orientada al estudio del inconsciente. A lo largo de las primeras décadas del siglo XX, el campo se enriqueció con la introducción de pruebas como las escalas Binet–Simon y Stanford–Binet, que consolidaron el psicodiagnóstico como eje

fundamental de la disciplina. Tras la Segunda Guerra Mundial, el modelo Boulder (1945) en Estados Unidos institucionalizó un perfil formativo que integraba investigación, evaluación y tratamiento como ejes indisolubles de la capacitación clínica (Nietzel, Bernstein & Milich, 1994).

En el ámbito hispanoamericano, la formalización de la Psicología Clínica fue más tardía y estuvo muy vinculada a las primeras carreras universitarias. En Argentina, por ejemplo, los pioneros Piñero, Ingenieros y de Veyga impulsaron laboratorios de psicología experimental a principios del siglo XX, pero recién en 1955 Córdoba y Rosario inauguraron sus planes de estudio en Psicología, con fuerte impronta médico-psicoanalítica (Saforcada, 2008). La creación de la Federación de Psicólogos de la República Argentina en 1977 y la sanción de leyes como la 26.657 de salud mental y la 26.529 de derechos del paciente otorgaron al psicólogo clínico un marco ético-legal que consolidó su autonomía profesional. Desde entonces, figuras como Buendía (1999) han descrito las funciones esenciales del psicólogo clínico —evaluación, investigación, intervención terapéutica, prevención y formación— confirmando la madurez de la especialidad y su inserción en equipos interdisciplinarios de salud mental.

2.1.3. PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SUS DESAFÍOS

En la actualidad, la Psicología Clínica se enfrenta al desafío de abordar los problemas de salud mental desde un paradigma biopsicosocial que integra factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, superando concepciones reduccionistas del padecimiento psíquico (Haz, Díaz & Raglianti, 2002). En el contexto de los hospitales públicos generales, este desafío adquiere particular relevancia, dado que la práctica clínica se desarrolla en escenarios atravesados por la urgencia médica, la alta demanda

asistencial y las limitaciones estructurales propias del sistema de salud. En el ámbito hospitalario, esta perspectiva se materializa especialmente en el dispositivo de interconsulta médico-psicológica, donde la intervención del psicólogo se inscribe, en muchos casos, en situaciones de urgencia subjetiva que no se presentan como una demanda explícita de atención psicológica, sino mediadas por la solicitud del equipo médico.

Desde esta perspectiva, diversos autores señalan que la urgencia en salud mental no puede reducirse únicamente a la gravedad del cuadro clínico ni a la necesidad de una respuesta inmediata, sino que debe ser comprendida como una experiencia subjetiva de ruptura, desborde o imposibilidad de simbolización frente a un acontecimiento que irrumpe en la vida del sujeto (Sotelo & Belaga, 2008). En el contexto hospitalario, la urgencia suele manifestarse a partir de la angustia, la inhibición, la impulsividad o el sufrimiento intenso, y se articula tanto con la situación médica como con las condiciones institucionales que exigen respuestas rápidas y eficaces. En este sentido, la intervención psicológica en la interconsulta se orienta a introducir una pausa en la lógica de la urgencia generalizada, posibilitando una primera lectura clínica que no quede limitada a la supresión del síntoma ni a una respuesta meramente adaptativa.

Este posicionamiento exige al psicólogo clínico desplegar su práctica en redes de atención interdisciplinaria, colaborando con médicos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros agentes institucionales, con el objetivo de diseñar intervenciones que abarquen desde la promoción y la prevención hasta la asistencia clínica y la rehabilitación en contextos hospitalarios. No obstante, diversos estudios señalan que, en Argentina, la formación y el ejercicio profesional continúan concentrándose mayoritariamente en la práctica privada y el psicodiagnóstico, con escasa inserción en ámbitos como la salud pública, la psicología comunitaria y los hospitales generales (Alonso & Gago, 2008). Esta situación evidencia una brecha entre las demandas actuales del sistema de salud y los recorridos formativos predominantes en la disciplina.

Asimismo, Sotelo y Belaga (2008) advierten que las modalidades contemporáneas de presentación del sufrimiento psíquico se inscriben en un contexto social caracterizado por la precariedad de los lazos, la caída de los referentes simbólicos y la generalización de situaciones traumáticas, lo que impacta directamente en los modos en que la urgencia se presenta en las instituciones de salud. En este marco, el hospital general se constituye

como un espacio privilegiado de recepción de estas urgencias subjetivas, lo que interpela a la Psicología Clínica a revisar sus dispositivos de intervención y a sostener una práctica que articule la singularidad del sujeto con las condiciones institucionales en las que se produce la consulta.

En los últimos años, la expansión de la telepsicología —impulsada en gran medida por la pandemia— ha introducido nuevos desafíos éticos, técnicos y clínicos, que han requerido la elaboración de lineamientos específicos para garantizar la calidad de las intervenciones y la confidencialidad de los pacientes (EFPA, 2020). Sin embargo, en el ámbito de la salud pública hospitalaria, la implementación de dispositivos virtuales presenta dificultades particulares, vinculadas a las condiciones institucionales, al acceso desigual a los recursos tecnológicos y a la necesidad de articular estas modalidades con las prácticas presenciales y con el dispositivo de interconsulta médico-psicológica, especialmente en situaciones de urgencia donde la presencia y la escucha clínica adquieren un valor central.

De manera complementaria, la Psicología Clínica se ve interpelada a redefinir con mayor precisión sus fronteras profesionales y curriculares. En este sentido, resulta fundamental delimitar el rol específico del psicólogo clínico dentro de los equipos multidisciplinarios de salud mental, estableciendo competencias claras en evaluación, diagnóstico, intervención e investigación, y garantizando una formación que combine rigurosidad teórica con una sólida experiencia clínica supervisada en contextos institucionales reales (Pérez, 1998; Sánchez Escobedo, 2008). Esta delimitación resulta especialmente relevante en hospitales generales, donde la especificidad de la intervención psicológica se pone en juego en escenarios complejos, atravesados por la urgencia y el sufrimiento subjetivo.

Asimismo, la prevención adquiere un protagonismo creciente dentro de la práctica clínica contemporánea. En el ámbito hospitalario, esta dimensión preventiva no se limita a la detección temprana de trastornos mentales, sino que se vincula estrechamente con la intervención oportuna frente a situaciones de crisis, las dificultades en la adherencia a tratamientos médicos y el acompañamiento del padecimiento subjetivo asociado a la enfermedad, la internación y la irrupción de la urgencia (Sánchez Escobedo, 2008). Desde esta perspectiva, la intervención psicológica se orienta a favorecer condiciones que

posibiliten una mayor simbolización de la experiencia vivida y una articulación singular del sujeto frente a lo traumático.

3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN

3.1.1 HOSPITAL GENERAL

El Hospital Córdoba constituye un hospital público de alta complejidad de la Provincia de Córdoba, cuya trayectoria lo ha posicionado como referente regional y nacional en el abordaje de patologías críticas. Se caracteriza principalmente por la atención en neurocirugía y trasplantes de órganos y tejidos, especialidad en la que ha marcado hitos significativos en la historia de la salud pública. Además, dispone de servicios altamente especializados, entre los que se destacan el Servicio de Quemados, el Servicio de Diabetes, el Centro de Diálisis, la Red de Infartos Agudos y un laboratorio informatizado que constituye un dispositivo único en la región. A su vez éste cuenta con una amplia lista de especialidades de la salud, siendo estas Hematología, Nefrología, Neumonología, Neurocirugía, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Proctología, Traumatología, Terapia Intermedia e Intensiva Adultos, Urología, Vascular Periférico, Salud Mental, y Trasplantología, entre muchas otras.

Este hospital, junto con el Hospital de Niños, integra el núcleo de instituciones públicas de la provincia que realizan trasplantes, lo que refuerza su perfil como centro de alta complejidad y lo convierte en un referente ineludible en la red sanitaria provincial y nacional. A su vez, cumple un rol fundamental en la docencia y la investigación, constituyéndose como un espacio formador de profesionales de la salud y como motor de avances científicos.

3.1.2 ACERCA DE SU CONFORMACIÓN

Inaugurado en 1950, el Hospital Córdoba ha sido protagonista de algunos de los hitos más relevantes en la historia de la medicina de la provincia. En 1968 llevó a cabo el primer trasplante renal, hecho que lo convirtió en centro de referencia en el área. Décadas después, continuó marcando precedentes en trasplantes cardíacos (2012), hepáticos y pulmonares (2017) y reno-pancreáticos (2018). En 2023 alcanzó un logro histórico al realizar el primer trasplante multiorgánico en simultáneo —corazón, riñón y páncreas—, procedimiento de alta complejidad que demandó más de 36 horas de trabajo y la participación de más de 100 profesionales de distintas disciplinas. (Ministerio de salud de la provincia de Córdoba, 2025).

La celebración de sus 75 años, en 2025, reafirmó su condición de “Hospital de alta complejidad” y su papel central en la historia sanitaria provincial. El libro conmemorativo de su aniversario destaca su perfil trasplantología, el crecimiento en infraestructura y el protagonismo científico alcanzado en el último cuarto de siglo. Allí se remarca que el hospital se erige como un emblema de la salud pública cordobesa, una institución cuya identidad está marcada por la precisión técnica, la interdisciplina y la capacidad de resolver patologías críticas.

La conformación de la División de Salud Mental en el Hospital Córdoba tuvo sus primeros antecedentes en la década de 1960, cuando ingresaron los primeros psicólogos al hospital, desempeñándose de manera aislada en distintos servicios médicos, aún sin un espacio propio ni un reconocimiento formal de la disciplina. En 1961 se registra la incorporación de un psicólogo al área de endocrinología, lo que constituye uno de los primeros antecedentes de la inserción de la psicología en el hospital.

Durante los años 70 comenzaron a gestarse los primeros intentos de organizar un servicio independiente, aunque recién hacia mediados de la década de 1980 se avanzó en su institucionalización. En 1986 se dieron los primeros pasos organizativos y en 1988 quedó formalmente creada la Unidad de Salud Mental, lo que permitió articular a psicólogos y psiquiatras en un mismo espacio interdisciplinario y responder de manera organizada a la creciente demanda asistencial.

Desde entonces, la división se consolidó como un servicio propio, ampliando sus funciones y programas, y acompañando la transición hacia el modelo actual de salud mental centrado en la interdisciplina y en el respeto de los derechos de los pacientes.

3.1.3 ACTUALIDAD DE LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

Actualmente, la División de Salud Mental del Hospital Córdoba se encuentra bajo la jefatura de una licenciada en psicología, quien coordina un equipo interdisciplinario integrado por doce profesionales, de los cuales nueve son psicólogas y tres son médicos psiquiatras. Desde su conformación formal, la división ha sostenido como principio de trabajo la interdisciplina y la construcción de vínculos de confianza entre los profesionales, entendiendo que estas dinámicas internas son fundamentales para brindar un servicio de calidad y una atención integral a los pacientes.

El área dispone de consultorios propios y del soporte digital de historias clínicas, lo que favorece la organización de las intervenciones y la continuidad en el seguimiento de cada caso. Entre las principales actividades asistenciales se incluyen la atención en consultorio externo, las Interconsultas clínicas, médicas y psicológicas con otros servicios del hospital, y la evaluación, acompañamiento y seguimiento en los programas de trasplante renal, pulmonar, cardíaco, hepático y renopancreático. En todos estos procesos, la división cumple un rol fundamental en la valoración psicológica previa, en la preparación del paciente y su familia para afrontar una cirugía de alta complejidad, y en el acompañamiento posoperatorio.

Además, la división sostiene diversos dispositivos y programas específicos, entre los que destacan el Programa de Cirugía Bariátrica, el Programa de Transición de la Atención y el Seguimiento de pacientes con Diabetes Mellitus Central, el Consultorio Inclusivo para personas del colectivo LGBTIQ+ —en articulación con el área de endocrinología para procesos de hominización—, la atención a personas derivadas por oficio judicial, la participación en la junta de Discapacidad y el Programa de Atención e Investigación en Síndrome Post Terapia Intensiva.

En el último año, se incorpora un dispositivo novedoso: el Taller de Tangoterapia, coordinado por una de las Licenciadas del equipo, que se realiza los días jueves a las 17 horas. Este taller tiene como objetivo general mejorar la calidad de vida de los pacientes

a través de la música y el movimiento que propone el tango, y como objetivos específicos fomentar un espacio de encuentro y comunidad dentro del hospital, un espacio diferente al común, para estimular capacidades como la escucha, la paciencia, la respiración consciente, y el equilibrio corporal, además de complementar el tratamiento médico y psicológico de cada paciente. La propuesta también busca empoderar a los pacientes en su proceso de salud-enfermedad y, en algunos casos, motivar la inserción en talleres de tango de la ciudad para continuar su práctica en niveles más avanzados.

La División de Salud Mental se constituye, de este modo, en un área dinámica, y en constante innovación, que combina la atención clínica individual con programas comunitarios e interdisciplinarios. Su quehacer diario refleja una práctica orientada al respeto por los derechos de los pacientes y a la búsqueda de un abordaje integral de la salud mental dentro de un hospital de alta complejidad.

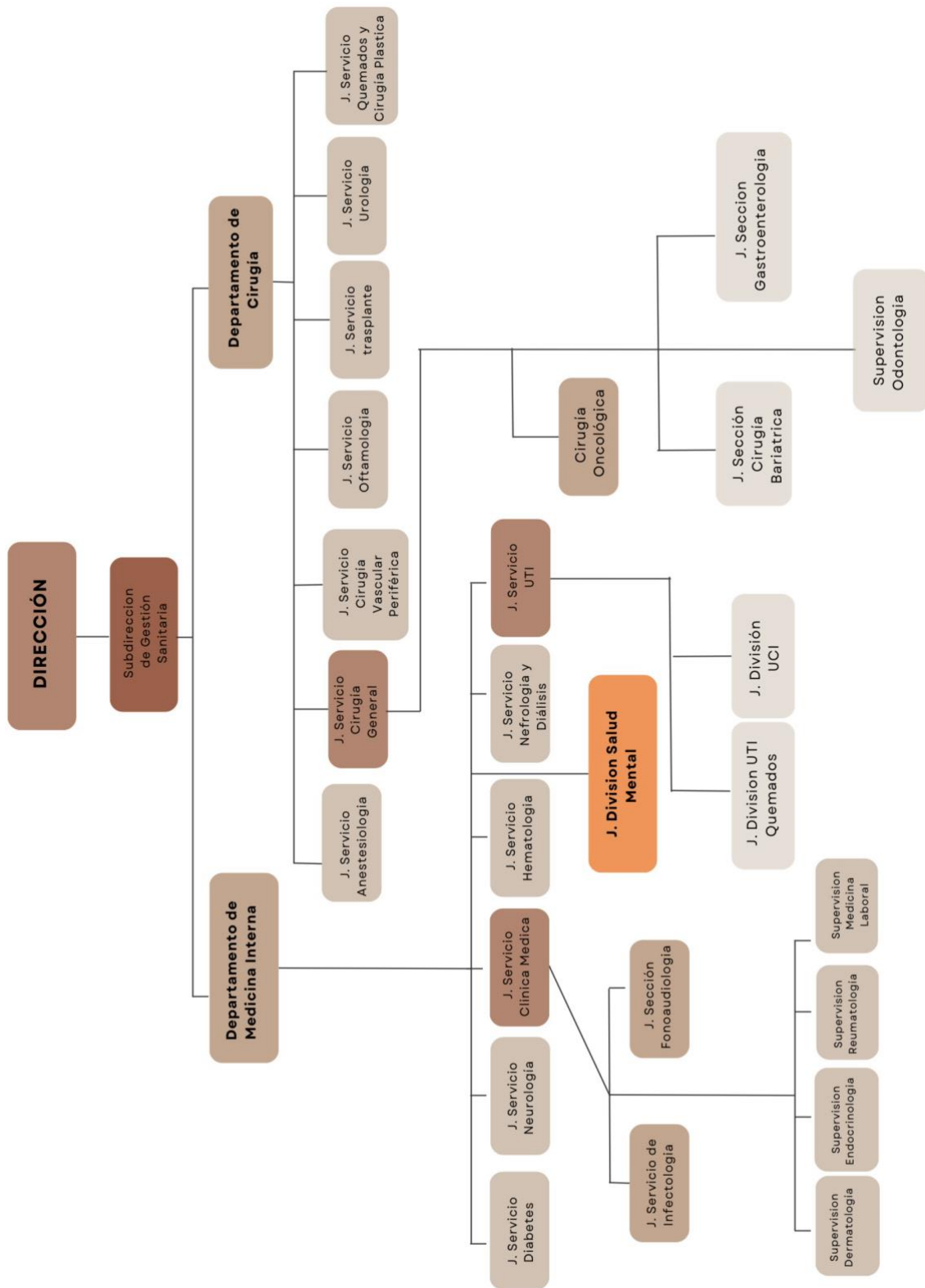
3.1.4 MODALIDADES DE ATENCIÓN DE LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

- Consultorio Externo
 - Atención de lunes a viernes (8 a 19 hs).
 - Aborda consultas psicológicas y de seguimiento.
- Interconsultas Clínicas-Psicológicas y Psiquiátricas
 - De lunes a viernes (8 a 23 hs).
 - Apoyo y evaluación en otras áreas hospitalarias.
- Valoración Psicológica para Trasplante Hepático / Renal / Pulmonar/ Cardíaco / Renopancreático
 - Entrevistas clínicas
 - Evaluación de motivación, conciencia de enfermedad, adherencia y red de apoyo.
 - Detección de patologías que puedan interferir con el trasplante.

- Derivación a psicoterapia/psicofarmacología si es necesario.
- Programa de Cirugía Bariátrica
 - Pacientes con obesidad severa derivados del equipo de cirugía bariátrica.
 - Entrevistas de admisión y seguimiento.
 - Objetivos: reducir obesidad y patologías asociadas, fortalecer vínculo hospitalario, promover hábitos saludables.
 - Psicología: valoración pre y post quirúrgica, preparación para cambios de conducta alimentaria, acompañamiento postoperatorio.
- Programa de Transición de Atención en Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1)
 - Adolescentes en transición a atención de adultos.
 - Objetivos: acompañar a familia y paciente, fomentar independencia en autocuidado, reducir abandono de seguimiento.
 - Trabajo interdisciplinario con médicos diabetólogos.
- Intervenciones en Guardia Central
 - Abordaje interdisciplinario.
 - Consentimiento informado de internación domiciliaria o permanencia en sala de salud mental.
- Consultorio Inclusivo (LGBTIQ+)
 - Atención integral a personas LGBTIQ+.

Las modalidades de atención descritas configuran el entramado institucional en el que se desarrolla la práctica del psicólogo clínico en el Hospital Córdoba (HC). En este contexto, la interconsulta médico-psicológica (ICM) será abordada como el dispositivo central de la presente sistematización, profundizando su análisis en los apartados siguientes.

3.1.5 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN



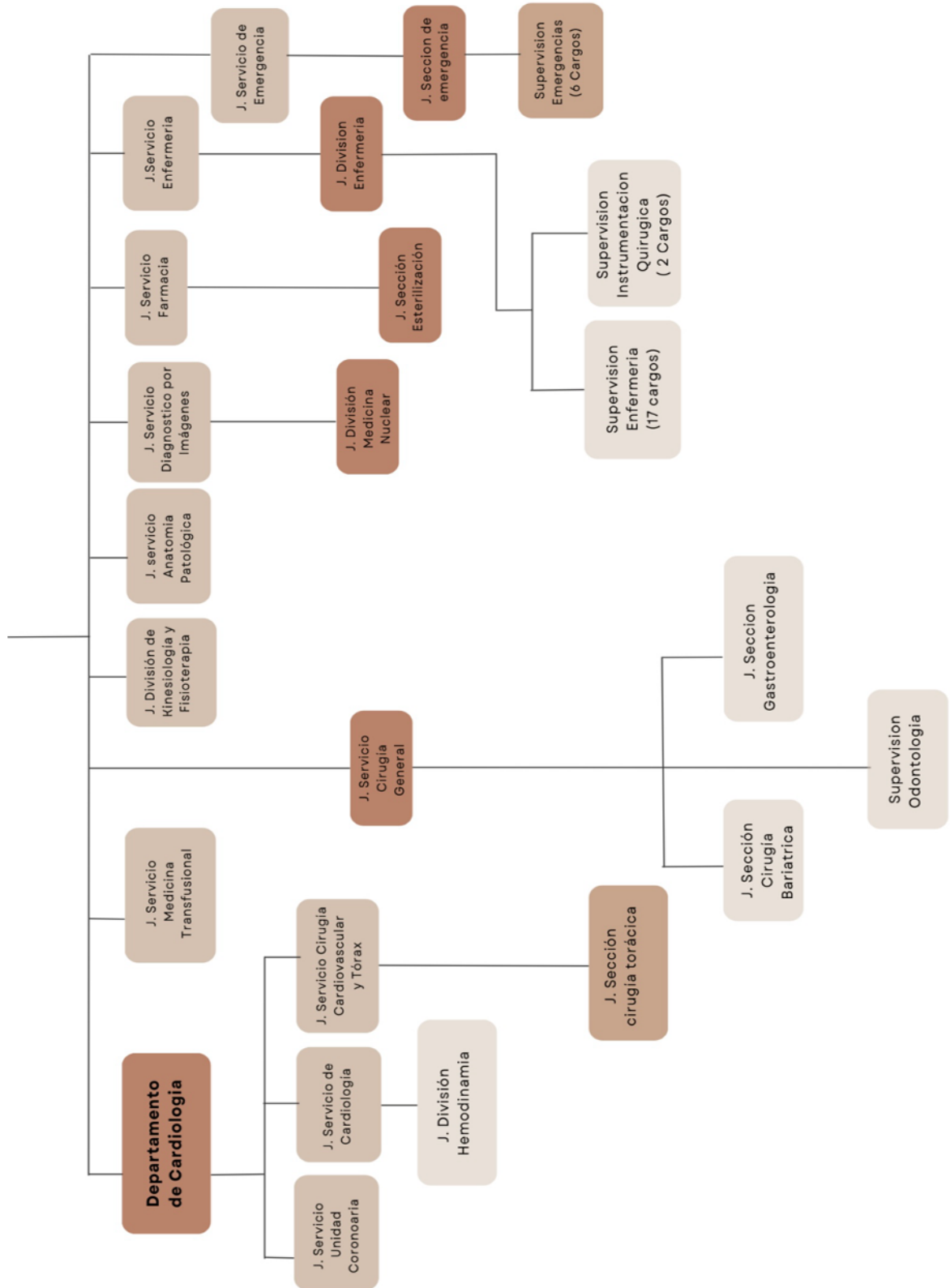


Figura 1: Organigrama Hospital Córdoba. Elena oración propia bajo supervisión institucional

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“La práctica del psicólogo clínico frente a las demandas hospitalarias en el marco de la Interconsulta Médico-Psicológica en un hospital público general polivalente de alta complejidad de la ciudad de Córdoba”

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la práctica del psicólogo clínico frente a las demandas hospitalarias en la interconsulta médico–psicológica de un hospital público general polivalente de alta complejidad de la ciudad de Córdoba.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las demandas que llegan al servicio de salud mental para ser abordadas en el marco de la interconsulta médico-psicológica.
2. Describir el proceso de la interconsulta médico–psicológica que se efectúa en el servicio a partir de las demandas recibidas.
3. Examinar el rol del psicólogo clínico y sus estrategias de intervención en la interconsulta médico–psicológica.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1. PSICOLOGÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

En el contexto del hospital público donde se desarrolló la Práctica Profesional Supervisada, específicamente en el Hospital Córdoba (HC), la psicología en el ámbito hospitalario se despliega como una práctica atravesada por la alta demanda asistencial, la urgencia clínica y la diversidad de situaciones de internación. Estas condiciones institucionales otorgan particular relevancia a la intervención del psicólogo/a clínico, en tanto su práctica se orienta a articular la lógica médica predominante con la dimensión subjetiva del padecimiento, introduciendo espacios de escucha y reflexión en un escenario centrado principalmente en el abordaje de la enfermedad orgánica.

