

Villada, Diana

**La entrevista de valoración
psicológica del programa
pretrasplante de un hospital
general de alta complejidad
de Córdoba**

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

Directora: Seita, Valentina

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

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

VILLADA, DIANA

2026

La entrevista de valoración psicológica del programa pretrasplante de un hospital general de alta complejidad 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

**LA ENTREVISTA DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL PROGRAMA
PRETRASPLANTE DE UN HOSPITAL GENERAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE
CÓRDOBA**

VILLADA, DIANA. 44348343

Directora: Lic. Seita, Valentina

2026

Agradezco a mi familia.

A mi mamá, por enseñarme la importancia de la empatía y la sensibilidad. A mi papá, por mostrarme que escuchar y estar es ser presencia. A mis hermanos y cuñados, por aguantar mis horarios y desbordes. A Cruz, que siempre estuvo para guiarme.

A mis amigas y amigos, gracias por estar y ser ese espacio de seguridad, sin ustedes estoy segura que no lo hubiese disfrutado.

A la Universidad Católica de Córdoba, por la formación académica recibida. A mi directora de Tesis, por su claridad, acompañamiento y capacidad de ordenar ideas con simpleza.

A la División de Salud Mental del Hospital Córdoba, por abrirme sus puertas y permitirme formar parte de un equipo comprometido. Gracias por ampliar mi marco teórico, por enseñarme desde la experiencia concreta y por animarme a aprender haciendo.

A Dios, por acompañarme en mi camino de vida profesional y personal. Gracias por sostenerme en los momentos de mayor incertidumbre y darme calma cuando más la necesité.

Este trabajo está dedicado a todas aquellas personas que transitan procesos de trasplante y a quienes acompañan. También a mi familia, por ser siempre mi lugar.

PRÓLOGO

El trasplante es, sin dudas, uno de los escenarios más complejos que conocí. Pero también es uno de los más reveladores respecto del lugar que ocupa la salud mental. Este Trabajo Integrador Final no surge sólo de un requisito académico, sino de la convicción de que comprender ese cruce entre cuerpo, mente y contexto es fundamental para una práctica profesional responsable.

Desde el inicio de mi formación me interpela el vínculo entre lo médico y lo psicológico. Siempre me resultó insuficiente pensar la enfermedad únicamente desde la biología. Comprender al ser humano en su complejidad —en su historia, sus vínculos y sus condiciones de vida— fue una inquietud que orientó mi elección profesional y que, con el tiempo, encontró en el ámbito hospitalario un escenario concreto.

El programa de trasplante del Hospital Córdoba condensó esa complejidad de manera excepcional. Allí, el cruce entre decisiones médicas de alta especialización y la dimensión psicológica del paciente se vuelve evidente y urgente. Supe que quería escribir sobre este tema el día en que entrevisté a un paciente joven atravesando el proceso de trasplante desde los nueve años. En ese encuentro comprendí que no se trataba sólo de evaluar indicadores clínicos, sino de escuchar cómo una vida comienza a desorganizarse y reorganizarse constantemente alrededor del cuidado, la incertidumbre y la esperanza.

Formarme en un hospital público de alta complejidad fue una experiencia transformadora. Recorrer sus cinco pisos, observar el trabajo interdisciplinario y ser testigo del compromiso cotidiano con la salud pública permitió que aquella inquietud inicial se consolidara en un posicionamiento profesional.

Este trabajo refleja esa posición. Aspiro a una Psicología que no minimice el sufrimiento, que no reduzca a las personas a diagnósticos ni a indicadores, y que comprenda que nadie enferma aislado de su contexto. Creo en el trabajo multidisciplinario, en la articulación con equipos médicos y en la necesidad de sostener una mirada biopsicosocial rigurosa y humana a la vez.