La psicología en el ámbito hospitalario constituye una práctica compleja, donde confluyen lo clínico, lo institucional y lo sanitario. Su especificidad radica en abordar la dimensión subjetiva del paciente en situación de enfermedad o internación, reconociendo que los procesos de salud y enfermedad no son únicamente biológicos, sino también psicológicos y sociales. Como señalan López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2019), la práctica del psicólogo en el hospital se sostiene en una concepción bio-psico-social del sujeto, lo que implica atender no solo el cuerpo enfermo, sino también la historia, los vínculos y el contexto emocional que lo atraviesan. En un entorno dominado por la lógica biomédica y la urgencia, la presencia del psicólogo introduce la escucha, la palabra y la posibilidad de simbolizar el padecimiento, contribuyendo a que el paciente sea comprendido como un sujeto y no solo como un cuerpo enfermo.

El Ministerio de Salud de la Nación (2018), en su documento Abordaje de la salud mental en hospitales generales, plantea que las prestaciones de los servicios de salud mental deben acompañar todo el recorrido terapéutico del usuario. Estas incluyen la recepción y admisión, la atención interdisciplinaria de urgencias las 24 horas, la internación, la atención ambulatoria, la psicoterapia individual y grupal, la interconsulta, el acompañamiento terapéutico y la continuidad de cuidados, entre otras. Esta amplitud de acciones muestra la importancia del abordaje integral de la salud mental dentro del

hospital, donde el psicólogo ocupa un rol articulador y transversal entre las distintas etapas del tratamiento, los diferentes dispositivos y los actores que intervienen.

Desde el enfoque institucional, Chiattonne y Sebastiani (1991) destacan que el trabajo psicológico en hospitales se caracteriza por su carácter interdisciplinario, la multiplicidad de demandas, la brevedad de las intervenciones y la constante presencia de la muerte como parte de la práctica cotidiana. En este contexto, el rol del psicólogo clínico hospitalario adquiere una relevancia particular. Zas (2011) señala que su práctica se apoya en una mirada tridimensional —clínica, social e institucional— que le permite intervenir no solo en el sufrimiento individual, sino también en las dinámicas familiares y en el funcionamiento del equipo de salud. Como advierte Angerami et al. (1999, como se citó en Zas, 2011), el psicólogo aprende “con sus pacientes, con su dolor, angustia y realidad” (p. 23), en un ejercicio profesional que implica sensibilidad, ética y trabajo interdisciplinario constante. Así, su tarea no se limita al tratamiento del síntoma, sino que busca promover el bienestar integral, fortalecer los recursos de afrontamiento y facilitar la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales.

6.2. LA INTERCONSULTA MÉDICO-PSICOLÓGICA (ICMP)

Dado que la Práctica se desarrolló en un hospital general, la ICMP se presentó como uno de los despóticos con mayor demanda en el funcionamiento cotidiano del HC. Durante el periodo de prácticas, la frecuencia de los pedidos de interconsulta, señalada de manera reiterada por los propios profesionales del servicio y observable en la dinámica diaria del hospital, permitió reconocer a este despótico como un espacio privilegiado para analizar el rol del psicólogo clínico en articulación con otros profesionales de la salud.

Esta centralidad de la ICMP en la práctica hospitalaria encuentra sustento en los lineamientos normativos vigentes. En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación (2018) plantea que una de las prestaciones fundamentales de los servicios de salud mental en hospitales generales es la "Interconsulta". En dicho documento se afirma que "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. De este modo, la interconsulta se configura como un proceso que posibilita una comprensión integral del paciente, permitiendo elaborar diagnósticos que integren las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales implicadas en el proceso de salud-enfermedad. En consecuencia, su propósito no se limita a la atención individual, sino que promueve la articulación entre los distintos actores y niveles del sistema de salud, sosteniendo un abordaje interdisciplinario y coordinado.

En este sentido, diversos autores coinciden en señalar que la interconsulta médico-psicológica constituye un dispositivo clínico e institucional orientado a articular el saber médico con el saber psicológico dentro del hospital. Fabrissin (2014) la define como un espacio que se sitúa entre los diferentes actores del campo de la salud: médicos, enfermeros, pacientes, familiares y personal auxiliar. Desde esta perspectiva, la ICMP permite construir un diagnóstico situacional que contempla no solo la demanda explícita del pedido, sino también las dimensiones latentes y vinculares que atraviesan la escena asistencial. De modo complementario, Farberman (2010) sostiene que este dispositivo resalta la dimensión biopsicosocial de los procesos de salud y enfermedad, al intervenir sobre los aspectos subjetivos, familiares e institucionales que inciden en el curso de un tratamiento. En palabras de la autora, la interconsulta "no es un espacio exclusivo del paciente, sino una instancia que compromete al equipo médico, al psicólogo interconsultor y a la institución" (p. 35), constituyendo así un campo de mediación entre discursos heterogéneos que favorece la comunicación y el trabajo conjunto.

Dentro de este marco, Uzorskis (2002) concibe la interconsulta como un modelo de asistencia a la asistencia, donde el psicólogo, el médico y el personal de enfermería trabajan de forma articulada en torno al paciente internado. Para el autor, quienes intervienen desde la salud mental "son visitantes en territorio médico", lo que exige prudencia, flexibilidad y sensibilidad frente a las particularidades de cada institución (p.

44). Por su parte, Ferrari y Luchina (1980) proponen entender la interconsulta como una reformulación integral del acto clínico, al incorporar el análisis del vínculo entre el paciente, su médico tratante y la institución hospitalaria. Según estos autores, lo que más se resalta de la interconsulta médico-psicológica es “asistir en la asistencia”, es decir, acompañar el proceso asistencial en su conjunto, atendiendo tanto las necesidades del paciente como las del equipo médico. Así, la interconsulta amplía la mirada tradicional de la medicina, transformando la enfermedad de un hecho meramente biológico en un fenómeno también psicológico y social. Esto da cuenta de que la ICMP representa un modo de intervención complejo, dialógico, y colaborativo, que reconoce al paciente como sujeto y al hospital como una red viva de vínculos, discursos y cuidados.

De este modo, el rol del psicólogo clínico en la interconsulta médico-psicológica se caracteriza por un conjunto de competencias específicas que le permiten intervenir en un espacio interdisciplinario donde confluyen distintos discursos, saberes, actores y tiempos institucionales. Según Farberman (2010), el psicólogo debe realizar la evaluación y el tratamiento con las herramientas propias de su disciplina, pero también comunicar sus observaciones de manera precisa y comprensible para los demás profesionales de la salud, evitando el uso de tecnicismos que obstaculicen el intercambio interdisciplinario.

Su función no se limita a describir lo observado, sino a seleccionar cuidadosamente qué aspectos transmitir, priorizando aquellos que resulten clínicamente significativos para la orientación del tratamiento. Esto implica, además, conocer los aspectos médicos de la patología que presenta el paciente, su evolución esperable y los cuidados que requiere, con el fin de contextualizar el relato subjetivo, evaluar su grado de adherencia al tratamiento y anticipar posibles dificultades en el proceso terapéutico.

La autora remarca, además, la importancia de que el psicólogo esté integrado de forma permanente al equipo interdisciplinario, manteniendo una comunicación fluida con médicos, enfermeros y otros profesionales. Su intervención no debe desarrollarse de manera aislada ni como una práctica independiente, sino en diálogo constante con el resto del equipo. Cuando la relación de confianza con los médicos está consolidada, las propuestas del psicólogo resultan más realistas, son mejor comprendidas y tienen mayores posibilidades de ser incorporadas en las decisiones clínicas, especialmente en situaciones de emergencia.

En este marco, el psicólogo debe ser capaz de elaborar un plan terapéutico individualizado, orientado tanto a las necesidades emocionales del paciente como al motivo de consulta del equipo tratante. Dicho plan, aclara Farberman (2010), requiere flexibilidad, adecuación a los tiempos hospitalarios y capacidad para priorizar objetivos alcanzables dentro de un contexto de atención muchas veces limitado por la urgencia o la gravedad médica. A su vez, debe realizar devoluciones periódicas tanto al paciente como a los médicos que solicitaron su intervención, ya que este intercambio permite ajustar estrategias, clarificar el alcance del tratamiento y evitar interpretaciones erróneas acerca de la función del psicólogo dentro del hospital.

Por lo tanto, el trabajo del psicólogo implica transformar la demanda del médico en una demanda clínica. La mayoría de los pedidos de interconsulta, según Colombi (2023), surgen ante situaciones en las que algo “no marcha” en el curso del tratamiento —pacientes que no adhieren a la medicación, que rechazan estudios, que no aceptan su diagnóstico o manifiestan angustia extrema—. El psicólogo interviene para escuchar lo que se juega subjetivamente detrás de esas conductas, permitiendo que el paciente formule su propio pedido y, a partir de allí, se produzca un efecto de desplazamiento en su posición frente a la enfermedad y el tratamiento.

6.2.1. ASPECTOS FORMALES Y OPERATIVOS DE LA ICMP

¿Cómo llega una interconsulta médico-psicológica al servicio de salud mental de un hospital general? ¿Qué ocurre desde el momento en que un médico, una enfermera o incluso un familiar advierte que “algo no marcha” en el curso del tratamiento? Estas preguntas permiten adentrarse en el plano formal y operativo de la interconsulta.

En el marco de la práctica realizada en el Hospital Córdoba, se pudo observar que muchas interconsultas no ingresan únicamente por vías formales, sino que emergen

durante las recorridas de sala o en intercambio informales con los equipos de salud, lo cual coincide con lo que Ferrari y Luchina (1980) señalan respecto del carácter dinámico y relacional de este dispositivo.

La interconsulta médico-psicológica puede llegar al servicio de salud mental de forma oral, escrita o a través de una combinación de ambas modalidades. Este doble canal —oral y escrito— refleja la dinámica institucional propia del hospital, donde la urgencia y la inmediatez de las situaciones clínicas demandan flexibilidad en los modos de comunicación y articulación entre los equipos. Tal como señalan Ferrari y Luchina (1980), la comprensión de cómo, quién y en qué contexto se formula el pedido constituye el primer paso del proceso, pues permite captar tanto su sentido manifiesto como los aspectos latentes que motivan la demanda.

En este mismo sentido, Farberman (2010) coincide en que la interconsulta, en su plano operativo, se estructura como una secuencia ordenada de pasos que aseguran la coherencia del trabajo interdisciplinario y la continuidad del tratamiento. Este proceso comienza con la recepción del pedido —generalmente vehiculizado por el médico de cabecera— y puede tener como origen también al paciente, su familia o al propio equipo tratante. Luego, el interconsultor se entrevista con el profesional solicitante para captar los matices del pedido, el tono de la demanda y el significado que ésta adquiere en la dinámica institucional. Posteriormente, el psicólogo es presentado al paciente junto al médico tratante, lo que refuerza la noción de continuidad y colaboración entre disciplinas. A partir de allí, se desarrollan las entrevistas clínicas necesarias —ya sea con el paciente, su familia o el personal de enfermería—, hasta llegar a una devolución conjunta, en la que se consensúan estrategias y se acuerdan las conductas a seguir. Este circuito, que Faberman (2010) retoma de Chevnik, lo denomina la “forma ideal de trabajo”, busca evitar que la interconsulta se reduzca a una simple derivación o evaluación aislada, reafirmando su función de puente entre saberes, pacientes y equipos.

Ferrari y Luchina (1980), por su parte, describen con detalle ciertos aspectos formales de esta dinámica hospitalaria, enfatizando la relevancia de la demanda como punto de partida del proceso:

- La solicitud de interconsulta puede provenir del médico tratante —lo más habitual—, del propio paciente, de un familiar, del personal de enfermería o de cualquier integrante del equipo asistencial. Cada fuente introduce un

sentido particular al pedido, por lo que el interconsultor debe identificar desde dónde se formula para comprender la lógica subyacente y el tipo de necesidad que se expresa.

- Aunque la interconsulta no haya sido iniciada por el médico principal, es fundamental que éste participe activamente y esté informado del proceso. Su inclusión garantiza coherencia institucional y evita contradicciones en la atención del paciente, preservando la alianza terapéutica dentro del equipo.
- En ciertos casos, la solicitud puede ser formulada por un residente o un profesional en formación sin el conocimiento del médico tratante. Este hecho adquiere valor clínico y simbólico, pues puede reflejar conflictos jerárquicos, dificultades comunicacionales o desacuerdos diagnósticos dentro del propio equipo médico.
- Los autores describen situaciones donde, tras atender una interconsulta formal, el interconsultor es convocado a observar otro caso “ya que está presente en el servicio”. Esta práctica, denominada pedido en cadena, ilustra el carácter relacional y dinámico del dispositivo hospitalario, donde las demandas emergen con frecuencia de forma espontánea y, a veces, revelan casos latentes que no habían sido explicitados.
- Toda solicitud contiene una dimensión manifiesta —el motivo declarado— y otra latente —los conflictos o tensiones subyacentes—. Los autores advierten que los pedidos suelen presentarse con expresiones ambiguas o generales (“paciente angustiado”, “no colabora con el tratamiento”), que ocultan dificultades más profundas, como desbordes emocionales, tensiones transferenciales o disfunciones institucionales.
- En muchas ocasiones, las interconsultas emergen durante las recorridas de sala, en el contacto directo con los equipos médicos o los pacientes. Este tipo de demanda espontánea pone en evidencia que la interconsulta no es solo un acto técnico, sino una práctica viva y situada, en la que el interconsultor capta las necesidades del servicio en el mismo escenario asistencial.

- La presencia cotidiana y accesible del profesional de salud mental dentro del hospital es, según los autores, una condición facilitadora para la detección de conflictos y el surgimiento de nuevas demandas. Su disponibilidad genera confianza y propicia la comunicación informal, que muchas veces permite abordar problemáticas que no llegarían a formalizarse de otro modo.

Asimismo, las situaciones que motivan una interconsulta médico-psicológica son diversas, aunque comparten un denominador común: la presencia de manifestaciones psíquicas que el equipo médico no puede abordar desde su marco técnico. Colombi (2023) señala que estos pedidos suelen originarse frente a obstáculos en el curso del tratamiento, tales como la negativa a comer o recibir medicación, la falta de adherencia terapéutica, las dificultades en la comunicación de diagnósticos, las reacciones emocionales desbordantes ante el dolor o la muerte, y los conflictos dentro del propio equipo tratante. En este sentido, resulta fundamental considerar que la interconsulta emerge en un momento particular de la evolución de la enfermedad, cuando la situación clínica adquiere una complejidad que desborda la lógica puramente médica.

Por ello, como destacan Ferrari y Luchina (1980), el objetivo del equipo interconsultor es elaborar diagnósticos situacionales que permitan identificar los puntos de urgencia del padecimiento y comprender esa condición singular de “estar enfermo” en el contexto igualmente singular de “estar internado”, priorizando las áreas donde se manifiesta con mayor intensidad el conflicto.

6.2.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ICMP

Ferrari y Luchina (1980), por su parte, hacen un buen trabajo al describir la tarea del psicólogo/a ante la demanda de IC, entendiendo que está, es siempre dinámica y flexible, se puede apoyar en tres fases centrales: la recolección de información, el esclarecimiento y la devolución. El primer paso consiste en recoger la mayor cantidad

posible de información significativa acerca del paciente, su entorno y el motivo de la interconsulta. Esta etapa tiene como objetivo construir una comprensión amplia de la situación actual sin perder de vista el contexto institucional en el que se produce. La herramienta para esto es la entrevista. Bleger (1985), plantea que la entrevista es un instrumento fundamental del método clínico y que una de las áreas donde se las utiliza es en los Hospitales Generales.

De esta manera Ferrari y Luchina (1985), plantean que este momento implica el uso de entrevistas breves, abiertas y en parte dirigidas, orientadas a esclarecer el conflicto actual que motivó la Interconsulta (p.55). Dado que la interconsulta se produce en un tiempo acotado, el objetivo no es realizar una evaluación psicopatológica exhaustiva, sino comprender las fuentes del conflicto de la relación médico-paciente que obstaculizan la asistencia del médico o el curso del tratamiento.

Las entrevistas deben realizarse preferentemente en la sala donde el paciente se encuentra internado, ya que este entorno ofrece información relevante sobre el modo en que el sujeto se vincula con el espacio hospitalario y con los otros pacientes. Observar las interacciones espontáneas, como los comentarios de otros pacientes que están en la sala de internación, permite al interconsultor detectar aspectos grupales e instituciones que pueden tener una gran incidencia en el malestar o incidencias del paciente o del motivo de la interconsulta (p.56). Asimismo, las entrevistas con los familiares aportan datos esenciales sobre la historia vital, las dinámicas afectivas, y las estrategias de afrontamiento del grupo, mientras que los relatos del personal de enfermería pueden enriquecer la comprensión del caso con observaciones cotidianas sobre la conducta, el sueño, la alimentación el estado anímico del paciente.

De igual manera, los autores enfatizan que la entrevista con el médico tratante es indispensable. En ella se analiza no solo el motivo explícito del pedido, sino también las expectativas, tensiones o dudas que subyacen a la demanda. Es en este diálogo donde el interconsultor puede detectar si el pedido proviene genuinamente del paciente o si responde a un malestar del médico frente a la evolución del caso, la falta de adherencia o el sufrimiento emocional del enfermo. Comprender el lugar desde el cual se origina la interconsulta —ya sea clínico, transferencial o institucional— permite orientar la intervención hacia un objetivo común y evitar que se dupliquen funciones o se generen interpretaciones contrapuestas dentro del equipo.

Por lo tanto, si bien lo esperable es que la entrevista tenga lugar en la sala o habitación donde el paciente se encuentra internado, en la práctica hospitalaria este espacio suele transformarse y adquirir múltiples formas. Los hospitales son escenarios dinámicos, donde el movimiento constante, las urgencias y la circulación de profesionales obligan al psicólogo interconsultor a adaptarse a contextos cambiantes, muchas veces alejados del encuadre tradicional. Tal como plantean Ferrari y Luchina (1980), el trabajo puede desarrollarse en un pasillo, en la guardia, junto al médico que atiende entre paciente y paciente. En medio de esa aparente desorganización, el psicólogo debe construir un encuadre flexible, lo suficientemente permeable para sostener la escucha y, al mismo tiempo, lo bastante sólido para preservar la dirección de la intervención.

Por consiguiente, una vez recolectada información, el segundo paso es el de “procurar un esclarecimiento”, y la describen como el momento en que el interconsultor, al integrar la información recogida, configura una hipótesis comprensiva de la situación. El profesional no solo observa, sino que también interpreta y reflexiona junto al médico solicitante, buscando entender qué elementos están obstaculizando el curso de la cura o la adherencia al tratamiento. Este proceso de construcción conjunta del sentido permite pasar de un pedido centrado en el síntoma (“no colabora”, “está agresivo”) a una lectura más amplia que incluye aspectos subjetivos, transferenciales e institucionales.

En este punto, la contratransferencia del interconsultor —es decir, las emociones y resonancias que despierta la situación clínica en el propio profesional— adquiere un valor diagnóstico fundamental. Nombrar y reflexionar sobre estos afectos puede ayudar a identificar lo que circula tácitamente en el equipo o en la relación asistencial, y posibilitar un momento de *insight* compartido que restablezca la comunicación y el entendimiento entre los actores implicados.

El último paso del proceso de ICMP es la “devolución”, entendida no como un cierre, sino como una instancia de articulación y retroalimentación entre los profesionales y el paciente. Según Farberman (2010), esta etapa es central para mantener la coherencia del trabajo interdisciplinario y evitar que la interconsulta se reduzca a una opinión aislada. La devolución puede ser verbal o escrita, y dirigirse tanto al médico solicitante como al paciente y su familia, dependiendo del tipo de caso y del objetivo terapéutico.

Cuando se realiza de manera conjunta —psicólogo y médico presentándose ante el paciente o el equipo—, la devolución refuerza la idea de colaboración interdisciplinaria

y promueve la continuidad de cuidados. En este espacio se comparten observaciones, se formulan recomendaciones o adaptaciones del tratamiento y, en caso necesario, se sugieren instancias de seguimiento o derivación. Asimismo, el psicólogo debe registrar sus conclusiones y observaciones en la historia clínica de manera clara, concisa y operativa, asegurando así la trazabilidad del proceso y la retroalimentación constante con el resto del equipo (Ferrari & Luchina, 1980; Farberman, 2010).