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	9
1. INTRODUCCIÓN	12
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA	15
2.1 APROXIMACIÓN	16
2.2 ¿CUÁL ES EL ORIGEN E HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?	17
2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	18
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	20
3.1 ¿QUÉ ES EL HOSPITAL CÓRDOBA?	21
3.2 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL	22
3.3 DIVISIÓN DE SALUD MENTAL	25
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	27
5. OBJETIVOS	29
5.1. OBJETIVO GENERAL	30
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	31
6.1. MODELO BIOPSIICOSOCIAL	32
6.2. TRASPLANTE COMO PRÁCTICA MÉDICA	33
6.2.1. TRASPLANTE HEPÁTICO, PULMONAR Y RENAL	34
6.2.2. INSTITUCIONES, ENTES Y COMISIONES DE TRASPLANTE	35
6.3. PSICOLOGÍA CLÍNICA EN PROCESO DE TRASPLANTE	36
7. MODALIDAD DE TRABAJO	40
7.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	42
7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	42
7.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	46
8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	47
8.2. ANÁLISIS DE DATOS	50
8.2.1. PROGRAMA DE TRASPLANTE Y EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	51
8.2.2. ENTREVISTA DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA PRETRASPLANTE	55
8.2.3. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES	59
9. CONCLUSIONES	63
10. REFERENCIAS	67
11. ANEXO I	73

ÍNDICE DE SIGLAS

- BPS: Modelo biopsicosocial.
- CEAAL: Consejo de Educación de Adultos de América Latina.
- COFETRA: Comisión Federal de Trasplante.
- CUD: Certificado Único de Discapacidad.
- ECODAIC: Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba.
- ENT: Enfermedades no transmisibles.
- FEAP: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.
- FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.
- HC: Hospital Córdoba.
- HLA: Antígenos leucocitarios humanos.
- INCUCAI: Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.
- IQ: Instituto del Quemado.
- IRA: Insuficiencia Renal Aguda.
- IRCT: Insuficiencia Renal Crónica Terminal.
- JED: Junta Evaluadora de Discapacidad.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- SINTRA: Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina.
- TCC: Terapia Cognitivo-Conductual.
- TP: Trasplante.
- UCI: Unidad de Cuidados Intermedios.

- UCO: Unidad Coronaria.
- UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final corresponde a la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba, y se enmarca en la Práctica Profesional Supervisada realizada en el Hospital Córdoba entre abril y octubre de 2025.

Desde una perspectiva de sistematización de prácticas, el trabajo recupera una experiencia situada en el ámbito hospitalario en orden de producir conocimiento a partir del análisis ordenado de una actividad concreta.

El eje de sistematización es la entrevista de valoración psicológica realizada en el marco del programa pretrasplante de un hospital general de alta complejidad de Córdoba. En dichos programas, la evaluación psicológica integra una “hoja de ruta” interdisciplinaria orientada a identificar condiciones subjetivas, relacionales y contextuales que pueden favorecer u obstaculizar el proceso de trasplante, tanto en la etapa previa como en la adaptación posterior al tratamiento.

La relevancia de este recorte reside en que el trasplante constituye un proceso de alta complejidad biomédica y psicosocial que exige, además del procedimiento quirúrgico, una reorganización sostenida de hábitos, controles, tratamientos farmacológicos y redes de cuidado.

En este sentido, la entrevista de valoración psicológica no se reduce a una instancia diagnóstica, sino que permite reconocer factores de riesgo y factores protectores vinculados con la adherencia, la autorregulación, el afrontamiento y el sostén vincular, aspectos que inciden de manera significativa en la evolución del proceso.

Siguiendo con esta línea, el objetivo general del trabajo es analizar la entrevista de valoración psicológica en el marco del programa pretrasplante. A su vez, se proponen tres objetivos específicos: (1) contextualizar el programa de trasplante y el rol del/la psicólogo/a clínico/a dentro del mismo; (2) describir la entrevista de valoración psicológica del programa pretrasplante; y (3) identificar los factores de riesgo y los factores protectores que emergen durante dicha entrevista.

Metodológicamente, la sistematización se apoya en técnicas propias del contexto clínico: entrevistas semiestructuradas, observación (no participante y participante) y análisis

de registros elaborados durante la práctica. Se resguarda la confidencialidad de las personas entrevistadas mediante la utilización de identificadores.