Esta etapa final también cumple una función pedagógica e institucional: al explicitar el sentido de la intervención, el interconsultor fortalece los vínculos de confianza entre disciplinas, delimita los alcances de su rol y contribuye a instalar la práctica de la interconsulta como un espacio legítimo de trabajo conjunto.

6.2.3. EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN LA ICMP

El trabajo interdisciplinario constituye uno de los pilares fundamentales de la interconsulta médico-psicológica y, en un sentido más amplio, de la atención integral en salud. La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 establece en su artículo 8º que la atención debe estar a cargo de equipos interdisciplinarios integrados por profesionales de distintas áreas —psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras—, garantizando una mirada plural sobre el sujeto y su padecimiento. Este marco normativo no solo promueve la inclusión de diversas disciplinas, sino que reconoce que ningún saber puede, por sí solo, abarcar la complejidad de los procesos de salud y enfermedad.

Así, el trabajo interdisciplinario permite sostener de manera simultánea el tratamiento del cuerpo biológico y el cuidado de la subjetividad, integrando ambas dimensiones en un mismo proceso asistencial. Por lo tanto, el paciente que llega al

hospital con una dolencia física también trae consigo su historia, sus vínculos y el impacto emocional de la enfermedad. En este sentido, Caplan (1993) y Farberman (2010) destacan que la salud implica un equilibrio entre cuerpo, mente y entorno, y que la interdisciplina permite sostener simultáneamente el tratamiento médico y la atención del sufrimiento subjetivo. El equipo interconsultor, conformado por médicos, psicólogos y otros profesionales, funciona como un dispositivo que posibilita esa mirada integral. Ferrari y Luchina (1980) subrayan que la eficacia de este equipo no depende de la homogeneidad teórica, sino de la posibilidad de articularlos frente a una misma situación clínica.

De esta manera, Mitchell, Del Mar y Francis (2022) destacan que los modelos colaborativos e interdisciplinarios en contextos de salud mental promueven mejores resultados clínicos, mayor adherencia al tratamiento y niveles más altos de satisfacción tanto en pacientes como en equipos. En este entramado, el psicólogo cumple una función esencial: es quien introduce la palabra en un espacio muchas veces dominado por el lenguaje del cuerpo y la urgencia médica. Su presencia en el hospital permite traducir los afectos que circulan, poner en palabras aquello que el síntoma encubre, y ofrecer una lectura que contemple la subjetividad del paciente, sin oponer a la lógica médica, sino articulando con ella.

Como afirman López Fuentetaja y Villaverde (2019), el trabajo psicológico en el ámbito hospitalario implica un desafío particular: acercarse al cuerpo enfermo, dañado o intervenido, tolerar la realidad de la vulnerabilidad y la muerte, y sostener la empatía en medio de la inmediatez del acontecimiento traumático. En este contexto, la tarea del psicólogo no se limita a escuchar al paciente, sino también a ayudar al equipo a leer lo que ese cuerpo expresa.

El abordaje interdisciplinario permite ampliar y humanizar la mirada médica, integrando al paciente como sujeto activo en su proceso de atención y recuperación. El intercambio entre disciplinas favorece una comprensión más profunda de la enfermedad, promueve la toma de decisiones compartidas y habilita intervenciones más ajustadas a las necesidades singulares de cada persona. Desde este marco, el trabajo interdisciplinario en la interconsulta médico-psicológica puede comprenderse como un proceso dinámico, en el que la articulación entre distintos saberes posibilita abordar simultáneamente la enfermedad orgánica y el padecimiento subjetivo. Estos lineamientos teóricos resultan especialmente pertinentes para el análisis de la experiencia realizada, ya que permiten

comprender los desafíos y alcances del trabajo interdisciplinario observados durante la práctica profesional, particularmente en situaciones de interconsulta donde se ponen en juego diferentes discursos, tiempos institucionales y lógicas de intervención.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El propósito del presente trabajo es realizar una sistematización de experiencias en el marco de las prácticas profesionales supervisadas en el ámbito de la Psicología Clínica dentro del Hospital Córdoba, un hospital público general polivalente de alta complejidad de la provincia de Córdoba.

De acuerdo con Barnechea y Morgan (2010), sistematizar implica reconstruir y analizar de manera crítica una experiencia, de modo que los saberes generados en la acción puedan convertirse en conocimientos comunicables y útiles para mejorar la práctica (p. 103). En esta línea, Jara (2016) sostiene que la sistematización consiste en ordenar e interpretar el proceso vivido, identificando los factores que intervinieron y cómo se relacionaron, con el fin de descubrir la lógica que atravesó a la experiencia y orientarla hacia el futuro con un sentido transformador. Asimismo, el autor remarca que sistematizar experiencias supone reconocer su carácter dinámico, histórico y social, incorporando tanto elementos objetivos como subjetivos: las condiciones contextuales, las acciones intencionadas de los participantes, las reacciones que suscitan y las percepciones y emociones implicadas.

Desde esta concepción, Barnechea & Morgan (2010) y Jara (2011), plantean la diferencia de la sistematización de otras formas de producción de conocimiento. Mientras la investigación busca generalizar hallazgos y la evaluación se centra en valorar el grado de cumplimiento de objetivos, la sistematización se ocupa de los procesos vividos, con el fin de extraer aprendizajes situados que permitan enriquecer y mejorar la práctica. En este sentido, la sistematización adquiere un valor pedagógico y profesional, ya que posibilita la construcción de una mirada crítica y la apropiación consciente de la experiencia por parte de quienes la protagonizan.

En el caso específico de este trabajo, la sistematización se centrará en la población del Hospital Córdoba, conformada por pacientes de 16 años en adelante hasta adultos mayores, que reciben atención tanto en los servicios de internación como en la Guardia Central. Se profundizará específicamente en los casos que se enmarcan dentro del contexto de interconsulta con el servicio de salud mental. Estos serán utilizados en el presente trabajo y expuestos en forma de registros clínicos formales, recurriendo únicamente a la información pertinente. En estos espacios, la intervención psicológica sucede en el marco de la interconsulta médico-psicológica, como se explicó anteriormente, entendida según Ferrari, Luchina y Luchina (1977) como un dispositivo

clínico-teórico que articula las prácticas médicas y psicológicas frente a situaciones donde el malestar interfiere en el acto de curar, permitiendo un abordaje integral del paciente. Esta modalidad coloca al psicólogo en la posición de articular la demanda planteada inicialmente por el equipo médico con la construcción de la demanda subjetiva del paciente, abriendo un espacio de escucha que enriquece la perspectiva biomédica con la dimensión subjetiva.

La práctica profesional se inició desde una posición de observadora no participante y, de manera progresiva, fue incorporando instancias de observación participante, siempre bajo la supervisión de los profesionales del equipo de salud mental. Desde esta posición metodológica, se realizaron registros de manera sistemática y reflexiva sobre lo acontecido en la práctica en terreno, dando cuenta tanto de las dinámicas de los sujetos que llegan al servicio con una demanda inicialmente formulada por el médico, como de las intervenciones y estrategias desplegadas por los profesionales de salud mental en respuesta a dichas situaciones. Esta perspectiva permitió relevar información significativa acerca de las características de la urgencia, los modos en que se configura la interconsulta médico-psicológica y las particularidades que adquiere la intervención psicológica en el contexto de un hospital público general polivalente.

Las herramientas utilizadas para el presente Trabajo Integrador Final fueron los registros del cuaderno de campo, que constituyen la base metodológica y la herramienta central del proceso de sistematización. En ellos se consignaron de manera continua las actividades desarrolladas, las intervenciones observadas de los profesionales de salud mental y las reflexiones surgidas a partir de lo vivenciado en el terreno. Asimismo, se registraron datos vinculados a la demanda inicial planteada por el equipo médico, referencias pertinentes a la historia clínica y aquellas impresiones consideradas relevantes en el momento de la observación. De este modo, los registros elaborados se constituyen en la fuente principal para la reconstrucción de las experiencias, posibilitando su análisis crítico y la producción de aprendizajes significativos.

En el marco del presente trabajo se asumen las consideraciones éticas establecidas por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010), la cual garantiza el derecho a la protección de la salud mental como parte integrante de la salud integral. Particularmente, el artículo 8 de esta ley establece que “debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros

trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (Ley N° 26.657, 2010, art. 8). En este marco, el dispositivo de interconsulta médico-psicológica se encuentra compuesto por el servicio de salud mental —integrado por psicólogas y psiquiatras— en articulación con el equipo tratante de médicos del hospital, de quienes surge el pedido inicial y que se constituye como punto de partida para la intervención.

Asimismo, este trabajo se rige por lo dispuesto en la Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529 (2009), que reconoce derechos básicos tales como el consentimiento informado, la confidencialidad de la información clínica y el acceso a un trato digno y respetuoso. En consecuencia, toda referencia a casos clínicos se realiza con la debida protección de la identidad de los pacientes y de los profesionales de la institución, utilizando recursos de anonimización, y resguardo de datos sensibles. Estas decisiones metodológicas responden tanto a un compromiso ético con los sujetos implicados como al respeto institucional hacia el Hospital Córdoba, en el cual se desarrollan las prácticas profesionales.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Mi recorrido comienza mucho antes del 16 de abril de 2025, fecha de mi primer día de prácticas en la institución. Desde que nos comunicaron que teníamos la posibilidad de elegir el contexto, no tuve que pensarlo demasiado: sabía que quería el clínico. Más aún, cuando nos presentaron las instituciones disponibles, lo que más me llamó la atención fue la opción de hacer mis prácticas en un hospital, y en particular en el Hospital Córdoba, por ser un establecimiento público, general y de alta complejidad. Desde el inicio tuve el deseo de poder ingresar allí.

Lo que más me atraía de esta experiencia era la posibilidad de conocer cómo se trabaja en interdisciplina, ya que a lo largo de mi formación teórica siempre fue un tema que me interesó mucho cada vez que lo estudiaba y que ahora podía observar en su puesta en práctica. Así, desde que quedé en la institución, me sentí entusiasmada y con muchas ganas de aprender y observar cómo se desempeña un profesional de la salud mental en un hospital, un ámbito en el que la mirada y la intervención suelen estar centradas en lo médico.

Mi primer día de terreno comenzó el 16 de abril de 2025. Ese día nos recibieron a mi compañera y a mí de una manera muy cálida, integrándonos inmediatamente al equipo y a sus actividades. Ese mismo día participé de mi primera interconsulta en la guardia, lo que despertó en mí un gran interés por este dispositivo. Desde entonces he ido entendiendo que las interconsultas son un espacio interesante dentro del hospital, ya que no solo implican la atención directa al paciente en un momento de urgencia o necesidad, sino también la posibilidad de interactuar con diferentes profesionales, de distintas áreas, que aportan su mirada y enriquecen la intervención.

A lo largo de este recorrido, que aún continúa, voy aprendiendo muchísimo. Pasé de ocupar un rol de observadora no participante durante los primeros meses, a comenzar a desempeñarme como observadora participante en distintas áreas y ocasiones, siempre acompañada por alguno de los profesionales del equipo, ya sea una psicóloga o un psiquiatra. En todo este tiempo jamás me he encontrado sola ni en situaciones de frustración o angustia por sentirme excluida; por el contrario, siempre me incluyen en

todas las actividades. Nos enseñan los protocolos de cada dispositivo —ya sea las interconsultas, el consultorio externo, las valoraciones psicológicas pretrasplante, la junta de discapacidad, el consultorio inclusivo o las consultas en psiquiatría—, entre muchas otras actividades en las que tengo la oportunidad de observar, aprender, escuchar y, en ocasiones, participar activamente.

Entre las actividades que más me han marcado hasta el momento se encuentran las interconsultas en la guardia, donde he ido aprendiendo sobre la importancia de la inmediatez en la intervención. En este espacio voy viendo que muchas veces el tiempo es reducido, y por eso resulta clave priorizar aquello que puede sostener al paciente en ese momento puntual. También he ido comprendiendo que la interconsulta no solo implica responder a la demanda de un servicio médico, sino también abrir un espacio de escucha en un contexto donde predomina lo biomédico. Este contraste me hace reflexionar sobre el lugar particular que ocupa la psicología en un hospital general: un lugar donde lo subjetivo se entrelaza con lo orgánico, y donde el desafío es poder hacer presente esa dimensión.

Otra experiencia significativa es el consultorio externo, donde he podido observar la continuidad de los tratamientos, como trabaja el psicólogo clínico desde diferentes miradas: psicoanalítica, sistémica, cognitivo conductual. Este espacio a su vez me va permitiendo ver otra faceta del trabajo clínico: no ya la urgencia de la guardia, sino el acompañamiento prolongado, la construcción de un vínculo terapéutico y la evaluación del progreso de cada paciente.

También tengo la posibilidad de ir aprendiendo en las valoraciones psicológicas pretrasplante, un área altamente sensible dentro de la salud hospitalaria. Allí voy comprendiendo que la tarea del psicólogo no se limita a evaluar, sino que implica acompañar al paciente en un momento de extrema vulnerabilidad, donde las expectativas de vida, la ansiedad y los miedos se hacen presentes con gran intensidad. Estos encuentros me llevan a reflexionar sobre el rol del psicólogo como mediador entre lo subjetivo y las exigencias médicas, y sobre cómo una evaluación puede incidir en el acceso a un tratamiento vital.

Un aspecto muy enriquecedor de la práctica es participar en charlas interhospitalarias junto con nuestra referente de la institución. Estos encuentros, en los que están presentes equipos de hospitales de día, hospitales infanto-juveniles y hospitales

con internación en salud mental, me van brindando una mirada más amplia sobre la red de salud mental de la provincia. En estas instancias he ido aprendiendo no solo sobre las distintas modalidades de funcionamiento, sino también sobre la importancia de generar vínculos entre instituciones. Voy comprendiendo que conocer a otros equipos y establecer contactos facilita mucho las derivaciones, haciéndolas más rápidas y eficaces, lo que redundará en un mejor cuidado de los pacientes. Esta posibilidad de articular y tejer redes me resulta fundamental, porque muestra que el trabajo en salud mental trasciende a cada institución y depende de un entramado colectivo.

En paralelo a estas experiencias clínicas, he podido realizar un aporte concreto al servicio en relación con la organización de las interconsultas, ya que en los últimos meses la demanda ha incrementado notablemente. Para ello he diseñado una planilla en Excel que organiza los pedidos por fecha, servicio solicitante, profesional interviniente, paciente y observaciones, distinguiendo si se trata de una solicitud de psicología, psiquiatría o de ambos. También he incluido un espacio para registrar los seguimientos, que son fundamentales en los pacientes del Instituto del Quemado, quienes requieren una atención más prolongada. Esta herramienta va resultando de utilidad para el equipo, ya que permite sistematizar los pedidos y distribuir los roles de manera más equitativa.

Además, he ido acercando bibliografía sobre interconsulta y actualmente colaboro en la elaboración de un protocolo de intervención, que busca sistematizar la práctica en un contexto donde el hospital no cuenta con un servicio específico de guardia de salud mental. La idea de este protocolo es poder aprovechar al máximo el tiempo de contacto con el paciente en la guardia, generando intervenciones más claras, efectivas y con un marco de referencia común para todos los profesionales del equipo.

En síntesis, este proceso me va permitiendo vivenciar múltiples dimensiones del rol del psicólogo clínico en un hospital: desde la urgencia de la guardia hasta la continuidad del consultorio externo, pasando por evaluaciones pretrasplante, interconsultas y articulaciones interinstitucionales. Cada espacio me va dejando aprendizajes específicos: la importancia de la inmediatez en la guardia, la necesidad de sostén en el consultorio, la sensibilidad en el pretrasplante, y la relevancia de las redes en las charlas interhospitalarias. A la vez, he podido aportar herramientas de organización que contribuyen al funcionamiento del servicio, lo que me permite sentirme parte activa y no solo observadora de este recorrido.

Lo vivido hasta ahora refuerza mi convicción de que la psicología clínica en el ámbito hospitalario cumple un rol esencial, aportando una mirada singular en un espacio donde predomina lo biomédico. Este camino me impulsa no solo a seguir creciendo como futura profesional, sino también a valorar la riqueza del trabajo interdisciplinario y la importancia de sostener redes institucionales que fortalezcan la atención en salud.

Lo que más me atraía de esta experiencia era la posibilidad de conocer cómo se trabaja en interdisciplina, ya que a lo largo de mi formación teórica siempre fue un tema que me interesó mucho cada vez que lo estudiaba y que ahora podía observar en su puesta en práctica. Así, desde que quedé en la institución, me sentí entusiasmada y con muchas ganas de aprender y observar cómo se desempeña un profesional de la salud mental en un hospital, un ámbito en el que la mirada y la intervención suelen estar centradas en lo médico.

Mi primer día de terreno comenzó el 16 de abril de 2025. Ese día nos recibieron a mi compañera y a mí de una manera muy cálida, integrándonos inmediatamente al equipo y a sus actividades. Ese mismo día participé de mi primera interconsulta en la guardia, lo que despertó en mí un gran interés por este dispositivo. Desde entonces he ido entendiendo que las interconsultas son un espacio interesante dentro del hospital, ya que no solo implican la atención directa al paciente en un momento de urgencia o necesidad, sino también la posibilidad de interactuar con diferentes profesionales, de distintas áreas, que aportan su mirada y enriquecen la intervención.

A lo largo de este recorrido, que aún continúa, voy aprendiendo muchísimo. Pasé de ocupar un rol de observadora no participante durante los primeros meses, a comenzar a desempeñarme como observadora participante en distintas áreas y ocasiones, siempre acompañada por alguno de los profesionales del equipo, ya sea una psicóloga o un psiquiatra. En todo este tiempo jamás me he encontrado sola ni en situaciones de frustración o angustia por sentirme excluida; por el contrario, siempre me incluyen en todas las actividades. Nos enseñan los protocolos de cada dispositivo —ya sea las interconsultas, el consultorio externo, las valoraciones psicológicas pretrasplante, la junta de discapacidad, el consultorio inclusivo o las consultas en psiquiatría—, entre muchas otras actividades en las que tengo la oportunidad de observar, aprender, escuchar y, en ocasiones, participar activamente.

Entre las actividades que más me han marcado hasta el momento se encuentran las interconsultas en la guardia, donde he ido aprendiendo sobre la importancia de la inmediatez en la intervención. En este espacio voy viendo que muchas veces el tiempo es reducido, y por eso resulta clave priorizar aquello que puede sostener al paciente en ese momento puntual. También he ido comprendiendo que la interconsulta no solo implica responder a la demanda de un servicio médico, sino también abrir un espacio de escucha en un contexto donde predomina lo biomédico. Este contraste me hace reflexionar sobre el lugar particular que ocupa la psicología en un hospital general: un lugar donde lo subjetivo se entrelaza con lo orgánico, y donde el desafío es poder hacer presente esa dimensión.

Otra experiencia significativa es el consultorio externo, donde he podido observar la continuidad de los tratamientos, como trabaja el psicólogo clínico desde diferentes miradas: psicoanalítica, sistémica, cognitivo conductual. Este espacio a su vez me va permitiendo ver otra faceta del trabajo clínico: no ya la urgencia de la guardia, sino el acompañamiento prolongado, la construcción de un vínculo terapéutico y la evaluación del progreso de cada paciente.

También tengo la posibilidad de ir aprendiendo en las valoraciones psicológicas pretrasplante, un área altamente sensible dentro de la salud hospitalaria. Allí voy comprendiendo que la tarea del psicólogo no se limita a evaluar, sino que implica acompañar al paciente en un momento de extrema vulnerabilidad, donde las expectativas de vida, la ansiedad y los miedos se hacen presentes con gran intensidad. Estos encuentros me llevan a reflexionar sobre el rol del psicólogo como mediador entre lo subjetivo y las exigencias médicas, y sobre cómo una evaluación puede incidir en el acceso a un tratamiento vital.

Un aspecto muy enriquecedor de la práctica es participar en charlas interhospitalarias junto con nuestra referente de la institución. Estos encuentros, en los que están presentes equipos de hospitales de día, hospitales infanto-juveniles y hospitales con internación en salud mental, me van brindando una mirada más amplia sobre la red de salud mental de la provincia. En estas instancias he ido aprendiendo no solo sobre las distintas modalidades de funcionamiento, sino también sobre la importancia de generar vínculos entre instituciones. Voy comprendiendo que conocer a otros equipos y establecer contactos facilita mucho las derivaciones, haciéndolas más rápidas y eficaces, lo que

redunda en un mejor cuidado de los pacientes. Esta posibilidad de articular y tejer redes me resulta fundamental, porque muestra que el trabajo en salud mental trasciende a cada institución y depende de un entramado colectivo.

En paralelo a estas experiencias clínicas, he podido realizar un aporte concreto al servicio en relación con la organización de las interconsultas, ya que en los últimos meses la demanda ha incrementado notablemente. Para ello he diseñado una planilla en Excel que organiza los pedidos por fecha, servicio solicitante, profesional interviniente, paciente y observaciones, distinguiendo si se trata de una solicitud de psicología, psiquiatría o de ambos. También he incluido un espacio para registrar los seguimientos, que son fundamentales en los pacientes del Instituto del Quemado, quienes requieren una atención más prolongada. Esta herramienta va resultando de utilidad para el equipo, ya que permite sistematizar los pedidos y distribuir los roles de manera más equitativa.

Además, he ido acercando bibliografía sobre interconsulta y actualmente colaboro en la elaboración de un protocolo de intervención, que busca sistematizar la práctica en un contexto donde el hospital no cuenta con un servicio específico de guardia de salud mental. La idea de este protocolo es poder aprovechar al máximo el tiempo de contacto con el paciente en la guardia, generando intervenciones más claras, efectivas y con un marco de referencia común para todos los profesionales del equipo.

En síntesis, este proceso me va permitiendo vivenciar múltiples dimensiones del rol del psicólogo clínico en un hospital: desde la urgencia de la guardia hasta la continuidad del consultorio externo, pasando por evaluaciones pre trasplante, interconsultas y articulaciones interinstitucionales. Cada espacio me va dejando aprendizajes específicos: la importancia de la inmediatez en la guardia, la necesidad de sostén en el consultorio, la sensibilidad en el pretrasplante, y la relevancia de las redes en las charlas interhospitalarias. A la vez, he podido aportar herramientas de organización que contribuyen al funcionamiento del servicio, lo que me permite sentirme parte activa y no solo observadora de este recorrido.

Lo vivido hasta ahora refuerza mi convicción de que la psicología clínica en el ámbito hospitalario cumple un rol esencial, aportando una mirada singular en un espacio donde predomina lo biomédico. Este camino me impulsa no solo a seguir creciendo como futura profesional, sino también a valorar la riqueza del trabajo interdisciplinario y la importancia de sostener redes institucionales que fortalezcan la atención en salud mental.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

En el presente apartado se desarrollan los objetivos planteados en el Trabajo Integrador Final, cuyo propósito consiste en analizar el dispositivo de interconsulta en salud mental dentro del ámbito hospitalario, a partir de la experiencia de práctica profesional supervisada realizada en una institución de salud. Dicho análisis se orienta a comprender las características de las demandas de intervención psicológica provenientes de otros servicios médicos, así como las modalidades de intervención que despliega el equipo de salud mental en este contexto.

El hospital general constituye un espacio de atención complejo en el que convergen múltiples disciplinas y saberes orientados al tratamiento del padecimiento de los pacientes. En este marco, la interconsulta en salud mental se configura como un dispositivo clínico que posibilita la articulación entre la medicina y la psicología, permitiendo abordar las problemáticas de los pacientes desde una perspectiva integral que contemple tanto los aspectos orgánicos como las dimensiones subjetivas, sociales e institucionales implicadas en el proceso de enfermedad y atención (Ferrari, 1980) . En este sentido, la interconsulta se establece como un espacio de intercambio entre profesionales que favorece el trabajo interdisciplinario y amplía la comprensión del padecimiento del paciente en el contexto hospitalario.

Asimismo, distintos autores señalan que la interconsulta surge generalmente ante situaciones en las que el equipo médico se enfrenta a dificultades en el abordaje de determinados pacientes, particularmente cuando el tratamiento médico no produce los resultados esperados o cuando emergen manifestaciones subjetivas que exceden el campo

estrictamente orgánico (Colombi, 2023). De este modo, la intervención del equipo de salud mental permite introducir la dimensión subjetiva en la lectura de dichas situaciones, aportando herramientas para el acompañamiento del paciente y para la reflexión conjunta con los equipos tratantes.

El análisis que se presenta a continuación se construye a partir de los registros de campo elaborados durante el desarrollo de la práctica, los cuales constituyen la principal fuente de información para la presente sistematización. A partir de dichos registros se seleccionaron fragmentos significativos que permiten ilustrar diferentes situaciones de interconsulta observadas durante la práctica, preservando en todos los casos el anonimato de los pacientes y de los profesionales involucrados.

En relación con los objetivos específicos, en primer lugar se analizarán las características de las demandas de interconsulta médico-psicológica dirigidas al servicio de salud mental, atendiendo a los motivos y modalidades a través de los cuales los distintos servicios médicos solicitan la intervención psicológica. En segundo lugar, se abordará el proceso de la interconsulta médico-psicológica, considerando las distintas instancias que se ponen en juego desde la formulación del pedido hasta la intervención del equipo de salud mental dentro del dispositivo hospitalario. Finalmente, se analizará el rol del psicólogo clínico en el marco de la interconsulta médico-psicológica, particularmente en relación con las intervenciones que se despliegan frente a estas demandas y dentro del proceso de interconsulta en el ámbito hospitalario.

8.2.1 PROCEDENCIA DE LA DEMANDA DE ICMP

8.2.1.1 MODALIDADES DE INGRESO

Ferrari, et. al., (1980) señalan que la interconsulta médico - psicológica puede arribar al Servicio de Salud Mental (SSM) por diversas vías: oral, escrita o mediante una modalidad combinada. Esta distinción no constituye únicamente un aspecto formal, sino que refleja la dinámica institucional propia del hospital general, donde la urgencia clínica, la organización jerárquica y los tiempos asistenciales condicionan los modos de comunicación entre equipos. En este sentido, el canal por el cual ingresa el pedido de interconsulta configura el primer encuadre del trabajo interconsultor y delimita la escena inicial de articulación interdisciplinaria.

Durante el período de práctica supervisada en el Hospital Córdoba (HC), los pedidos dirigidos al Servicio de Salud Mental (SSM) se presentaron bajo estas tres modalidades. En numerosos casos, la interconsulta ingresaba exclusivamente por vía escrita, mediante un RP/ en el que el profesional consignaba datos básicos del paciente tales como nombre, DNI, sala, cama, diagnóstico médico, diagnóstico presuntivo y, en algunas ocasiones, el motivo de interconsulta.

Ejemplos de este tipo de registros fueron:

Rp/: (06/06/2025)

UCO

[Nombre del Paciente] - DNI

Sala 307 – Cama 7

Valoración psicológica pre-trasplante con antecedente de adicciones

Rp/: (25/08/2025)

Clinica Medica

[Nombre del paciente] – DNI – Habitación 304

Dx: Excitación psicomotriz

Rp/: 22/09/2025)

[Nombre del paciente] – DNI

5to

IC con salud mental

Dx: Internación prolongada + angustia

En estos casos, el RP cumplía la función de activar formalmente el circuito institucional de interconsulta (IC). La información consignada solía ser breve y centrada principalmente en el diagnóstico biomédico y en una formulación general del motivo del pedido. Sin embargo, en varias oportunidades los datos resultaban incompletos o escuetos sin especificar con claridad la situación clínica o la disciplina solicitada (Psicología, Psiquiatría o ambas). Por esta razón, el pedido escrito frecuentemente requería ser complementado con un contacto directo con el equipo tratante para ampliar la comprensión de la demanda de IC. La inscripción escrita habilitaba el inicio del proceso, pero no agotaba la dimensión clínica del pedido.

En otras ocasiones, el pedido se formulaba inicialmente de manera oral. En estos casos, el profesional solicitante se acercaba al Servicio de Salud Mental para exponer la situación antes de completar el registro formal, el cual, en muchas oportunidades, debía ser solicitado por las psicólogas del servicio para que quedara asentado institucionalmente. Esta modalidad solía presentarse en contextos de urgencia o cuando el equipo requería una orientación inmediata, tal como lo ilustran diversos registros:

ICMP - Guardia - “La paciente se llama [nombre de la paciente], ingresó ayer (20 de abril) por un intento tentativo y policonsumo con cocaína en sangre”. Quería saber si la podían entrevistar ya que no está en estado tan grave. Cuando ingresó estaba muy mal ni abría los ojos por eso recién estamos pidiendo la interconsulta, porque ayer no estaba apta para que la vean”. (Registro de campo - 21/04/2025)

ICMP - Cirugía Vascular - “La paciente se encuentra internada desde el sábado en el servicio de cirugía vascular. En el día de ayer fue sometida a una intervención quirúrgica, en la que se le realizó la amputación de dos dedos del pie derecho debido a complicaciones vinculadas con su diagnóstico de diabetes. La médica de cabecera refiere que la paciente se mostró muy angustiada al salir del quirófano, con llanto persistente y manifestaciones verbales de preocupación respecto a su situación familiar, en especial por el cuidado de su padre, quien padece Alzheimer”. La paciente se encuentra acompañada mayormente por sus hijas, situación que colabora con su estabilidad emocional momentánea. Sin embargo, la Dra. refiere que, fuera de estos momentos, se encuentra notablemente angustiada. Aún no se puede establecer un tiempo definido de internación, ya que el proceso de cicatrización de la herida es incierto, y podrían surgir complicaciones. Esta falta de claridad respecto al alta médica genera un alto nivel de ansiedad en la paciente”. (Registro de campo - 20/08/2025)

En estas situaciones, el pedido se constituye principalmente en el intercambio verbal entre profesionales, mientras que la formalización escrita aparece como un segundo momento. La escena institucional muestra cómo el dispositivo de interconsulta se activa muchas veces a partir del diálogo entre profesionales, antes incluso de su inscripción protocolar, es decir en el RP/. La modalidad oral habilita así un primer movimiento clínico previo a la formalidad administrativa y permite, además, abrir interrogantes cuando algún aspecto no resulta claro para las/los profesionales de Salud Mental. Tal como se evidenció en el siguiente intercambio mientras la médica explicaba el caso de manera verbal: “ante la consulta “¿y ustedes lo han visto de esa manera?”, la médica respondió: “La verdad que nosotros no lo vemos ansioso. Este pedido surge más por preocupación de la madre” (Registro de campo - 26/09/2025).

No obstante, la modalidad más frecuente observada durante la práctica fue la combinación de ambas vías. En estos casos, el profesional se acercaba al servicio, comenzaba a relatar la situación y simultáneamente o inmediatamente después, completaba el RP/ correspondiente. Algunos ejemplos representativos de esta modalidad combinada son los siguientes:

ICMP - UCI - La médica se presenta en el servicio y nos comienza a hablar mientras escribe el pedido formal de interconsulta (ICM) y refiere: “La paciente presenta muchos síntomas de ansiedad y mucha agitación, por eso estoy solicitando interconsulta con Salud Mental, específicamente con Psiquiatría. Me gustaría que la valore Psiquiatría, pero sí Psicología puede evaluarla en conjunto sería mejor, me parece importante que ambos servicios intervengan” (Registro de campo - 21/04/2025)

Rp/:

UCO

[Nombre del Paciente] – DNI

Sala 305

Dx: “Crisis de pánico, alucinaciones, insomnio severo e hiperventilación

Agregan oralmente:

El equipo médico de la Unidad Coronaria solicita interconsulta y refiere: “Se trata del paciente “A”, internado en la Unidad Coronaria (sala 307, cama 7) tras complicaciones vasculares. Durante esta internación presentó un cuadro crítico que requirió intervención quirúrgica, con amputación bilateral de miembros inferiores por falta de irrigación sanguínea. Nos preocupa que el paciente refiere haber caminado al baño o desplazarse dentro de la sala, lo cual resulta incongruente con su estado actual y genera alarma en el equipo tratante. Consideramos necesario que sea valorado por Psicología para evaluar estas verbalizaciones y su estado psicológico. Asimismo, cuenta con antecedentes de

consumo problemático de sustancias (cocaína, marihuana y alcohol), lo cual también nos parece relevante para la evaluación.” (Registro de campo - 18/06/2025)

En estas escenas, el pedido adquiere una doble inscripción: administrativa y clínica. Mientras el RP/ garantiza la formalidad del circuito institucional, el intercambio verbal permite transmitir preocupaciones, matices y expectativas respecto de la intervención solicitada. Tal como señalan Ferrari, et. al., (1980), la interconsulta supone la convergencia de disciplinas con lenguajes y encuadres distintos; en este sentido, el canal mixto facilita esa articulación inicial.

El análisis de estas modalidades permite advertir que la forma de ingreso del pedido no es neutra. La vía exclusivamente escrita tiende a presentar una formulación más sintética y centrada en el dato clínico, mientras que la modalidad oral —o la combinación de ambas— habilita un espacio de mayor intercambio y elaboración situacional. En todos los casos, el pedido constituye el primer momento del proceso interconsultor, inscribiendo la demanda en la trama institucional y dando inicio a la intervención del Servicio de Salud Mental.

8.2.1.2 SERVICIOS SOLICITANTES Y MOTIVOS DE DEMANDA DE LA ICMP

El análisis de los servicios desde los cuales se originan las interconsultas permite identificar los espacios hospitalarios que más frecuentemente demandaron la intervención del Servicio de Salud Mental durante el período relevado. Las solicitudes se concentraban principalmente en Guardia, Clínica Médica y Hematología, seguidas por servicios críticos como UCI, UCO y UTI, así como por dispositivos específicos como el Instituto del

Quemado y la UTI de Quemados. En menor proporción, se registraban solicitudes provenientes de Neurología, Cirugía Vascular y Reumatología (véase Tabla 1).

Servicio Solicitante	Frecuencia
Guardia	9
UTI	1
UCI	2
UCO	2
Hematología	4
Neurología	1
Clinica Medica	6
Instituto del Quemado	2
UTI Quemado	3
Cirugía Vascular	1
Reumatología	1
Cardiología	2

Tabla 1. Servicios solicitantes de ICMF y su frecuencia en el HC.

Este patrón de procedencia no resulta aleatorio. La alta frecuencia de pedidos provenientes de Guardia permite situar la centralidad de la urgencia como uno de los principales puntos de activación de la interconsulta. La guardia constituye el espacio institucional donde irrumpen situaciones de crisis, descompensaciones agudas y conductas de riesgo que requieren intervención inmediata. En este contexto, la dimensión psíquica suele emerger de manera abrupta, interrumpiendo la lógica del abordaje biomédico y convocando al Servicio de Salud Mental como instancia de evaluación y contención.

En este sentido, Rubistein (2013) señala que la llegada de pacientes a través de la guardia pone en juego lo que denomina “urgencia subjetiva”, entendida como un momento en el que irrumpe una situación crítica que requiere ser abordada clínicamente

para poder localizar la demanda y evaluar las posibles decisiones terapéuticas. Como plantea la autora, *“la llegada por guardia pone en juego la urgencia subjetiva, y el tratamiento de esa urgencia y del tiempo de la espera”* (p. 57).

Por su parte, la recurrencia de pedidos desde Clínica Médica y Hematología introduce otra lógica temporal: la de la internación prolongada y el tratamiento complejo. A diferencia de la guardia, donde predomina la inmediatez, en las salas de internación la interconsulta suele activarse en el transcurso del proceso terapéutico, cuando comienzan a evidenciarse tensiones acumuladas, dificultades en la adherencia al tratamiento, fluctuaciones anímicas o situaciones vinculares que inciden en la evolución clínica. Tal como señalan Ferrari, et. al., (1980), la interconsulta aparece con frecuencia cuando el tratamiento encuentra un obstáculo que el equipo tratante no logra resolver desde su propio campo disciplinar. En el contexto de las internaciones prolongadas, este obstáculo no siempre se presenta como una urgencia aguda, sino más bien como un impasse que se sostiene en el tiempo y que comienza a impactar en la dinámica del tratamiento.

En esta misma línea, Farberman (2010) señala que muchas intervenciones del psicólogo en el hospital se producen cuando la enfermedad o las exigencias del tratamiento generan dificultades de adaptación emocional en el paciente o en su entorno. Asimismo, esta diferencia en la temporalidad de las interconsultas pudo observarse reiteradamente durante la práctica en el Hospital Córdoba, donde los pedidos provenientes de servicios de internación solían surgir luego de varios días o semanas de tratamiento, cuando el equipo comenzaba a registrar cambios en el estado emocional del paciente, dificultades en la adherencia o conflictos en la relación con el equipo de salud.

La presencia significativa de pedidos desde el Instituto del Quemado y la UTI de Quemados también resulta relevante. Estos dispositivos alojan pacientes con cuadros de alta complejidad médica, dolor intenso, intervenciones quirúrgicas reiteradas y procesos de rehabilitación prolongados. La recurrencia de interconsultas en estos servicios sugiere que la dimensión subjetiva adquiere especial visibilidad en contextos donde el cuerpo se encuentra gravemente comprometido y el tratamiento implica una larga permanencia hospitalaria. En este sentido, Meléndez (2006) señala que unidades como las de cuidados intensivos generan situaciones de tensión, estrés e incertidumbre tanto para el paciente como para sus familiares y el personal de salud, dado que los pacientes suelen encontrarse en condiciones físicas muy difíciles, con dolor, pérdida de autonomía y cambios bruscos

en su estado vital. En estos contextos, el impacto emocional asociado a la enfermedad y a la hospitalización prolongada vuelve particularmente relevante la intervención psicológica dentro del equipo de salud.

En cuanto a las interconsultas de seguimiento, se observó que éstas se concentraron principalmente en UTI Quemados, UCO, Neurología y Clínica Médica (véase Tabla 2).

Servicio Solicitante	Frecuencia
UCO	2
Neurología	2
Clinica Medica	4
UTI Quemado	5

Tabla 2. Servicios solicitantes de IC de seguimiento y su frecuencia en el HC.

La concentración de seguimientos en UTI Quemados permite inferir que, en estos casos, la intervención del Servicio de Salud Mental no se limita a una evaluación puntual, sino que requiere continuidad en el tiempo. La gravedad del cuadro médico, la prolongación de la internación y la complejidad del proceso terapéutico demandan un acompañamiento sostenido, tanto del paciente como del equipo tratante. En este sentido, la interconsulta no se configura como acto aislado, sino como proceso. Así como se ilustra en la siguiente conversación con una de las profesionales del SM:

Durante un recorrido por el servicio de UTI Quemados, la Lic. Tamara comentó que en estos casos la intervención del equipo de Salud Mental no suele resolverse en una única entrevista, sino que requiere un acompañamiento sostenido. Señaló que muchos pacientes permanecen internados durante largos períodos, atravesando múltiples procedimientos médicos y cambios en su estado físico, lo que implica también diversas reacciones emocionales. En este sentido, explicó que el trabajo del equipo consiste en realizar entrevistas de seguimiento que permitan acompañar al paciente en las distintas etapas de la internación y, al mismo tiempo, ofrecer al equipo médico una lectura sobre los aspectos subjetivos que van apareciendo a lo largo del proceso. (Registro de campo - 18/06/2025).

Asimismo, durante el recorrido por los servicios de UCO y Neurología fue posible observar que, en algunos casos, la interconsulta no se resolvía en una única entrevista,

sino que requería nuevas evaluaciones a lo largo de la internación. En estos servicios, donde los pacientes atravesaban cuadros médicos complejos o con compromiso neurológico, el equipo de Salud Mental volvía a intervenir para reevaluar el estado emocional del paciente o para acompañar distintos momentos del proceso terapéutico. Tal como se consigna en uno de los registros de campo:

“La intervención estuvo orientada más al trabajo interdisciplinario con el equipo médico que al paciente en sí mismo, dada su somnolencia y su falta de disposición para una entrevista extensa. Se acordó volver a evaluar al paciente cuando se encontrara en mejores condiciones para sostener el intercambio.” (Registro de campo – 06/06/2025).

Situaciones como esta permitieron advertir que, en determinados contextos asistenciales, la interconsulta puede ir configurándose como parte del proceso de atención del paciente, acompañando distintos momentos de la evolución clínica y las transformaciones subjetivas que se producen durante la internación. De este modo, el análisis de los servicios solicitantes permite comprender que la ICMP se activa en distintos puntos de la trama hospitalaria, adoptando matices específicos según el contexto asistencial desde el cual se origina. Tal como sostienen Ferrari et al. (1977) la interconsulta funciona como dispositivo de enlace entre disciplinas; la procedencia del pedido sitúa el lugar institucional desde donde este enlace comienza a construirse.

En relación con los servicios solicitantes, el análisis de los registros también permitió identificar los principales motivos clínicos que dieron lugar a los pedidos de interconsulta. Si bien la procedencia institucional del pedido permite situar el contexto asistencial en el que emerge la demanda —guardia, servicios de internación o unidades críticas—, el motivo explicitado por el equipo tratante introduce un primer recorte sobre aquello que aparece como problemático o difícil de tramitar dentro del tratamiento. En este sentido, Fernández (2021) plantea que el pedido de interconsulta suele formularse inicialmente como una solicitud dirigida al equipo de salud mental frente a situaciones que generan inquietud o dificultad para el equipo tratante, constituyendo una primera forma de nombrar el malestar que emerge en la escena hospitalaria.

Desde esta perspectiva, los motivos consignados en el pedido pueden entenderse como una traducción inicial de aquello que irrumpe en el proceso asistencial, articulando aspectos clínicos, emocionales y vinculares que el equipo médico considera necesario abordar desde el campo de la salud mental. A partir de los registros relevados durante la

práctica, fue posible sistematizar los motivos de consulta más frecuentes consignados en los pedidos de interconsulta, los cuales se presentan en la Tabla 3.

Motivo	Cantidad	Motivo	Cantidad
Ansiedad/Angustia	8	Dificultades de adherencia al tratamiento	1
Estado de ánimo Depresivo	5	reacciones emocionales al Dx	1
Crisis emocional aguda	1	Acompañamiento por internación prolongada	5
Abulia	2	Miedo a morir	1
Síndrome de Abstinencia	2	Conflictos familiares en contexto de internacion	1
Crisis de Pánico	2	Ausencia de red sostén sociofamiliar	1
Ideación suicida (sin detallar contenido)	2	Policonsumo/ Intoxicación con Psicofármacos	6
Intento de suicidio	3	Preventivo o protocolar ante Dx crítico	2
Confusión/ desorientación	1	Contención previa a operación	1
Agitación psicomotriz	3	Duelo/Pérdidas	1
Descartar o considerar posible etiología psicógena	2	Situación de vulnerabilidad social	2

Tabla 3. Motivos de demanda ICMP y su frecuencia en el HC.

7.2.1.3 TIPOS DE DEMANDA SEGÚN FORMULACIÓN

El análisis de las interconsultas realizadas permite distinguir diferentes modalidades de demanda según quién formula el pedido y desde qué posición subjetiva e institucional se enuncia. Esta diferenciación resulta relevante para comprender que no todo requerimiento formal constituye, en sentido estricto, una demanda clínica elaborada. Ferrari et al. (1977) plantean que la interconsulta médico-psicológica se configura como un espacio de articulación entre prácticas que surge ante situaciones de conflicto no suficientemente explicitadas, en las que están implicados el paciente, el médico y la institución. En este marco, la interconsulta no se reduce a una derivación técnica, sino que se inscribe en un proceso situacional que involucra posiciones subjetivas y coordinadas institucionales.

En esta misma línea, Fernández (2021) distingue entre pedido de intervención y demanda de interconsulta. Mientras el primero suele formularse como una solicitud de ayuda o derivación por parte del equipo médico, la demanda implica la apertura de una pregunta respecto del malestar y de cómo abordarlo desde el campo de la salud mental. En este sentido, la autora señala que puede tratarse de “una solicitud de que todo vuelva a estar como antes (...) o una demanda que incluya una pregunta sobre cómo abordar, desde lo que hace a su disciplina, el sufrimiento de aquel por quien consultan” (p. 3).