El documento se organiza en apartados que permiten comprender progresivamente el problema: en primer lugar, se desarrolla el contexto de práctica y el contexto institucional; luego se explicita el eje y los objetivos, junto con la perspectiva teórica que orienta el análisis; posteriormente se describe la modalidad de trabajo; y finalmente se presenta el análisis de la experiencia, con especial énfasis en la entrevista de valoración psicológica y en la identificación de factores de riesgo y protectores, para culminar con consideraciones finales y referencias bibliográficas.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 APROXIMACIÓN

En orden de comprender el marco en el cual se desarrolla el trabajo, es pertinente realizar un abordaje conceptual sobre el contexto. En este sentido, es necesario primero definir a la Psicología. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEAP, 2003), la define como aquella ciencia encargada de estudiar la conducta y comportamiento humano en sus manifestaciones y contextos distintos, con aplicaciones diversas, permitiendo así la existencia de varios contextos y campos donde puede aplicarse.

El devenir de la Psicología como disciplina científica se adjudica al año 1879, en Alemania, con la creación del primer laboratorio de Psicología Experimental en manos de Wilhelm Wundt (Cosacov, 2010). Dentro de los distintos ámbitos de aplicación, cada uno con sus objetivos y enfoques, se encuentra el contexto clínico, que da lugar a la Psicología Clínica. Esta es aquella disciplina científica profesional que tiene por objetivos la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación de los trastornos psicológicos (FEAP, 2003, citado en Colman, 2023).

En la actualidad, se define a la Psicología Clínica como un campo profesional con diferentes métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos, con diferentes corrientes teóricas como Psicoanálisis, Terapia Sistémica, entre otras, en las cuales es posible especializarse (Colman, 2023).

2.2 ¿CUÁL ES EL ORIGEN E HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?

Hablar hoy de Psicología Clínica implica reconocer el peso de su historia, la cual ha configurado su significado actual. Al mismo tiempo, requiere delimitar con claridad conceptos que la atraviesan, como por ejemplo el rol del psicólogo clínico y las estrategias de prevención que favorecen su desarrollo en los distintos ámbitos donde interviene.

A nivel internacional, se puede ubicar su inicio en 1896, cuando en la Universidad de Pennsylvania Lightner Witmer funda la primera clínica bajo el nombre “Psicología Clínica”. Allí propuso el “método clínico” centrado en la conducta y procesos conscientes. Ese mismo año, Sigmund Freud postuló su propio método clínico, el “Psicoanálisis”, mientras que el conductismo comenzó a expandirse como otra corriente fuerte de la clínica (Colman, 2023).

Colman (2023) señala que, en la década de 1930 se suma la función terapéutica del quehacer profesional, donde eran realizadas entrevistas, la formación de posgrado, las actividades psicoeducativas y de asesoramiento. Esto permitió el fortalecimiento del perfil institucional de la clínica dentro de la Psicología. Tras la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos reconoció oficialmente a la disciplina, a mediados del Siglo XX se consolida su estatuto profesional y científico, permitiendo que amplíe su alcance y reconocimiento social (Colman, 2023). Desde entonces, crecen nuevos sistemas con eficacia terapéutica, consolidando la investigación y el psicodiagnóstico en sellos de identidad del psicólogo clínico, donde comenzaron a sumarse las funciones terapéuticas además de las diagnósticas originales (FEAP, 2003).

A nivel nacional, se fundó la Federación de Psicólogos de la República Argentina [FePRA] en el año 1977. La misma reúne a las entidades de primer grado de las jurisdicciones del país en orden de representar a los/as psicólogos/as dentro y fuera del país (FePRA, s.f.). El estatuto de FePRA establece, en su artículo 3, como objeto social el propósito de lograr la total autonomía y jerarquización de la profesión y disciplina con respecto a su desarrollo científico y defensa gremial (FePRA, 1996).