A partir de los registros relevados, las demandas pudieron organizarse en cuatro modalidades principales: demanda del médico o equipo tratante, demanda del paciente, demanda institucional y demanda familiar. Sin embargo, más allá de esta clasificación, el análisis evidencia que dichas modalidades no son compartimentos estancos, sino posiciones que se entrecruzan en la práctica hospitalaria.

Durante la práctica, la modalidad predominante fue la demanda formulada por el médico o el equipo tratante — médicos de guardia, especialista o médicos de cabecera— en una proporción significativamente mayor que cualquier otra vía de solicitud. Colombi (2023) señala que la interconsulta suele activarse cuando en el tratamiento aparece un punto de obstáculo para el discurso médico, señalando que “a partir de un encuentro con lo que no marcha es que el médico, obstaculizado en su tarea, solicita la interconsulta con salud mental” (p. 2), es decir, cuando el tratamiento no responde como se espera o cuando el médico se ve obstaculizado en su tarea, encontrando un límite en el saber biomédico.

En estos puntos de impasse, el equipo convoca a salud mental suponiendo allí un saber hacer frente a situaciones complejas que exceden lo estrictamente orgánico. Esta

perspectiva permite leer los registros de la práctica no como meras derivaciones, sino como manifestaciones de un malestar que irrumpe en el dispositivo asistencial. A continuación, un ejemplo:

Se trata de un paciente de 24 años con antecedentes de policonsumo de cocaína. Abandonó el tratamiento hace aproximadamente tres años. Actualmente presenta síntomas de tristeza, aunque no refiere ansiedad. Lleva una internación prolongada de 60 días; estuvo previamente en el Hospital del Interior de la Provincia y fue derivado aquí, donde permanecerá por un tiempo prolongado. Se encuentra en aislamiento por contacto, cursando una salmonelosis invasiva (con carga elevada). Consideramos importante que pueda contar con acompañamiento psicológico y psiquiátrico durante la internación. (Registro de campo - 25/08/2025)

En esta oportunidad el pedido se articula a la inminencia de una cirugía de alta carga simbólica y a antecedentes de descompensaciones previas. El equipo enuncia preocupación por los “recursos emocionales” del paciente, que muestra un límite en el saber médico. Tal como señalan Ferrari, et. al., (1980), la interconsulta suele activarse cuando el médico se confronta con dimensiones del padecimiento que no pueden tramitarse únicamente desde el saber orgánico. Tal como plantea Colombi (2023), el obstáculo en el tratamiento produce un punto de encuentro entre discursos, donde la salud mental es convocada ante lo que no encuentra resolución en la lógica biomédica.

La paciente se quemó fumando crack. Está saliendo de cirugía y va a ingresar al piso, cama 6 de Quemados. Necesitamos que sea evaluada por Psicología cuando salga de la anestesia. Es una paciente muy complicada, presenta delirios y es capaz de tirarse por la ventana”. El profesional se muestra visiblemente preocupado y solicita intervención inmediata (Registro de campo - 08/09/2025)

En este caso, la demanda se formula en clave de urgencia y riesgo. La preocupación por la posible autolesión y la presencia de delirios sitúan al equipo ante una escena que desborda el encuadre habitual. Sotelo y Belaga (2008) advierten que en las urgencias subjetivas el pedido no siempre coincide con una demanda elaborada, sino que emerge como respuesta a un real que irrumpe y conmociona al equipo. La interconsulta, entonces, no solo se orienta al paciente, sino también a redistribuir el malestar en el lazo asistencial.

La médica solicita interconsulta y refiere: “Es un paciente con cáncer testicular una historia complicada. Ya ha presentado crisis graves durante la internación, incluso fue necesario administrarle psicotrópicos en una de esas crisis. Ahora debe realizarse una orquiectomía bilateral y nos preocupa su estado emocional. No lo vemos bien, consideramos que no cuenta con suficientes recursos emocionales ni mentales para afrontar esta situación, por eso queremos que lo valoren desde Psicología”. (26/05/2025)

Aquí la solicitud de interconsulta se vincula con la preocupación del equipo médico por el estado emocional del paciente frente a un procedimiento quirúrgico de alto impacto, como la orquiectomía bilateral, y por los antecedentes de crisis emocionales previas durante la internación. López Fuentetaja e Iriundo Villaverde (2019) señalan que el abordaje psicológico en el hospital general requiere considerar no sólo los aspectos médicos de la enfermedad, sino también el impacto subjetivo que el diagnóstico, los tratamientos y las intervenciones quirúrgicas pueden producir en el paciente.

En la misma línea, Colombi (2023) plantea que los pedidos de interconsulta pueden surgir tanto frente a manifestaciones clínicas concretas como ante la anticipación de posibles efectos psíquicos derivados de la situación médica. En este registro, si bien el paciente ha presentado crisis previamente, la solicitud se realiza especialmente ante la proximidad de una nueva intervención quirúrgica y el temor del equipo respecto de cómo podría afrontarla. De este modo, la interconsulta se inscribe también en una lógica preventiva, orientada a anticipar y acompañar posibles dificultades emocionales en el proceso de tratamiento.

En menor proporción, se registraron situaciones en las que el propio paciente solicitó la interconsulta, ya sea directamente o a través del equipo médico. Esta modalidad reviste particular interés clínico por la implicación subjetiva que introduce:

Les traigo esta interconsulta para Psicología. Se trata de una paciente internada en la habitación 107, bajo aislamiento de contacto por diagnóstico de diarrea por Clostridium difficile. En los últimos días nos ha manifestado sentirse con mucha ansiedad y solicita si puede ser evaluada por una psicóloga (Registro de campo - 22/09/2025).

La paciente ingresó por un intento autolítico, consumió su medicación de base mezclada con un hipnótico. Presenta antecedentes de múltiples intentos previos. La familia quiere que sea internada en un hospital de salud mental, pero ella no desea internarse. La interconsulta la pidió ella misma (la paciente), quiere orientación sobre qué va a suceder cuando reciba el alta y qué poder de decisión tiene si la familia insiste en una internación (Registro de campo - 25/08/2025).

La interconsulta es solicitada a pedido del propio paciente, quien manifiesta que desea 'poder descargarse'. Refiere sentimientos de tristeza y angustia vinculados al tiempo de internación y a la dinámica familiar conflictiva (Registro de campo - 22/09/2025).

Paciente con sospecha de tuberculosis. La interconsulta es solicitada por el propio paciente con el objetivo de trabajar su consumo problemático (Registro de campo - 22/09/2025).

Colombi (2023) sostiene que, independientemente de dónde provenga el pedido, la apuesta clínica consiste en que el sujeto pueda formular su propia demanda, aquella que emerge de su padecimiento más íntimo. En línea con Gamsie (2009), no cualquier pedido deviene demanda en sentido estricto; para ello es necesario que exista cierta interrogación respecto del malestar. En estos registros, se advierte que el paciente introduce una pregunta —sobre su ansiedad, su autonomía frente a la familia, su consumo o su tristeza— lo que abre un espacio de elaboración subjetiva más allá del motivo médico de internación.

En estos casos, el pedido surge del sujeto y no exclusivamente del equipo. Fernández (2021) plantea que cuando el pedido incluye una pregunta o una búsqueda de orientación, puede constituirse como demanda en sentido estricto. En consonancia, Colombi (2023) sostiene que, más allá del origen del pedido, la apuesta clínica consiste en posibilitar que el sujeto formule su propio decir respecto de su padecimiento. La interconsulta se vuelve entonces operativa cuando habilita un espacio de palabra que transforma el motivo explícito en una elaboración subjetiva (Gamsie, 2009).

También se identificaron pedidos de carácter institucional, generalmente protocolizados: *“La médica solicita interconsulta y refiere: El paciente fue recientemente diagnosticado con leucemia. Habitualmente pedimos valoración psicológica a todos los pacientes oncológicos recién diagnosticados, por eso queremos que lo evalúen (Registro de campo: 26/05/2025).*

En este caso, la solicitud responde a una política interna del servicio. Colombi (2023) señala que la interconsulta puede funcionar como recurso habitual dentro de la institución, incluso cuando el paciente no ha manifestado un malestar explícito. El desafío clínico consiste en transformar un pedido protocolar en un espacio que aloje la

singularidad del sujeto, evitando que la intervención se reduzca a un mero trámite administrativo.

Finalmente, se identificó un caso en el que el pedido se originó en la preocupación de un familiar.

La interconsulta es solicitada a partir de la preocupación expresada por la madre, quien refiere que lo observa ansioso y en negación respecto a la gravedad de su cuadro. Ante la consulta sobre si el equipo médico también lo percibe ansioso, la médica responde: “La verdad que nosotros no lo vemos ansioso. Este pedido surge más por preocupación de la madre (Registro de campo - 26/09/2025)”

Aquí el pedido no surge del paciente ni del equipo en términos clínicos, sino de un tercero. Tal como advierte Colombi (2023), “*resulta fundamental escuchar quién demanda, qué se demanda y para quién*” (p.1). La intervención requiere discernir si el malestar pertenece al paciente, al familiar o al vínculo entre ambos, evitando responder automáticamente a la inquietud externa sin interrogar la posición subjetiva implicada.

El análisis realizado permitió identificar las distintas formas en que las demandas dirigidas al servicio de salud mental se presentan en el hospital general, así como los actores y contextos institucionales que participan en su formulación. Sin embargo, la ICMP no se agota en el momento del pedido. Por el contrario, constituye un proceso clínico e institucional que se despliega a partir de la recepción de la demanda y que involucra diversas instancias de evaluación, intercambio con el equipo tratante e intervención con el paciente.

En este sentido, una vez identificadas las características de las demandas que activan el dispositivo de interconsulta, resulta necesario analizar cómo se desarrolla dicho proceso dentro del Servicio de Salud Mental. Por ello, en el siguiente apartado se describirá el modo en que se lleva a cabo la interconsulta médico-psicológica en el hospital, atendiendo a las etapas que la componen, las modalidades de intervención y las articulaciones que se establecen con los equipos médicos.

8.2.2 EL PROCESO DE LA INTERCONSULTA MÉDICO - PSICOLÓGICA

A partir del análisis desarrollado previamente en el apartado anterior, en esta sección se examinará el proceso de la interconsulta médico-psicológica tal como se desplegó en la práctica hospitalaria.

Diversos autores han conceptualizado la interconsulta como un dispositivo clínico que se organiza en una secuencia de momentos o etapas, que van desde la recepción del pedido hasta la devolución al equipo tratante. En este sentido, Ferrari, et. al., (1980) describen el proceso de interconsulta como un recorrido que incluye, la recolección de información, el esclarecimiento de la situación y la devolución al equipo solicitante, constituyendo un dispositivo de articulación entre saberes y prácticas dentro del hospital.

En una línea similar, Farberman (2004) plantea que la IC en salud mental supone una secuencia operativa que incluye la recepción del pedido, la evaluación de la situación clínica, la formulación de hipótesis diagnósticas situacionales y la comunicación de orientaciones al equipo tratante. Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación (2018) entiende la interconsulta como un proceso integral de trabajo interdisciplinario, en el cual la intervención del profesional de salud mental no se limita únicamente al paciente, sino que incluye también la lectura de la demanda de equipo, el análisis del contexto institucional y la articulación con otros dispositivos de atención.

Desde esta perspectiva, la interconsulta no puede entenderse únicamente como una instancia puntual de evaluación, sino como un proceso clínico e institucional, que se desarrolla en interacción con el equipo tratante y con las condiciones específicas del contexto hospitalario. Tal como señalan Chevnik (2003) y Colombi (2023), la demanda de interconsulta suele presentarse inicialmente en términos difusos o bajo formulaciones

provenientes del discurso médico —por ejemplo, expresiones como “paciente ansioso”, “no colabora”, “estado depresivo” o “necesidad de acompañamiento”—, lo cual requiere un trabajo de lectura y reformulación clínica por parte del profesional de salud mental. En este sentido, el proceso de interconsulta implica también un movimiento de traducción entre lenguajes disciplinarios, donde la intervención psicológica contribuye a ampliar la comprensión de la situación clínica más allá de los aspectos estrictamente biomédicos.

A continuación, se describirán los distintos momentos del proceso de interconsulta tal como se desplegaron durante la práctica, articulando los desarrollos teóricos con fragmentos de los registros de campo elaborados durante las intervenciones.

8.2.2.1 RECEPCIÓN DEL PEDIDO Y EXPECTATIVAS SOBRE EL ROL DEL PSICÓLOGO EN LA ICMP

Tal como se desarrolló en el apartado anterior, los pedidos de interconsulta podían llegar a través de distintos canales —orales, escritos o mediante una combinación de ambos—. No obstante, más allá de la modalidad de ingreso del pedido, el análisis de los registros permitió advertir un rasgo recurrente: la demanda del equipo tratante incluía, de manera implícita, una expectativa respecto del rol que debía asumir el profesional de psicología.

De este modo, la formulación del pedido no sólo comunicaba una preocupación clínica respecto del paciente, sino que también anticipaba qué tipo de intervención se esperaba del psicólogo dentro del dispositivo hospitalario. Como señalan Ferrari, et. al., (1980), la interconsulta no se limita a responder a un problema clínico puntual, sino

también en comprender qué función se le atribuye al interconsultor y qué lugar se le asigna dentro del equipo tratante.

El análisis de los registros permitió identificar diferentes modalidades a través de las cuales estas expectativas eran formuladas. En numerosos casos, el rol esperado del psicólogo se vinculaba con la evaluación y acompañamiento emocional del paciente durante la internación, particularmente en situaciones de enfermedad crónica, diagnósticos graves o internaciones prolongadas. Un ejemplo de ello puede observarse en este registro:

La médica tratante refiere preocupación por posible riesgo de descompensación emocional. Señala que la paciente manifiesta actualmente episodios compatibles con crisis de pánico, llanto frecuente y verbalizaciones reiteradas de miedo a morir. Asimismo, informa que la paciente se encuentra atravesando un proceso de duelo por el fallecimiento de un familiar cercano. En este contexto, solicita interconsulta con el Servicio de Psicología y, de considerarse pertinente, eventual evaluación por Psiquiatría. La paciente presenta diagnóstico de lupus y antecedentes de internaciones previas (Registro de campo - Interconsulta – Reumatología, 16/04/2025).

En otras situaciones, la solicitud se relacionaba con cambios observados en el estado anímico del paciente que generaban preocupación en el equipo tratante, especialmente cuando estos cambios comenzaban a interferir con el tratamiento médico.

Estoy preocupada por la paciente porque la veo bastante depresiva. Se muestra poco colaborativa y no está respondiendo bien al tratamiento. Por eso considero necesaria una valoración por Psicología (Registro de campo - Interconsulta – Neurología, 21/04/2025).

También se registraron pedidos donde la expectativa del equipo se vinculaba con el acompañamiento psicológico frente a internaciones prolongadas o situaciones médicas complejas. En estos casos, la intervención del psicólogo aparecía asociada a la posibilidad de sostener al paciente durante el proceso de hospitalización.

Se trata de un paciente con internación prolongada que se encuentra muy decaído, en un estado depresivo crítico. No quiere levantarse de la cama y estamos en la etapa final de la internación. Nos preocupa mucho esta situación, porque al no movilizarse —y necesitar ayuda para hacerlo— aumenta el riesgo

de desarrollar escaras. Por eso consideramos necesaria la intervención de Psicología (Registro de campo - Interconsulta – UTI Quemado, 21/04/2025).

En otros casos, la demanda del equipo se orientaba más específicamente hacia una evaluación psicológica diagnóstica, especialmente cuando existían dudas respecto del origen de determinados síntomas o comportamientos del paciente. Este tipo de pedidos evidenciaba la expectativa de que el profesional de psicología pudiera contribuir a esclarecer la dimensión subjetiva o psicopatológica de la situación clínica.

La médica de guardia solicita interconsulta y refiere: La paciente ingresó por síntomas compatibles con un ACV, pero tras realizarle los estudios correspondientes no se evidencian alteraciones estructurales que expliquen el cuadro desde lo orgánico. Desde el Servicio de Neurología nos solicitaron interconsulta con Salud Mental para evaluar si el origen de la sintomatología podría ser psicológico y no orgánico (Registro de campo - Interconsulta – Guardia, 08/09/2025).

Asimismo, algunos pedidos se vinculaban con situaciones de crisis subjetiva o riesgo suicida, donde el equipo solicitaba intervención inmediata del área de salud mental;

El equipo médico solicita interconsulta y refiere: ‘Se trata de un paciente con NAC bilateral grave, con internación prolongada en UTI y actualmente cursando una miopatía. En estos días ha manifestado frases como “no quiero vivir más” y “quiero morir”. Nos preocupa la presencia de ideación suicida, por eso solicitamos valoración por Psicología. También queremos que pueda ser acompañado durante este proceso y evaluar el riesgo al momento del alta, para evitar una posible conducta suicida al egreso (Registro de campo - Interconsulta – Clínica Médica, 26/05/2025).

Finalmente, también se observaron situaciones en las que la demanda se vinculaba con la necesidad de mediación con la familia o acompañamiento en procesos de toma de decisiones, lo cual evidencia cómo el rol del psicólogo en el hospital excede la atención directa del paciente y se extiende hacia la dinámica vincular y el trabajo con el equipo tratante.

La interconsulta es solicitada a partir de la preocupación expresada por la madre, quien refiere que lo observa ansioso y en negación respecto a la gravedad de su cuadro. Ante la consulta sobre si el equipo médico también lo percibe ansioso, la médica responde: ‘La verdad que nosotros no lo vemos ansioso. Este pedido surge más por preocupación de la madre (Registro de campo - Interconsulta – UCO, 26/09/2025).

Estos registros permiten observar que, desde el momento mismo de la recepción del pedido, el proceso de interconsulta se encuentra atravesado por expectativas institucionales y clínicas respecto del rol del psicólogo. Estas expectativas orientan —de manera explícita o implícita— el tipo de intervención solicitada y delimitan el lugar que la salud mental ocupa dentro del dispositivo hospitalario. En este sentido, tal como plantea Colombi (2023), la demanda de interconsulta no sólo expresa una preocupación por el paciente, sino también una forma particular en que el equipo médico representa la función de la salud mental en el hospital.

8.2.2.2 ENTREVISTAS Y CONSTRUCCIÓN DEL ENCUADRE EN LA ICMP

Una vez recibido el pedido de interconsulta y clarificada la situación inicial con el equipo solicitante, el proceso continuaba con la realización de entrevistas clínicas con el paciente y, en algunos casos, con familiares o miembros del equipo de salud. Este momento corresponde a lo que Ferrari, et. al., (1980) describen como la fase de recolección de información, cuyo objetivo consiste en construir una comprensión amplia de la situación clínica que motivó la interconsulta.

De acuerdo con estos autores, las entrevistas en el contexto hospitalario suelen ser breves, abiertas y parcialmente dirigidas, orientadas a esclarecer el conflicto actual que obstaculiza el curso del tratamiento. Dado que la interconsulta se desarrolla en tiempos acotados y dentro de la dinámica asistencial del hospital, el propósito no es realizar una evaluación psicopatológica exhaustiva, sino identificar los factores subjetivos, vinculares o institucionales que inciden en la evolución del cuadro médico (Ferrari, et. al., 1980).

En este marco, la entrevista constituye uno de los instrumentos centrales del método clínico. Bleger (1985) sostiene que la entrevista es una herramienta fundamental de la práctica psicológica, especialmente en contextos institucionales como los hospitales generales, donde permite acceder tanto al discurso del paciente como a las dinámicas relacionales que se establecen en el espacio asistencial.

Asimismo, el interconsultor no sólo recoge información del paciente, sino también del médico tratante, del personal de enfermería y de los familiares, quienes aportan elementos relevantes sobre la evolución clínica, el comportamiento cotidiano del paciente y las dinámicas vinculares que rodean la situación de enfermedad. Tal como señalan Ferrari, et. al., (1980), la entrevista con el médico solicitante resulta especialmente relevante, ya que permite analizar no sólo el motivo explícito del pedido, sino también las expectativas, tensiones o interrogantes que subyacen a la demanda. Por ejemplo, un registro de una entrevista con la médica de cabecera refiere:

La médica tratante refiere preocupación por posible riesgo de descompensación emocional. Señala que la paciente manifiesta actualmente episodios compatibles con crisis de pánico, llanto frecuente y verbalizaciones reiteradas de miedo a morir. Asimismo, informa que la paciente se encuentra atravesando un proceso de duelo por el fallecimiento de un familiar cercano. (Registro de campo - 16/04/2025)

Otro ejemplo de entrevista con el médico:

La paciente se llama "G", ingresó ayer (20 de abril) por un intento tentativo y policonsumo con cocaína en sangre". Quería saber si la podían entrevistar ya que no está en estado tan grave. Cuando ingresó estaba muy mal ni abría los ojos por eso recién estamos pidiendo la interconsulta, porque ayer no estaba apta para que la vean. (Registro de campo - 21/04/2025)

Durante la práctica realizada en el Hospital Córdoba, las entrevistas no se desarrollaban en un consultorio tradicional, sino en diversos espacios institucionales: salas de internación, salas compartidas, habitaciones individuales, pasillos, guardia o unidades críticas. Tal como se registra en una de las entrevistas de ICMP: *"Durante la entrevista realizada en la sala, la paciente se encontraba en su cama, acompañada por otra paciente de la habitación"* (Registro de campo - 22/04/2025).

Este contexto implicaba la necesidad de construir un encuadre flexible, capaz de adaptarse a las condiciones y tiempos particulares del hospital. Un ejemplo de ello se señala en el siguiente registro: “*La consulta fue orientada a que la Licenciada “T” pudiera realizar una valoración psicológica de la paciente antes de la intervención quirúrgica programada para las 15:00 hs del mismo día*” (Registro de Campo - 04/07/2025). Lejos del consultorio tradicional, el psicólogo interconsultor debía instalar un espacio de escucha clínica dentro de un contexto dinámico, marcado por la circulación permanente de profesionales, pacientes y procedimientos médicos.

De este modo, la práctica de la interconsulta requiere que el psicólogo construya un dispositivo de entrevista que, aún en condiciones institucionales cambiantes, permita sostener una instancia de escucha orientada a comprender la dimensión subjetiva de la situación clínica. A diferencia del encuadre psicoterapéutico tradicional —caracterizado por la estabilidad del espacio, el tiempo y la frecuencia de las entrevistas—, la interconsulta hospitalaria exige un encuadre más flexible, ajustado a la dinámica asistencial y a la condición médica del paciente.

8.2.2.2.1 ENTREVISTAS EN SALA

A partir del análisis de los registros de IC realizados en el HC, las entrevistas llevadas a cabo en sala de internación se constituyeron como uno de los espacios más frecuentes de trabajo dentro del dispositivo de ICMP. En estos casos, el encuentro con el paciente se desarrollaba generalmente al lado de la cama, en la misma habitación donde transcurría la hospitalización. Muchas de estas entrevistas tenían lugar en habitaciones

compartidas, lo que implicaba que el psicólogo deberá sostener la escucha en un contexto atravesado por la presencia de otros pacientes, familiares o personal de salud.

Un ejemplo de esta situación puede observarse en el siguiente registro de campo:

Durante la entrevista realizada en la sala, la paciente se encontraba en su cama, acompañada por otra paciente de la habitación. Se mostró inicialmente reservada, aunque luego comenzó a relatar conflictos familiares vinculados a sus hijos y la sensación de sobrecarga que experimenta en su vida cotidiana. Refiere sentirse “cansada de todo” y manifiesta preocupación por su estado de salud actual. (Registro de campo - 22/04/2025).

En este tipo de entrevistas, el psicólogo busca relevar diferentes dimensiones de la situación del paciente internado. Entre ellas, se exploran la vivencia subjetiva de la enfermedad, las preocupaciones asociadas al diagnóstico o al tratamiento, así como los recursos personales y relacionales disponibles para afrontar la hospitalización. En esta línea, López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2019) señalan que la evaluación psicológica en el hospital se orienta a identificar los factores que influyen en la adaptación del paciente a la enfermedad, sus preocupaciones frente al proceso terapéutico y las consecuencias que este puede tener en su vida cotidiana. Asimismo, la entrevista permite indagar aspectos de la historia personal y familiar, así como las redes de apoyo que acompañan al paciente durante la internación, elementos que resultan relevantes para comprender los modos en que cada sujeto enfrenta la situación de enfermedad. A su vez Ferrari, et. al., (1980) destacan que realizar la entrevista en este contexto permite obtener información relevante no sólo a partir del discurso del paciente, sino también mediante la observación del entorno hospitalario, las interacciones con otros pacientes y la relación con los familiares presentes.

En muchas ocasiones, los familiares que se encuentran acompañando al paciente durante la internación aportan información adicional que permite ampliar la comprensión del caso. Tal como se observa en el siguiente registro de una entrevista realizada en la habitación de la sala de Neurología:

Al ingresar a la sala, el paciente se encontraba acompañado por su madre y su pareja. Ambas relataron cómo comenzó el cuadro y el proceso que llevó al

diagnóstico. Refieren que inicialmente pensaron que se trataba de dengue, ya que 'J' presentaba dificultad para respirar, dolor en las piernas y episodios de adormecimiento en los brazos. Incluso uno de los estudios iniciales había dado positivo para dengue. Sin embargo, al llegar al hospital, la médica que lo recibió planteó que el cuadro no correspondía a ese diagnóstico y que era necesario realizar nuevos estudios. Posteriormente se confirmó el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré. El paciente refiere no recordar ese período inicial de la enfermedad, señalando que recién varias semanas después comenzó a tener mayor registro de lo ocurrido (19/09/2025).

En situación como esta, el psicólogo no solo toma en cuenta el relato del paciente, sino que también procura escuchar y recolectar datos provenientes del entorno familiar que permiten reconstruir el proceso de enfermedad, comprender las preocupaciones actuales, y conocer redes de sostén con las que cuenta el paciente. Estos elementos resultan fundamentales para orientar posteriormente la intervención y para situar la experiencia subjetiva de la enfermedad dentro del entramado relacional en el que el paciente se encuentra inserto.

8.2.2.2.2 ENTREVISTAS EN GUARDIA

Dentro del dispositivo de ICMP, las entrevistas realizadas en el servicio de guardia presentan características particulares vinculadas al contexto de urgencia en el que se desarrollan. A diferencia de las entrevistas en sala de internación, donde suele existir mayor disponibilidad de tiempo para el encuentro clínico, en la guardia las intervenciones

se encuentran atravesadas por la necesidad de realizar una evaluación rápida de la situación y orientar decisiones clínicas inmediatas.

En este sentido, diversos autores señalan que las entrevistas en contextos de urgencia suelen ser breves, focalizadas y orientadas a esclarecer el motivo de consulta, el estado actual del paciente y los factores subjetivos que puedan estar incidiendo en la presentación del cuadro (Ferrari, et. al., 1980; Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

Un ejemplo de este tipo de entrevista se observa en una interconsulta realizada en la guardia del hospital con una paciente identificada como “G”, de 56 años. El pedido fue realizado por la médica de guardia, quien refirió que la paciente había ingresado con síntomas inicialmente compatibles con un accidente cerebrovascular. Sin embargo, luego de realizar los estudios correspondientes, no se evidenciaron alteraciones estructurales que permitieran explicar el cuadro desde lo orgánico. En este contexto, desde el servicio de neurología se solicitó interconsulta con SM con el objetivo de evaluar si la sintomatología podría estar vinculada a factores psicológicos.

Cuando llegamos, la psicóloga se presentó y me presentó a mí. Saludamos a “L”, que nos dijo que había ingresado la noche anterior. Desde el primer momento se notaba que estaba bastante sedada, probablemente por el suero y la medicación que todavía tenía en el cuerpo, y eso también hacía que hablara bajito y se le entendiera poco por momentos.

Contó que es mamá soltera y que hace dos semanas se había separado de su pareja, algo que dijo con mucho dolor. Tiene siete hijos, y el mayor, que tiene 22 años, no es hijo de esa pareja, sino de otra relación anterior. Él ya no vive en la casa. Cuando la psicóloga le preguntó quién había tomado la decisión de separarse, “L” dijo que había sido él. Después, cuando la psicóloga le preguntó cómo era la relación con su ex, dijo que había “mucha violencia”, pero que era mutua. A pesar de eso, en un momento también dijo que “él era un hombre ejemplar”. Ella se definió como ama de casa y él, como jornalero.

Más adelante, la psicóloga le preguntó qué fue lo que la llevó a la guardia, y “L” respondió que se había tomado pastillas porque sentía que nadie la quería. Dijo que había tomado entre cuatro y cinco clonazepam, que se los sacó a su prima “C”. Contó que le cuesta mucho dormir y que justo ese día estaba sola porque sus hijos se habían ido con el papá, y empezó a sentir que no le importaba a nadie. Tomó vino y, después, encontró las pastillas y se las tomó. En ese momento, se largó a llorar. Cuando la psicóloga le preguntó si lo hizo para hacerse daño o si tenía alguna intención clara, Luisa dijo que no lo sabía.

También habló sobre su consumo de alcohol, que según ella empezó a los 8 años, y que fuma cigarrillos desde los 7 porque su mamá se los daba. Ahí Tamara le preguntó si estaría dispuesta a recibir algún tipo de tratamiento para dejar el

alcohol, y le explicó que eso podría ayudarla mucho. Luisa también dijo que a la noche le cuesta dormir y que escucha voces que se ríen. Contó que esto le pasó hace unos 20 años, y que cuando se dio vuelta, no había nadie. Dijo que esas voces le decían cosas como “inservible”.

Tamara le explicó que esas voces pueden estar muy ligadas al consumo que viene arrastrando desde tan chica, y le propuso hacer una derivación al centro de adicciones, explicándole qué tipo de ayuda se ofrece ahí. También le dijo que iba a volver para coordinar una internación domiciliaria y hablar con su prima Cinthia para que la acompañe unos días hasta que esté un poco más estable. Antes de irnos, Tamara le preguntó si pensaba volver a atender contra su vida, y Luisa respondió que no, que no quería volver a sentirse así, que quería ayuda.

Después de la consulta fuimos a hablar con el médico que la atendió en la guardia. Tamara le comentó lo que había visto durante la entrevista y le pidió el contacto de algún familiar. Pudimos conseguir el número de Cinthia, que fue quien la trajo. Cuando salimos, Tamara me explicó lo importante que es trabajar en conjunto con los médicos, compartir lo que se observó y poder usar también los datos que ellos recolectan. El médico preguntó si ya se la podía dar de alta, y Tamara le dijo que no, que hasta que no hablemos con Cinthia y firme la internación, Luisa no puede irse. (Registro de campo - 23/06/2025)

Este registro permite observar algunas características propias de la ICMP en el contexto de guardia. En primer lugar, la entrevista se orienta a esclarecer rápidamente la situación subjetiva de la paciente y evaluar la presencia de riesgo para sí misma, dado que el motivo de ingreso se vincula con una posible ingesta medicamentosa con intencionalidad autolesiva. En segundo lugar, se pone en evidencia la necesidad de articular la intervención psicológica con el equipo tratante, ya que las decisiones clínicas—como la posibilidad de otorgar el alta o indicar una internación— se toman de manera conjunta.

Asimismo, la entrevista permite relevar distintos aspectos de la historia personal y del contexto vital de la paciente, tales como la reciente separación de su pareja, el consumo problemático de alcohol y la presencia de experiencias alucinatorias referidas durante la entrevista. Estos elementos resultan relevantes para orientar las decisiones posteriores, entre ellas la derivación a dispositivos de tratamiento específicos y la articulación con la red familiar con el fin sostener el acompañamiento una vez finalizada la atención en la guardia.

A diferencia de otros espacios hospitalarios, la guardia constituye un escenario clínico marcado por la urgencia y la toma de decisiones en tiempos acotados. En este

contexto, la intervención del psicólogo se orienta principalmente a evaluar la situación de crisis, identificar factores de riesgo y colaborar con el equipo médico en la definición de las estrategias de cuidado inmediatas.

8.2.2.2.3 CONDICIONES REALES DEL TRABAJO HOSPITALARIO: ADAPTACIÓN DEL ENCUADRE

A partir de lo observado durante la práctica, uno de los aspectos que se volvió particularmente visible en el dispositivo de interconsulta médico-psicológica fue la necesidad de adaptar el encuadre clínico a las condiciones reales del trabajo hospitalario. A diferencia del dispositivo psicoterapéutico clásico, donde el encuadre suele desarrollarse en un espacio estable y previamente delimitado, en el hospital el encuentro clínico se encuentra atravesado por diversos factores institucionales, tales como procedimientos médicos, cambios en el estado físico del paciente, limitaciones del espacio y dinámicas propias de cada servicio. En este sentido, diversos autores señalan que el trabajo psicológico en el ámbito hospitalario no responde al modelo tradicional de sesiones programadas propio del consultorio externo, sino que se organiza en función de las condiciones de la internación y de la disponibilidad del paciente. Como señalan Farberman (2010) y López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2019), en el contexto hospitalario el profesional suele intervenir cuando la situación lo requiere, pudiendo tratarse de encuentros breves, incluso diarios, cuya duración y frecuencia dependen del estado clínico del paciente y de las condiciones del servicio.

Durante la práctica, esta necesidad de flexibilidad del encuadre fue señalada en diversas ocasiones por las profesionales del Servicio de Salud Mental. En uno de los recorridos por las salas de internación, una de las profesionales comentó:

“Muchas veces las entrevistas no pueden desarrollarse en condiciones ideales, ya que el paciente puede encontrarse dolorido, medicado o ser interrumpido por procedimientos médicos. En este sentido, nuestro trabajo en el hospital requiere de adaptarse constantemente a las condiciones particulares de cada caso y aprovechar los momentos en que el paciente está disponible para lograr un encuentro clínico, así sean entrevistas muy breves”. (explicó que el trabajo del psicólogo en el hospital implica adaptarse a estas condiciones y aprovechar los momentos en que el paciente se encuentra disponible para el encuentro clínico, incluso si se trata de entrevistas breves o fragmentadas (Registro de campo – 23/06/2025).

En este sentido, Bleger (1985) señala que el encuadre constituye el conjunto de condiciones que hacen posible la tarea clínica, pero que, sin embargo, estas condiciones pueden modificarse cuando el trabajo se desarrolla en instituciones complejas, donde el profesional debe sostener la tarea adaptándose a situaciones cambiantes.

En la práctica realizada en el HC, fue posible observar cómo las entrevistas de IC debían ajustarse permanentemente a las condiciones concretas de cada escena clínica. Un ejemplo de ello se presentó durante una IC solicitada en el IQ para una paciente identificada como D., de 31 años.

Paciente de 31 años actualmente internada en el Instituto del Quemado, con una quemadura de tercer grado. Las profesionales expresan preocupación por el estado emocional de la paciente, describiéndola como una persona con mucha ansiedad. Además, mencionan que su madre, de 73 años, también presenta un alto nivel de ansiedad, y que suele estar permanentemente al lado de su hija, haciendo comentarios con gran preocupación, lo cual parecería incrementar aún más la inquietud y el nerviosismo de la paciente. (Registro de campo - 04/07/2025)

Ante esta demanda, el equipo de salud mental, (psicóloga y psiquiatra) se dirigió a la unidad donde se encontraba internada la paciente. Al llegar a la habitación para realizar la entrevista, el personal de enfermería informó que la paciente acababa de salir de quirófano antes de lo previsto. Al ingresar a la habitación se observó que la paciente se encontraba en posquirúrgico y aun bajo efectos de la anestesia. Al presentarse el equipo de salud mental, la paciente expresó de manera clara que no se encontraba en condiciones de sostener una entrevista en ese momento, señalando: “Acabo de salir de la cirugía, estoy con anestesia, ahora no tengo ganas de hablar” (Registro de campo - 04/07/2025).

Frente a esta situación, se decidió no insistir en la entrevista y respetar el estado físico de la paciente, posponiendo el encuentro para otro momento: *“Se le explica que no hay problema y que más tarde volveríamos a visitarla”* (Registro de campo - 04/07/2025). Ante esto, la paciente sugirió al equipo que, mientras tanto, se pudiera conversar con su madre, quien se encontraba presente en la habitación: *“Ella misma sugiere que hablemos con su madre mientras tanto”* (Registro de campo - 04/07/2025). De este modo, aunque la entrevista directa con la paciente no pudo realizarse en ese momento, el equipo comenzó a recabar información relevante del entorno familiar.

Durante la entrevista con la madre, que tuvo lugar en el pasillo afuera de la habitación ésta relato las circunstancias del accidente que había llevado a la hospitalización de su hija, un ejemplo de registro de la entrevista dice:

La mamá de la paciente, quien comenta que su hija se encontraba en el departamento junto a un chico con el que está saliendo (no pareja formal), cuando se produce el accidente. La madre relata que se incendió la habitación debido a una estufa eléctrica que alcanzó el colchón. El chico intentó sacar el colchón, arrojándolo al living, pero quedó trabado en la puerta. “D” al intentar despejar la salida, se expuso al fuego y terminó con quemaduras de tercer grado en ambos brazos. Los otros dos chicos presentes sufrieron intoxicación por monóxido de carbono, pero “D” fue la que recibió las lesiones más graves (Registro de campo - 04/07/2025)

La madre también aportó información sobre la situación personal de la paciente:

La madre relata que “D” es enfermera y está estudiando la licenciatura, y que justo tenía exámenes próximos que deberán posponerse por la situación actual. Menciona que esto también le genera ansiedad, ya que siente que varios aspectos de su vida quedarán en pausa por el proceso de recuperación (Registro de campo - 04/07/2025).

Asimismo, describió cambios en el estado emocional de su hija desde el accidente, refiriendo que se encontraba particularmente irritable y que no se sentía cómoda con la presencia de algunos familiares que habían acudido al hospital. Según expresó la madre: *“le molesta que la vea llorar y no quiere que esté todo el tiempo preguntándole cómo está”* (Registro de campo - 04/07/2025). Este tipo de información permitió comenzar a construir una comprensión inicial de la situación emocional de la paciente, aun cuando no fue posible realizar la entrevista directa en ese momento.

Otra escena que ilustra esta flexibilidad en cuanto a la adaptación del encuadre se presentó durante una interconsulta realizada en la UTI con un paciente identificado como J., internado por síndrome de Guillain - Barre. En este caso, el pedido de IC fue realizado por el equipo médico a partir de la preocupación que generó el hecho de que el paciente solicitara “refuerzo terapéutico”, a pesar de que su evolución clínica era favorable y el pronóstico médico no indicaba gravedad vital.

Al acercarse a la cama del paciente, el equipo de SM observó que el tubo traqueal aún no había podido ser retirado, lo que impedía la comunicación verbal. Sin embargo, el paciente manifestó mediante señas que podía escribir: *“Lo fuimos a ver a su cama y nos dimos cuenta de que el globo (de la garganta) no se lo pudieron sacar, pero nos dijo con señas que podía escribir”* (Registro de campo - 08/09/2025). En consecuencia, la entrevista se desarrolló utilizando un cuaderno como medio de comunicación. Tal como se registra en este ejemplo: *“Por lo tanto el medio de comunicación en la interconsulta fue por medio de un cuaderno. Nos escribe “estoy muy ansioso, ya mismo es mi cumpleaños y yo me puse una meta de por lo menos bajar un piso y no lo he logrado”* (Registro de campo - 08/09/2025).

La comunicación resultó dificultosa debido a las limitaciones motrices del paciente y a la posición corporal en la que se encontraba, lo que hacía que la escritura fuera lenta y en ocasiones difícil de interpretar. En el registro se señala:

Mientras escribía nosotras íbamos prestando con mucha atención lo que escribía, había palabras que no le entendíamos y le decíamos si las podía volver a escribir, tenía dificultades motrices al momento de escribir así como también la posición en la que estaba y el tener la mesa un poco lejos de su cuerpo, se le dificulta más (Registro de campo - 08/09/2025)

A pesar de estas dificultades, la entrevista permitió explorar el malestar emocional del paciente y comprender la fuente de su malestar. En el registro se evidencia este momento: *“la psicóloga le pregunta qué es lo que más le causa ansiedad o malestar, él señala la frase en el cuaderno “estoy muy ansioso”, y escribe “no sé qué hacer para calmarme”* (Registro de campo - 08/09/2025).

En ambos casos —el de D. y el de J.— se observa con claridad cómo el encuadre clínico en el hospital no se encuentra previamente dado, sino que debe construirse y ajustarse en función de las condiciones concretas de cada momento o escena clínica.

En el caso de D., el estado postquirúrgico inmediato de la paciente hizo inviable sostener la entrevista en ese momento, lo que llevó al equipo a reorientar provisoriamente la intervención hacia la madre presente. En el caso de J., en cambio, la imposibilidad de comunicarse verbalmente debido a las condiciones clínicas del paciente obligó a modificar la modalidad de la entrevista, utilizando la escritura como principal medio de intercambio para poder sostener el encuentro clínico.

De este modo, en ambos casos el encuadre se sostuvo a partir de la capacidad del equipo para adaptarse a las condiciones del contexto hospitalario, reorganizando la intervención sin perder de vista el objetivo central de la IC: comprender la situación del paciente y aportar elementos que permiten orientar el abordaje clínico dentro del equipo interdisciplinario.

Tal como señala Bleger (1985), el encuadre no constituye una estructura rígida e invariable, sino una condición de trabajo que debe sostenerse incluso cuando las circunstancias institucionales obligan a modificar sus formas habituales. En el hospital, esta flexibilidad se vuelve una herramienta fundamental para hacer posible la tarea clínica dentro de un entorno dinámico y muchas veces imprevisible.

Estos ejemplos permiten observar cómo el encuadre en el hospital no depende exclusivamente de condiciones espaciales o temporales estables, sino de la capacidad del profesional para sostener la función clínica dentro de un contexto institucional cambiante

8.2.2.3 ESCLARECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y DEVOLUCIÓN AL EQUIPO TRATANTE

Una vez realizada la entrevista con el paciente o con su entorno, una etapa central del proceso de interconsulta consiste en el esclarecimiento de la información obtenida y su posterior devolución al equipo tratante. Este momento implica ordenar los elementos clínicos relevados durante la intervención psicológica y compartirlos con el equipo médico con el objetivo de orientar el abordaje terapéutico dentro del dispositivo hospitalario. En este sentido, la interconsulta no se limita al encuentro con el paciente, sino que constituye también un espacio de articulación entre el equipo tratante y la dimensión subjetiva del padecimiento. Tal como plantea Colombi (2023), el trabajo del profesional de salud mental en el hospital implica no sólo escuchar al paciente, sino también producir una lectura clínica que permita situar los aspectos subjetivos en juego y transmitirlos al equipo tratante, favoreciendo así una comprensión más amplia de la situación y orientando las decisiones terapéuticas dentro del abordaje interdisciplinario.

En los registros de prácticas puede observarse cómo este momento se desarrolla generalmente a través de intercambios breves con los médicos responsables del caso donde se transmiten los principales hallazgos de la entrevista y se acuerdan posibles líneas de intervención interdisciplinaria. Un ejemplo de ello se observa en una ICMP realizada en el contexto de guardia, donde luego de la entrevista con la paciente el equipo de SM se acerca a conversar con el médico que había solicitado la valoración. En el registro se señala:

“Después de la consulta fuimos a hablar con el médico que la atendía en la guardia. “T” (la psicóloga) le comentó lo que había visto durante la entrevista y le pidió al médico de guardia el contacto de algún familiar, para poder firmar la internación domiciliaria. El médico nos brindó el número de “C” (la madre), y pudimos contactarnos con ella para poder tener un familiar responsable por la paciente para poder darle el alta por parte de SM”. (Registro de campo - 23/06/2025).

En este intercambio se pone en juego una de las funciones centrales de la interconsulta: aportar información que permita ampliar la comprensión de la situación clínica del paciente. En este caso, la entrevista permitió identificar aspectos del contexto

vincular que resultaban relevantes para la toma de decisiones médicas. La devolución al equipo permitió entonces articular la información subjetiva obtenida en la entrevista con las decisiones clínicas del tratamiento.