En la provincia de Córdoba, en la cual se enmarca el presente trabajo, la Ley Provincial N° 7.106 define el ejercicio profesional como el uso de técnicas psicológicas para el estudio, enseñanza, peritajes de la conducta humana, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades mentales, así como la recuperación, conservación y prevención de la Salud Mental de las mismas (Art. 1, Ley Provincial N.º 7.106, 1984). Además, considera área de la Psicología Clínica a toda acción, tanto en el ámbito público o privado, que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos y Centros de Salud Mental (Art. 2, Ley Provincial N.º 7.106).

2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

La Ley Provincial N.º 7.106 establece en el área de la Psicología Clínica, como rol profesional, a la exploración de la dinámica, estructura y desarrollo de la personalidad, la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad, la investigación y formulación de diseños experimentales, el diagnóstico y tratamiento mediante la terapia psicológica, entre otras actividades (Art. 3, Ley Provincial N.º 7.106).

Actualmente, el quehacer del psicólogo clínico abarca una gran amplitud de tareas debido a la complejidad de la conformación de las maneras de pensar y pensarnos. Colman (2023) plantea ver a los problemas de Salud Mental como problemáticas psicosociales, las cuales están influenciadas por variables relacionadas con contextos diversos. Por ello, es crucial que en el accionar se actualice y vincule otros saberes, manteniéndose como parte activa de la propia disciplina, lo cual implica tener una mirada interdisciplinaria, con un

enfoque multidimensional y una visión situada en la red de relaciones en la que el problema está situado (Colman, 2023).

Como se expuso anteriormente, los psicólogos clínicos realizan siempre acciones orientadas a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud. La prevención (desde una clínica que ve al sujeto en su contexto) se realiza en diferentes niveles: prevención primaria, que busca disminuir la aparición de perturbaciones mentales; prevención secundaria, que busca disminuir el tiempo de duración de esas dificultades; y prevención terciaria, que busca evitar el deterioro que pudieran originar los problemas. Esta prevención y promoción de la salud en la Psicología Clínica se relaciona con la acción terapéutica, definida por Desviat (2016) como aquella que tiene como objetivo producir salud, cuyo valor se adquiere en cuanto atiende necesidades sociales expresadas en demandas.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 ¿QUÉ ES EL HOSPITAL CÓRDOBA?

Conocer el Córdoba es una aventura inagotable para lo que se requiere, vaya curiosidad un buen estado físico. Habrá que caminar miles de metros entre sus eternos pasillos, escalar 5 pisos, descender 2 subsuelos, zambullirse en un aula magna, sobrevolar una cocina gigante, auscultar decenas de consultorios y salas que contienen cientos de camas. De allí surfear hacia el Centro Avanzado de Simulación y Entrenamiento Clínico y sin descanso atravesar el recinto de esterilización más grande. (Taborda Varela, 2025, p. 13)

La Práctica Profesional Supervisada se llevó a cabo en el Hospital Córdoba, institución pública, provincial y polivalente, ubicada en la Avenida Patria 656, en Barrio Pueyrredón de la ciudad de Córdoba, Argentina. Es un centro de salud de alta complejidad, clasificado como hospital de tercer nivel de atención, destinado a personas desde los 16 años.