En el mismo registro se evidencia cómo este diálogo entre equipos también orienta a decisiones concretas sobre la internación del paciente. El médico consulta acerca de la posibilidad de otorgar el alta, a lo que la psicóloga responde:

” El médico preguntó si ya se le podía dar el alta, ya que por parte médica ya se le podía otorgar, y “T” (psicóloga) le dijo que aun no, que hasta que no hablemos con “C” (familiar responsable) y firme la internación domiciliaria, “L” (paciente) no puede irse”. (Registro de campo - 23/06/2025).

Aquí se observa cómo la devolución al equipo no solo implica transmitir información, sino también intervenir en la organización del dispositivo asistencial, aportando criterios clínicos que permiten sostener decisiones vinculadas al cuidado del paciente.

Otro ejemplo puede observarse en una interconsulta realizada en el área de UTI del Instituto del Quemado, correspondiente a una paciente G., de 32 años. En este caso, la demanda de interconsulta fue realizada por el equipo médico ante la preocupación generada por la complejidad del cuadro conductual atribuido a la paciente. En el registro de campo queda consignado el modo en que el equipo médico presenta el caso y fundamenta la solicitud de evaluación por parte del Servicio de Salud Mental:

“La paciente se quemó fumando crack. Está saliendo de cirugía y va a ingresar al piso, cama 6 de Quemados. Necesitamos que sea evaluada por Psicología cuando salga de la anestesia. Es una paciente muy complicada, presenta delirios y es capaz de tirarse por la ventana” (Registro de campo, 12/09/2025).

Luego de realizar la evaluación correspondiente, el registro clínico señala explícitamente el momento de devolución al equipo médico tratante, instancia fundamental dentro del dispositivo de interconsulta:

“Se informó al equipo médico tratante que, dadas las condiciones en que se encontraba la paciente (postoperatorio) inmediato y sedación farmacológica), no fue posible constatar las manifestaciones conductuales referidas en la demanda de interconsulta. No se evidenciaron conductas de riesgo inminente ni

indicadores claros de desorganización psíquica durante la entrevista” (Registro de campo, 12/09/2025)

En este caso, la devolución al equipo permitió contextualizar la situación clínica de la paciente y clarificar la información inicialmente transmitida en la demanda, señalando que el estado posquirúrgico y la sedación farmacológica constituían factores que limitaban la posibilidad de evaluar plenamente las manifestaciones conductuales referidas. De este modo, la devolución no solo comunica los resultados de la entrevista, sino que también cumple una función de esclarecimiento clínico que contribuye a orientar la lectura del caso por parte del equipo tratante.

En los registros analizados puede observarse que la interconsulta médico-psicológica se despliega como un proceso que articula diversos momentos. En cada uno de estos momentos se ponen en juego intervenciones que permiten esclarecer aquello que motiva el pedido, contextualizar las manifestaciones del paciente dentro de su situación clínica y hospitalaria y favorecer una lectura compartida del caso entre los distintos profesionales implicados en el tratamiento.

De este modo, la interconsulta no se reduce a la realización de una entrevista clínica puntual, sino que constituye un espacio de trabajo interdisciplinario en el que el psicólogo participa activamente en la elaboración de la situación planteada por el equipo y en la construcción de posibles orientaciones para su abordaje.

A partir de estas consideraciones, resulta pertinente profundizar el lugar que ocupa el psicólogo clínico dentro de este dispositivo. Por ello, en el apartado siguiente se abordará el rol del psicólogo y las estrategias de intervención que despliega, en el marco de la interconsulta médico-psicológica.

8.2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA ICMP

El trabajo del psicólogo clínico en el dispositivo de interconsulta médico-psicológica (ICMP) se caracteriza por una diversidad de intervenciones que exceden el formato tradicional de la consulta psicológica individual. En el contexto hospitalario, el profesional de salud mental se inserta en una trama institucional compleja, integrándose al equipo asistencial y participando activamente en la comprensión de las situaciones clínicas que afectan tanto al paciente como al curso del tratamiento médico. En este sentido, Carpinacci (1979) señala que el psicólogo que trabaja en el hospital general no se limita a la atención individual del paciente, sino que su tarea se despliega también en el intercambio con el equipo tratante, aportando una lectura sobre los aspectos subjetivos implicados en el proceso de enfermedad y en la relación del paciente con el tratamiento.

En esta misma línea, Meléndez (2006) destaca que el psicólogo en el ámbito hospitalario se integra al funcionamiento cotidiano de la institución, participando en rondas médicas, discusiones interdisciplinarias y en los intercambios clínicos que se producen entre los distintos profesionales del equipo. Esta participación implica sostener una articulación permanente entre el discurso médico —centrado en la dimensión orgánica de la enfermedad— y la dimensión subjetiva del padecimiento.

En este marco, las intervenciones del psicólogo pueden incluir acciones tales como la evaluación de la situación clínica, la contención emocional, la orientación terapéutica, el trabajo con el equipo tratante o la articulación con otros dispositivos de atención. Sin embargo, estas acciones no deben entenderse como funciones aisladas, sino como diferentes modos de intervención que apuntan a introducir la dimensión subjetiva del padecimiento dentro de un contexto predominantemente organizado por la lógica médica.

Tal como plantea Farberman (2010), el objetivo general de la intervención psicológica en el hospital consiste en acompañar a los pacientes y a sus familias en el tránsito por la enfermedad y los tratamientos médicos, procurando que este proceso se realice con el menor costo psíquico posible. No obstante, este objetivo común no implica modos de intervención estandarizados, ya que en la mayoría de los casos se trata de personas que atraviesan una circunstancia vital disruptiva que desborda los recursos

habituales de afrontamiento. En este sentido, la práctica del psicólogo hospitalario requiere una permanente adecuación a la singularidad de cada caso y a las condiciones clínicas e institucionales en las que se desarrolla la intervención.

A partir del análisis de los registros de interconsulta relevados durante la práctica, fue posible identificar diversas estrategias de intervención desplegadas por el psicólogo clínico en el ámbito hospitalario. No obstante, más allá de su diversidad, dichas estrategias pueden comprenderse como diferentes modos de operar sobre la demanda, ya sea reformulando, ampliándose o introduciendo nuevas dimensiones de lectura que inicialmente no habían sido consideradas por el equipo tratante.

A continuación, se presentan algunas de las principales modalidades de intervención observadas durante la práctica, organizadas en diferentes categorías analíticas que permiten dar cuenta de estas operaciones.

8.2.3.1 EVALUACIÓN Y COMPRENSIÓN DIAGNÓSTICA

En el marco de la interconsulta médico-psicológica, la evaluación clínica constituye una de las primeras intervenciones del psicólogo. Sin embargo, no debe entenderse como un momento meramente descriptivo ni orientado exclusivamente al establecimiento de un diagnóstico psicopatológico estructural. Más bien se trata de una instancia clínica que permite producir una lectura singular de la situación del paciente dentro del contexto hospitalario. En este sentido, Carpinacci (1979) señala que el aporte específico del psicólogo en el hospital general consiste en introducir una lectura de la dimensión subjetiva del padecimiento, ampliando la comprensión de la situación clínica más allá de los datos estrictamente orgánicos que orientan la evaluación médica.

Desde esta perspectiva, la evaluación psicológica no se limita al relevamiento de síntomas ni a la clasificación de cuadros clínicos, sino que apunta a comprender la posición del sujeto frente a la enfermedad, así como los factores psicológicos, familiares y sociales que inciden en el modo en que el padecimiento se presenta y se tramita durante la internación. En esta línea, Colombi (2023) señala que la entrevista en salud mental permite recortar un paciente diferente al que aparece en la mirada médica, en tanto habilita un espacio donde el sujeto puede enunciarse y poner en palabras su sufrimiento.

En este marco, la intervención del psicólogo no se orienta únicamente a responder al pedido formal del equipo médico tratante, sino también a interrogar y eventualmente reformular la demanda, ubicando aquellos aspectos del padecimiento que no logran ser capturados desde la mirada médica.

Un ejemplo de este tipo de intervención de corte evaluativo puede observarse en una IC realizada en la guardia hospitalaria con una paciente de 34 años, donde la evaluación clínica permitió identificar importantes dificultades en su funcionamiento psíquico.

Durante la entrevista, la paciente se mostró con una marcada bradipsiquia y gran lentificación psicomotor. Se demoraba considerablemente en responder a las preguntas, incluso las más simples, lo que dificultaba el curso de la interconsulta. En varios momentos fue necesario realizar preguntas directivas para orientarla. Cuando se le preguntó si estaba ubicada en tiempo y espacio, inicialmente respondió que estaba en su casa; luego, tras la intervención de los profesionales, logró reconocer que se encontraba en el Hospital Córdoba (Registro de campo – 02/07/2025).

En este caso, la evaluación psicológica no sólo permitió describir un conjunto de signos de —apatía, lentificación del pensamiento y dificultades en la orientación temporoespacial—, sino que realizó una lectura clínica de la situación, que orientó las decisiones posteriores del equipo. La escasa respuesta verbal de la paciente y la necesidad de recurrir a su madre como principal fuente de información introduce, a su vez, elementos relevantes para pensar las condiciones de posibilidad de la entrevista y los límites del intercambio clínico en ese momento.

La madre acompañó la consulta y fue quien brindó la mayor parte de la información, ya que la paciente respondía con lentitud o directamente no lo hacía.

Se observó un discurso escaso, sin fluidez, y un estado general apático (Registro de campo – 02/07/2025).

La presencia de la madre, quien aportó gran parte de la información debido a las dificultades de la paciente para responder, permitió reconstruir aspectos de la situación clínica que no hubieran podido ser obtenidos únicamente a partir del discurso de la paciente. Este elemento no sólo complementa la evaluación, sino que también da cuenta de la importancia de considerar las redes familiares en la comprensión del caso.

De este modo, la evaluación en el marco de la interconsulta no se agota en la descripción del estado psíquico del paciente, sino que constituye una intervención que orienta el abordaje clínico, al permitir delimitar problemas, establecer prioridades y definir la necesidad de articulación con otros servicios hospitalarios.

8.2.3.2. CONTENCIÓN EMOCIONAL Y ESCUCHA CLÍNICA

A partir del análisis de las interconsultas realizadas y de las observaciones efectuadas durante la práctica supervisada, se pudo advertir que la contención emocional y la escucha clínica constituyeron una de las intervenciones más frecuentes del psicólogo en el dispositivo de interconsulta médico-psicológica (ICMP), orientadas a alojar el padecimiento subjetivo en el contexto de internación hospitalaria. Esta modalidad de intervención no se desplegó únicamente en el espacio formal de la entrevista con el paciente, sino también en los intercambios cotidianos que se producían con los profesionales del equipo de salud.

En este sentido, durante uno de los recorridos por las salas de internación, al consultar sobre el tipo de intervención que solían realizar con mayor frecuencia en las interconsultas, una de las psicólogas del servicio comentó:

“En muchos casos lo primero que hacemos es escuchar. Los pacientes están atravesando situaciones muy difíciles y necesitan un espacio donde poder hablar de lo que les pasa. Muchas veces la intervención consiste justamente en eso: escuchar, alojar lo que están viviendo y ofrecer cierta contención emocional en medio de todo lo que implica la internación” (Registro de campo – 22/09/2025)

Colombi (2023) sostiene que la intervención psicológica en el ámbito hospitalario implica una apuesta a que el paciente pueda decir algo acerca de su experiencia y de su padecimiento, de modo tal que, a partir de la palabra, sea posible producir algún movimiento en su posición subjetiva. En este sentido, el espacio de entrevista permite abrir un lugar donde el sufrimiento pueda ser elaborado más allá de la dimensión estrictamente médica de la enfermedad. Por su parte, Farberman (2010) señala que, aunque los objetivos de la intervención sean relativamente constantes —acompañar al paciente en el tránsito por la enfermedad y favorecer su adaptación al tratamiento—, el modo de intervenir requiere una adecuación permanente a la singularidad de cada situación clínica, evitando respuestas estandarizadas.

La contención implica producir un espacio de alojamiento subjetivo, donde el sufrimiento pueda ser reconocido, nombrado y situado en relación con la experiencia de la enfermedad. En el dispositivo de interconsulta, esta función se sostiene a partir de la escucha que el psicólogo introduce en un contexto hospitalario generalmente organizado en torno al cuerpo y a la urgencia médica. En este sentido, la inclusión de una escucha analítica permite transformar el pedido inicial en una oportunidad para interrogar el malestar que atraviesa al paciente y abrir un espacio donde su padecimiento pueda adquirir significación. Como señala Fernández (2021), lo específico de la interconsulta consiste precisamente en “situar e interrogar el malestar que se ubica en todo pedido de intervención a Salud Mental”, con el objetivo de construir respuestas posibles a cada situación clínica (p. 275).

Un registro que ilustra con claridad este tipo de intervención corresponde a una interconsulta realizada en el servicio de Cardiología con un paciente de 55 años, internado tras una cirugía de bypass:

El paciente Sergio, de 55 años, se encuentra internado en el servicio de Cardiología tras haber sido sometido a una cirugía de bypass por obstrucción de tres arterias coronarias. Refiere antecedentes de diabetes y problemas renales.

Durante la internación presentó complicaciones, dado que la herida quirúrgica se abrió a causa de la tos, lo que ha incrementado el dolor físico y prolongado el tiempo de hospitalización (Registro de campo - 09/06/2025).

En el momento de la entrevista se hallaba acompañado por su esposa. Ante la exploración de la orientación temporoespacial, el paciente no recordaba la fecha de ingreso, mientras que la esposa refirió que fue internado el 7 de mayo. El paciente se mostró lúcido, aunque con dificultades para precisar detalles temporales, probablemente vinculadas al estrés y al dolor actual. Este registro da cuenta:

Durante el encuentro expresó reiteradamente un profundo malestar anímico y desesperanza. Manifiesta extrañar a su familia, sentir que “todo es dolor” y que “no pueden imaginar el nivel de dolor que atraviesa”. En sus palabras se observó la vivencia de agotamiento psíquico: “entiendo lo que me dices, pongo toda mi voluntad, pero ya no puedo más”. Su discurso estuvo acompañado de llanto y de un marcado tono depresivo

Se indaga sobre su estilo de vida previo a la internación, refiriendo que solía realizar mucho deporte y trabajaba en pintura. Relata que, tras la enfermedad, “se le vino el mundo encima”, lo que lo enfrenta a un quiebre respecto a la imagen previa de sí mismo como “acostumbrado a ser fuerte”. A nivel socioeconómico, refiere que tanto él como su esposa actualmente no cuentan con trabajo, lo que dificulta incluso la alimentación, constituyendo un factor de vulnerabilidad adicional.

Se observó además una preocupación intensa por el sufrimiento de su pareja, verbalizando que le resulta difícil verla por que siente que ella “la está pasando mal por culpa de él”.

El paciente refiere dificultades importantes para conciliar el sueño, lo cual intensifica su sensación de desgaste y desesperanza. Ante esto, la licenciada a cargo de la IC informó que solicitaría una IC con el servicio de psiquiatría para evaluar el apoyo farmacológico orientado a su insomnio y a su angustia muy elevada.

Desde la observación clínica, se trata de un paciente con afecto deprimido, llanto frecuente, expresiones claras de desesperanza y dolor intenso, tanto físico como emocional. Manifiesta sentimientos de culpa hacia la pareja, redes de apoyo limitadas y un contexto socioeconómico desfavorable.

La intervención en esta primera entrevista se centró en la escucha, en validar su sufrimiento y en explicarle que tras una cirugía ya compleja es esperable un tiempo prolongado de recuperación y que el dolor que presenta es propio de este proceso. Se busco transmitirle confianza en el equipo médico y en el tratamiento, y se enfatizó la necesidad de acompañarlo también desde salud mental y

psiquiatría, para ayudarlo a atravesar este momento de recuperación (Registro de campo - 09/06/2025).

En esta situación, la intervención psicológica no se orientó a realizar una interpretación en sentido estricto ni a reconstruir exhaustivamente la historia psicopatológica del paciente, sino a alojar un sufrimiento que se presentaba desbordante. La escucha clínica permitió no solo registrar la desesperanza y el agotamiento anímico, sino también poner en palabras la experiencia subjetiva de ruptura que la enfermedad había introducido, la frase: “se me vino el mundo encima” condensa con claridad el impacto de la cirugía y de sus complicaciones posteriores, mientras que la referencia a: “estoy acostumbrado a ser fuerte” da cuenta de una identidad previa que se ve fuertemente cuestionada por la dependencia, el dolor y la prolongación de la internación.

La intervención se centró en validar la experiencia del paciente, sin minimizarlo, y ubicarlo como parte del proceso de recuperación que atravesaba, introduciendo cierta ligazón con el dolor físico, el tiempo de internación y el impacto emocional de la enfermedad. En este sentido, se buscó transmitir confianza en el tratamiento y en el equipo médico, al tiempo que se propuso un acompañamiento desde salud mental.

De este modo la contención se configura como una intervención que no solo sostiene afectivamente al paciente, sino que permite significar la experiencia, inscribiéndose en un marco que se vuelve pensable. Esto coincide con lo que plantea Farberman (2010), incluso intervenciones breves, pueden tener una gran eficacia clínica cuando logran producir ese efecto en el contexto hospitalario.

Asimismo, la escucha clínica en la interconsulta no se limita a lo manifiesto, sino que incluye la posibilidad de relevar otros elementos importantes: la culpa hacia la pareja, la vulnerabilidad socioeconómica, la limitación de las redes de apoyo y la afectación del sueño como factor que agrava el cuadro emocional.

En este sentido, la entrevista no sólo permitió contener el malestar, sino también construir una comprensión más amplia de la situación, que luego orientó otras decisiones clínicas, como la articulación con Psiquiatría para valorar apoyo farmacológico. De este modo, la contención emocional y la escucha clínica constituyen intervenciones centrales del psicólogo en la ICMP, ya que habilitan un espacio donde el dolor físico, el sufrimiento

anímico y la experiencia subjetiva de la enfermedad pueden empezar a ser elaborados desde la palabra.

8.2.3.3 ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA Y RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Otra de las intervenciones frecuentes del psicólogo en el marco de la ICMP consiste en ofrecer orientaciones terapéuticas y recomendaciones clínicas. Sin embargo, éstas no deben ser entendidas, como la simple transmisión de consejos o indicaciones, sino como intervenciones que buscan producir efectos en el modo en que el paciente comprende y afronta su situación.

En este sentido, la orientación terapéutica se inscribe como una continuidad de la escucha clínica, en tanto se apoya en la lectura previa de la situación subjetiva del paciente para introducir recursos, información o estrategias que resulten pertinentes en ese contexto particular. Se trata, por lo tanto, de propuestas situadas, construidas en función de la singularidad del caso. En esta línea, Farberman (2010) señala:

Los objetivos de nuestra intervención son claros y precisos: ayudar a pacientes y familiares a efectuar los tratamientos médicos, convivir con la enfermedad y hacerlo con el menor costo psíquico posible. Al igual que en la población general, en la mayoría de los casos se trata de personas sociológicamente sanas atravesando una circunstancia disruptiva y difícil. A menos que se presente una psicopatología franca, los contenidos que abordamos con los pacientes suelen estar relacionados con la condición médica y sus repercusiones. (p. 23)

Un ejemplo de este tipo de intervención puede observarse en una IC realizada en el IQ con un paciente que atravesaba un proceso de recuperación debido a una amputación de ambas piernas a causa de una quemadura eléctrica grave:

La Lic. T resaltó la importancia de mantener una actitud positiva y destacó como su enfoque de resiliencia podría contribuir a su recuperación. También explicó que aún queda un proceso largo por delante, incluyendo posibles limpiezas quirúrgicas (desbordamientos) de las quemaduras, lo cual puede generar nuevas molestias. Sin embargo, la licenciada lo animó a continuar expresando sus emociones y a utilizar estrategias de distracción para minimizar la percepción del dolor.

Se sugirió la utilización de la televisión como recurso para desviar la atención del dolor. La Lic.T también destacó que el apoyo familiar será clave durante el proceso de recuperación física y emocional. A su vez le dijo que la semana siguiente volveríamos a visitarlo para acompañarlo durante su proceso de internación (Registro de campo - 09/05/2025).

En este caso, la intervención psicológica incluyó la introducción de distintos elementos orientadores que apuntaban a fortalecer el afrontamiento del proceso de recuperación. La profesional destacó la importancia de sostener una actitud que permita transitar el proceso, anticipando que se trataba de una recuperación prolongada que podía implicar nuevas intervenciones médicas. Asimismo, promovió la expresión emocional del paciente y sugirió buscar recursos de distracción -como el uso de la televisión- orientadas a disminuir el foco atencional sobre el dolor físico.

La referencia al apoyo familiar como un elemento clave, así como la explicitación de la continuidad del acompañamiento desde el equipo de salud mental, pueden leerse también como intervenciones que buscan introducir sostén y previsibilidad en un contexto marcado por la incertidumbre.

En este sentido, la orientación terapéutica no se limita a brindar herramientas prácticas, sino que implica también organizar la experiencia del paciente, situando el proceso que atraviesa, anticipando posibles escenarios y ofreciendo puntos de apoyo.

Un segundo ejemplo puede observarse en una interconsulta realizada en la guardia hospitalaria con una paciente que había ingresado tras un intento de suicidio. En este caso, la intervención se orientó principalmente a ofrecer información sobre recursos terapéuticos disponibles y a orientar la continuidad del tratamiento:

La intervención de la psicóloga fue muy clara y empática desde el inicio. Supo cómo abordar a "L", que estaba con estado de ánimo bastante bajo y con

dificultad para expresarse, y logró ir acompañándola para que pudiera contar lo que le pasó. Las preguntas que hizo fueron claves para entender el contexto familiar, el momento del intento de suicidio, y cómo venía desde hace tiempo. No solo escuchó, sino que también ofreció recursos concretos: le explicó lo que es el centro de adicciones, la posibilidad de internación domiciliaria y, sobre todo, le transmitió que había formas de recibir ayuda. También hizo psicoeducación al hablarle del vínculo entre el consumo y las alucinaciones auditivas. Al final, coordinó con el médico y dejó todo organizado para lo que seguía (Registro de campo - 23/06/2025).

Desde la perspectiva planteada por Farberman (2010), estas intervenciones breves pueden tener un impacto significativo cuando logran abrir nuevas posibilidades de tratamiento o modificar la manera en que el paciente comprende su situación. En este sentido, la orientación terapéutica no se limita a ofrecer recomendaciones técnicas, sino que busca introducir nuevas perspectivas que permitan al paciente reorganizar su experiencia y considerar alternativas de cuidado.

Asimismo, estas intervenciones muestran cómo el psicólogo en el hospital combina la escucha clínica con una función orientadora, aportando información, recursos y herramientas que contribuyen a que el paciente pueda atravesar la crisis con mayores posibilidades de apoyo y acompañamiento terapéutico.

8.2.3.4 ARTICULACION INTERDISCIPLINARIA CON EL EQUIPO DE SALUD

Una dimensión central del rol del psicólogo dentro de la ICMP es la articulación interdisciplinaria con el equipo de salud. En el hospital general, el trabajo clínico no se realiza de manera aislada, sino en permanente diálogo con médicos, enfermeros y otros profesionales involucrados en la atención al paciente. Esta dimensión del trabajo e interdisciplina se hizo evidente en múltiples situaciones de la práctica cotidiana, donde el

intercambio con el equipo médico permitía ampliar la comprensión de los casos y orientar las intervenciones clínicas. En uno de los registros de campo se observa con claridad esta lógica de trabajo compartido: “Cuando salimos, la psicóloga me explicó lo importante que es trabajar en conjunto con los médicos, compartir lo que se observó y poder usar también los datos que ellos recolectan” (Registro de campo – 23/06/2025).

Tal como señala Farberman (2010): *“Las observaciones de los pediatras y especialistas, conocedores y observadores cotidianos del comportamiento de los pacientes, brindan valiosa información sobre la personalidad y la historia familiar, por lo que el diálogo permanente con ellos resulta impredecible”* (p.25). En este sentido, la IC no solo implica una intervención dirigida al paciente, sino también un espacio de intercambio entre disciplinas donde se construyen conjuntamente las estrategias de abordaje. Como señala Melendez (2006), el psicólogo en el hospital participa activamente en la dinámica institucional, discute los casos con el equipo médico y forma parte de la vida hospitalaria, integrando su mirada clínica dentro del hospital.

Un ejemplo claro de esta modalidad de intervención puede observarse en una IC realizada en una unidad de UCI, donde el trabajo psicológico se orientó principalmente a la articulación con el equipo tratante:

Al llegar a la unidad, se observó al paciente acompañado de varios médicos que conversaban entre sí sobre su estado de salud, sin dirigirse a él directamente. Tras esperar la finalización de dichas intervenciones médicas y de enfermería, se procedió al acercamiento. En diálogo previo con el equipo médico, refirieron que la amputación fue una decisión de urgencia vital en el quirófano, dado que ambas piernas presentaban compromiso severo de irrigación. Al consultar si esta información había sido transmitida al paciente, los médicos expresaron que no, considerando que “era evidente” y que la palabra “amputación” resultaba demasiado fuerte para comunicarle en ese momento.

Al iniciar la entrevista, el paciente se encontraba somnoliento, con dificultad para sostener un discurso claro, probablemente influenciado por la medicación analgésica. Refirió haber sido sometido a una cirugía cardíaca, mostrando la cicatriz esternal, y atribuyó su estado actual a dicho procedimiento. No hizo mención espontánea a la amputación de sus piernas; cuando se le preguntó por otros procedimientos, señaló que “lo habían operado de las rodillas”, y afirmó haber caminado hasta el baño y dado vueltas durante el día.

En la exploración de su historia personal y social, mencionó la presencia de su madre como único sostén cercano, mientras que la relación con pareja e hijos se encuentra interrumpida por su estilo de vida en consumo. Ante preguntas sobre sus hábitos de consumo, reconoció consumo problemático de marihuana, cocaína y alcohol. Al ser interrogado sobre los motivos, confrontó a los profesionales

señalando: “así como a usted le gusta comer pancho, a mí me gusta la droga, y no pienso dejarla”.

En cuanto a la intervención, se realizó un primer acercamiento centrado en la escucha y el contacto inicial, sin brindar información médica que no corresponde al rol psicológico. Se subrayó al equipo médico la importancia de transmitir al paciente información clara y directa respecto al procedimiento quirúrgico y sus consecuencias, dado que su desconocimiento podría estar contribuyendo al cuadro confusional o a posibles manifestaciones de negación. Asimismo, se recomendó coordinación con psiquiatría para ajuste y control farmacológico.

Finalmente, se dejó asentado ante el equipo la necesidad de un abordaje interdisciplinario respetuoso, preservando la dignidad del paciente y evitando la exposición innecesaria de su intimidad al conversar sobre él sin dirigirle la palabra. Se acordó reevaluar al paciente en próximos días, cuando su estado clínico permita una valoración psicológica más precisa (Registro de campo – 06/06/2025).

En este caso, la intervención del equipo de SM se orientó principalmente a trabajar con el equipo médico tratante. La situación clínica presentaba múltiples complejidades: por un lado, el paciente no parecía tener registro de la amputación de sus piernas; por otro, el equipo médico había optado por no comunicar explícitamente esta información por considerarla demasiado impactante. Frente a esta situación, la intervención psicológica buscó introducir una reflexión sobre la importancia de la comunicación con el paciente y sobre los posibles efectos subjetivos que puede generar la falta de información sobre decisiones médicas que afecta directamente su cuerpo.

Desde la perspectiva de la IC, este tipo de intervención permite ampliar la comprensión del caso más allá del diagnóstico médico, incorporando la dimensión subjetiva del paciente y la forma en que la información sobre su enfermedad es transmitida dentro del equipo. Tal como señala Farberman (2010), *“Del intercambio de punto de vista entre ellos, los pacientes y nosotros, surgen las estrategias mejor orientadas”* (p.25).

Asimismo, este registro permite observar que el psicólogo también cumple una función ética dentro del equipo de salud, al señalar la importancia de preservar la dignidad del paciente y de incluirlo en las conversaciones que se refieren a su propia situación médica. En este sentido la intervención psicológica no solo aporta una lectura sobre el estado emocional del paciente, sino también contribuye a mejorar las prácticas de comunicación dentro del equipo asistencial.

Este tipo de articulación interdisciplinaria resulta fundamental en el contexto hospitalario, donde las decisiones clínicas suelen implicar múltiples dimensiones —

médicas, psicológicas, familiares y sociales— que requieren ser pensadas colectivamente. De este modo, el psicólogo interconsultor se posiciona como un interlocutor dentro del equipo de salud, aportando una mirada que integra la dimensión subjetiva del paciente dentro del proceso de atención.

De este modo, la articulación interdisciplinaria en la interconsulta no se reduce a la cooperación entre disciplinas, sino que implica una intervención activa sobre los modos de comunicación, decisión y abordaje dentro del equipo de salud. Tal como sostiene Farberman (2010), es en el intercambio de perspectivas donde pueden construirse estrategias más adecuadas para cada caso.

Así, el psicólogo interconsultor se posiciona como un interlocutor dentro del equipo, cuya función no sólo consiste en aportar una lectura sobre el estado emocional del paciente, sino también en introducir la dimensión subjetiva y ética en el proceso de atención, contribuyendo a la construcción de prácticas más integrales y respetuosas.

8.2.3.5 ORIENTACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE LA RED DE APOYO

Otra de las intervenciones relevantes del psicólogo dentro del dispositivo de interconsulta médico–psicológica consiste en orientar la continuidad del tratamiento y favorecer la construcción o fortalecimiento de redes de apoyo que permitan sostener el cuidado de la paciente una vez finalizada la internación. En el contexto hospitalario, la enfermedad suele irrumpir como una experiencia vital disruptiva que puede afectar distintos aspectos de la vida del sujeto, no sólo en el plano físico sino también en el psicológico, familiar y social. En este sentido, Farberman (2010) señala que el trabajo psicológico en el hospital no se limita a intervenir sobre el malestar inmediato, sino que

también implica acompañar a los pacientes y a sus familias en el proceso de adaptación a la enfermedad y a los tratamientos médicos, favoreciendo la movilización de recursos que permitan atravesar esta experiencia con el menor costo psíquico posible.

Desde esta perspectiva, la intervención psicológica en la interconsulta no se agota en el aquí y ahora del episodio hospitalario, sino que introduce una mirada que considera las condiciones de vida del paciente y los recursos disponibles para sostener el tratamiento una vez finalizada la internación. Tal como plantea Meléndez (2006), la psicología de la salud en el ámbito hospitalario propone un abordaje integral del proceso salud-enfermedad, que incluye no sólo los aspectos clínicos, sino también los factores sociales, familiares y comunitarios que inciden en la evolución del paciente.

Tal como señala Farberman (2010) una parte importante del trabajo psicológico en el hospital consiste en ayudar a los pacientes a transitar situaciones vitales disruptivas, facilitando el acceso a recursos de apoyo que permitan disminuir el impacto psíquico de la enfermedad. Esto implica no sólo intervenir en el malestar actual, sino construir condiciones de sostén a futuro articulando con dispositivos que den continuidad al proceso terapéutico

Un ejemplo de este tipo de intervención puede observarse en una interconsulta realizada en la guardia hospitalaria con una paciente de 33 años que ingresó por un cuadro de policonsumo de sustancias.

“G”, mujer de 33 años, ingresó a la guardia hospitalaria por policonsumo, presentando cocaína en sangre y signos de intoxicación aguda por psicofármacos. La paciente se encontraba en condiciones de calle y presentaba signos visibles de abandono personal, incluyendo un fuerte olor corporal. Al momento de la interconsulta, Gilda estaba con una sonda nasal con carbón activado, lo cual resultaba visualmente impactante.

La paciente manifestó que comenzó a consumir sustancias hace aproximadamente un año. Ante preguntas sobre posibles factores desencadenantes, inicialmente mostró resistencia a responder; sin embargo, tras una nueva intervención, reveló que el consumo inició luego de haber sufrido una violación perpetrada por un familiar. Comentó que habló con su familia sobre lo sucedido, pero no le creyeron, lo que la llevó a irse de su casa y comenzar a vivir en situación de calle.

Gilda tiene cuatro hijos que actualmente viven con su madre, ya que ella considera que no está en condiciones de cuidarlos debido a su situación de consumo. Expresó con angustia que no los ve con frecuencia, ya que su madre no le permite acercarse mientras continúe consumiendo.

Durante la entrevista se le explicó que lo ocurrido constituye un evento traumático muy significativo y que sería importante que pudiera recibir

acompañamiento psicológico para trabajar sobre las situaciones que atravesó. Se le sugirió la posibilidad de acudir al Polo de la Mujer para recibir apoyo psicológico y asesoramiento respecto de la denuncia. Asimismo, se le explicó que el consumo de sustancias podría estar agravando su situación física y emocional, exponiéndose a riesgos graves para su salud.

La paciente manifestó estar dispuesta a recibir ayuda psicológica y psiquiátrica. Tras finalizar la entrevista, surgió la dificultad de que no había ningún contacto familiar registrado para coordinar el alta hospitalaria. Ante esta situación, el equipo de salud mental solicitó al médico de guardia que la paciente permaneciera en observación por un día adicional, con el objetivo de garantizar que contara con un lugar seguro donde permanecer luego del alta (Registro de campo – 21/04/2025).

En este contexto, la intervención del equipo de salud mental no se limitó únicamente a la escucha del relato de la paciente, sino que se orientó a abrir posibilidades de cuidado más allá de la urgencia, introduciendo distintos dispositivos de acompañamiento. Se sugirió la derivación a espacios especializados -como Polo de la Mujer- para el abordaje de la situación traumática, así como la posibilidad de iniciar un tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Asimismo, la intervención permitió visibilizar condiciones de riesgo que excedían el cuadro médico inmediato, particularmente la ausencia de un lugar seguro al momento del alta, tales como la ausencia de contactos familiares y la situación de vulnerabilidad social. Esta lectura fue transmitida al equipo tratante, lo que llevó a la decisión de prolongar la observación hospitalaria hasta asegurar que la paciente contara con condiciones mínimas de resguardo.

Este tipo de intervenciones pone de relieve que el trabajo del psicólogo en el hospital no se restringe a la dimensión estrictamente clínica, sino que también implica considerar los contextos sociales y relacionales en los que se inscribe la vida del paciente. Tal como señala Meléndez (2006), la psicología de la salud en el ámbito hospitalario aborda múltiples dimensiones de la experiencia del enfermo, incluyendo aspectos sociales, familiares y comunitarios que inciden directamente en la evolución del paciente.

De este modo, la intervención en torno a la continuidad del tratamiento y el fortalecimiento de redes de apoyo y dispositivos de tratamiento permite extender el alcance de la interconsulta médico-psicológica, más allá del episodio agudo, favoreciendo procesos de cuidado sostenidos en el tiempo y contribuyendo a una mirada integral del paciente.

9. CONCLUSIONES

A lo largo de la práctica profesional supervisada realizada en el Hospital Córdoba, fue posible aproximarse de manera directa al funcionamiento del dispositivo de interconsulta médico-psicológica dentro del ámbito hospitalario. Este espacio permitió observar cómo la dimensión subjetiva del padecimiento se hace presente en un contexto institucional donde, en muchos casos, predomina inicialmente la lógica biomédica del tratamiento.

La experiencia de práctica posibilitó reconocer que el hospital general constituye un escenario complejo, en el cual convergen múltiples disciplinas orientadas al cuidado de la salud de los pacientes. En este entramado institucional, la interconsulta aparece como un dispositivo que permite articular distintos saberes y miradas sobre el proceso de enfermedad, habilitando la inclusión de la dimensión psicológica dentro del tratamiento médico. A partir de las situaciones observadas, fue posible advertir que la interconsulta no se limita a una evaluación puntual del paciente, sino que se configura como un proceso que involucra intercambios constantes con los equipos tratantes y que se despliega en función de las particularidades de cada situación clínica.

En relación con el primer objetivo propuesto, se logró identificar las características de las demandas de interconsulta dirigidas al Servicio de Salud Mental. A partir del análisis de los registros de campo, se observó que los pedidos podían ingresar por diferentes vías —oral, escrita o combinada— y que la forma en que se formulaban reflejaba, en muchos casos, la dinámica institucional del hospital y los tiempos propios de la práctica médica. Asimismo, se evidenció que los servicios que con mayor frecuencia solicitaban interconsultas eran aquellos vinculados a situaciones de urgencia o a internaciones prolongadas, donde las manifestaciones emocionales de los pacientes comenzaban a impactar en el proceso de tratamiento. Los motivos de consulta más frecuentes se relacionaban con estados de ansiedad, angustia, síntomas depresivos, intentos de suicidio, consumo problemático de sustancias y reacciones emocionales frente al diagnóstico o la hospitalización.

En cuanto al segundo objetivo, referido al proceso de la interconsulta médico-psicológica, la práctica permitió comprender que la intervención del equipo de salud mental se despliega a través de distintas instancias. Desde la recepción del pedido hasta las entrevistas con el paciente y la posterior devolución al equipo tratante, cada momento del proceso implica un trabajo de lectura clínica que permite ampliar la comprensión de

la situación más allá de los aspectos estrictamente orgánicos. En este recorrido también se hizo visible que, en numerosas oportunidades, la intervención no se dirige únicamente al paciente, sino que incluye el acompañamiento del equipo médico y la reflexión conjunta sobre las dificultades que emergen en el tratamiento.

Por otro lado, el análisis permitió reconocer que las demandas de interconsulta no siempre se presentan de manera homogénea. En la mayoría de los casos, el pedido provenía del equipo médico ante situaciones que generaban preocupación o dificultad en el abordaje del paciente. Sin embargo, también se registraron situaciones en las que la solicitud surgía del propio paciente, de la institución o de familiares. Estas distintas modalidades permitieron advertir que la interconsulta se configura como un espacio donde convergen múltiples posiciones y expectativas respecto de la intervención de salud mental.

En relación con el tercer objetivo, vinculado al rol del psicólogo clínico dentro del dispositivo de interconsulta, la práctica permitió observar que la intervención psicológica en el hospital excede la realización de entrevistas individuales con los pacientes. El psicólogo participa activamente en la lectura de las demandas del equipo, en la construcción de hipótesis clínicas situacionales y en la articulación con otros profesionales involucrados en el tratamiento. De este modo, su intervención contribuye a introducir la dimensión subjetiva dentro de la escena hospitalaria, favoreciendo una mirada más integral sobre el padecimiento del paciente y sobre las dinámicas que se establecen en el vínculo entre el equipo de salud, el paciente y su entorno.

La experiencia de práctica permitió también reflexionar sobre la complejidad del trabajo psicológico en el contexto hospitalario. Muchas de las situaciones observadas se desarrollaban en escenarios de alta vulnerabilidad, atravesados por diagnósticos graves, internaciones prolongadas, incertidumbre respecto a la evolución clínica y, en algunos casos, por la presencia de conductas de riesgo o sufrimiento psíquico intenso. En estos contextos, la intervención del psicólogo se orienta no sólo a escuchar el malestar del paciente, sino también a generar espacios de contención, acompañamiento y elaboración subjetiva dentro de un entorno fuertemente medicalizado.

Asimismo, la práctica permitió reconocer la importancia del trabajo interdisciplinario dentro del hospital. El intercambio entre los distintos profesionales de la salud aparece como un elemento fundamental para la comprensión de las situaciones

clínicas y para la construcción de estrategias de intervención que contemplen la complejidad del proceso de enfermedad. En este sentido, la interconsulta se constituye como un espacio privilegiado de articulación entre disciplinas, donde cada profesional aporta su saber específico al abordaje integral del paciente.

Finalmente, esta experiencia de práctica contribuyó significativamente a la formación académica y profesional, permitiendo aproximarse a la realidad del trabajo clínico en el ámbito hospitalario y a los desafíos que implica la intervención psicológica en este contexto. El contacto directo con las situaciones clínicas, los equipos de trabajo y las dinámicas institucionales posibilitó ampliar la mirada sobre el rol del psicólogo dentro del sistema de salud, así como reconocer la importancia de la escucha, la presencia y el trabajo interdisciplinario en el acompañamiento de los pacientes que atraviesan situaciones de enfermedad.

En este sentido, la experiencia de práctica no sólo permitió comprender el funcionamiento del dispositivo de interconsulta en salud mental, sino también abrir nuevos interrogantes respecto del lugar de la psicología en el hospital general y de las múltiples formas en que el sufrimiento psíquico se manifiesta en el contexto de la enfermedad. Estos interrogantes invitan a continuar profundizando en el estudio y desarrollo de intervenciones que permitan integrar cada vez más la dimensión subjetiva dentro de los procesos de atención en salud.

10. CRONOGRAMA

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.).
- Baralle, C. (2025). *Mi propia voz: Cada voz, una puerta. Una posible articulación entre mi práctica como psicóloga y la música* (pp. 47–75).
- Barnechea, M. M., & Morgan, M. L. (2010). La sistematización de experiencias: Producción de conocimientos desde y para la práctica. *Revista Tendencias & Retos*.
- Bleger, J. (1973). *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós.
- Buendía, J. (1999). *Aproximación al desarrollo de la psicología clínica*. Editorial Médica Panamericana.
- Chevnik, M. (1983). *La interconsulta médico-psicológica: Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible*. Documento de cátedra, Universidad de Buenos Aires.
- Chevnik, M. (s. f.). *La interconsulta médico-psicológica*. Documento de cátedra.
- Chiattonne, H. B., & Sebastiani, R. (1991). *Psicología hospitalaria: Una perspectiva interdisciplinaria*. Pioneira.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Grupo de Trabajo de Psicólogos en Hospitales. (2005). *Competencias del psicólogo clínico y de la salud en el ámbito hospitalario*.
<https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/competenciaspsicologo-clinico-y-salud>
- Colombi, M. (2023). Algunas consideraciones acerca de la interconsulta en salud mental. *XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Congreso de la Nación Argentina. (2009). *Ley 26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar>
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley 26.657: Derecho a la protección de la salud mental*. Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.boletinoficial.gob.ar>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2016). *Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-parala-red-integrada-de-salud-mental-con-base-en-la-comunidad>
- Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico: Herramientas de intervención*. Paidós.

- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 1–10.
- Ferrari, H., & Luchina, I. (1980). *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Nueva Visión.
- Hospital Córdoba. (2016). *Recordar el origen es evitar abismos de olvido*. <http://hospitalcordoba.com.ar/resenia>
- Jara Holliday, O. (2006). *Cómo sistematizar: Una propuesta en cinco tiempos*. CEP Alforja.
- Jara Holliday, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. CEP Alforja. www.cepalforja.org/sistematizacion
- Lagache, D. (1982). El método clínico en psicología humana. En *Obras II (1939–1946)* (pp. 119–129). Paidós.
- López Fuentetaja, A. M., & Iriando Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), 1–19. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2019a2>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. <https://iah.ms.gov.ar/doc/Documento226.pdf>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. (s. f.). *El Hospital Córdoba celebró su 75° aniversario*. <https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/el-hospital-cordobacelebro-su-75o-aniversario/>
- Mitchell, G. K., Del Mar, C. B., & Francis, A. (2022). Collaborative mental health care: A narrative review. *BMC Psychiatry*, 22(1), 480. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04077-2>
- Revista Interamericana de Psicología. (2008). *Interamerican Journal of Psychology* (pp. 462–471).
- Sánchez Escobedo, P. A. (2008). *Psicología clínica*. Trillas.
- Sebastiani, R., Grau, J., Duque, A. M., & Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones*. Félix Varela.
- Taborda Varela, J. C. (2025). *Gran Hospital: 75 años de salud pública en el Hospital Córdoba*. Ministerio de Salud.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2002). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6th ed.). Thomson.
- Uzorskis, B. (2002). *La clínica de la subjetividad en territorio médico*. Letra Viva.
- Zas Ros, B. (2011). *Experiencias en psicología hospitalaria*. Lugar Editorial.