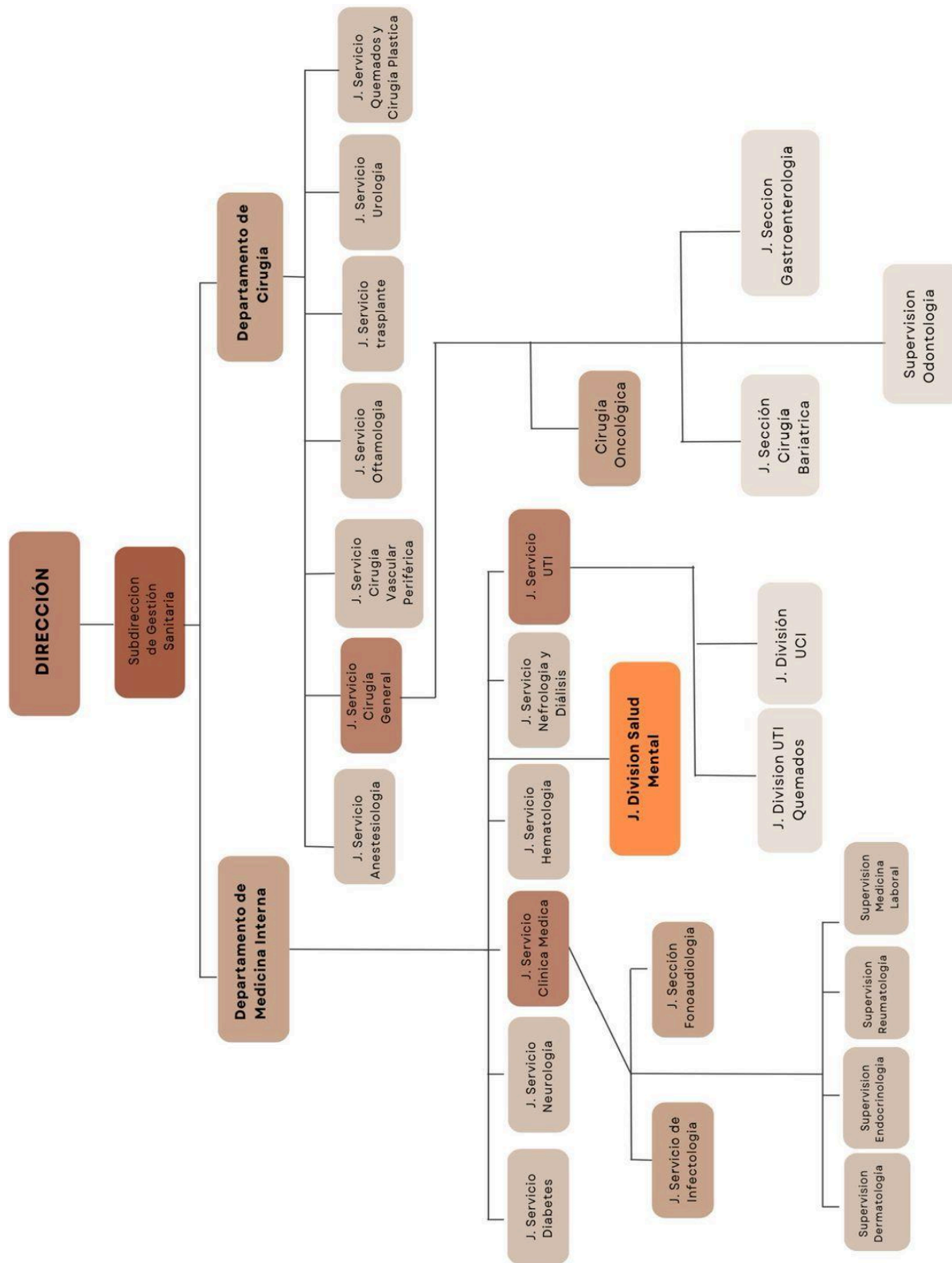
El Hospital Córdoba se inauguró el 1 de julio de 1950, proyectado como una institución especializada en el abordaje de patologías clínicas y quirúrgicas de alta complejidad. Esta inauguración fue en el marco de la política sanitaria que fue impulsada por el Dr. Ramón Carrillo, que buscaba un acceso equitativo a tratamientos de alta complejidad (Uribe Echevarría, 2016).

Infraestructuralmente, el hospital se extiende a lo largo de 30.000 metros cuadrados distribuidos en dos subsuelos y cinco pisos, en los cuales se encuentran 61 consultorios externos, 183 camas, 22 ascensores y 17 accesos. En este complejo espacio, se desarrollan 36 especialidades compuestas por 275 médicos, 259 enfermeros, 134 residentes, 27 bioquímicos, 13 auxiliares de enfermería, 11 psicólogas, 3 odontólogas, 3 psiquiatras, entre otras profesiones de la salud. (Hospital Córdoba, 2025). Cada piso es una réplica al anterior,

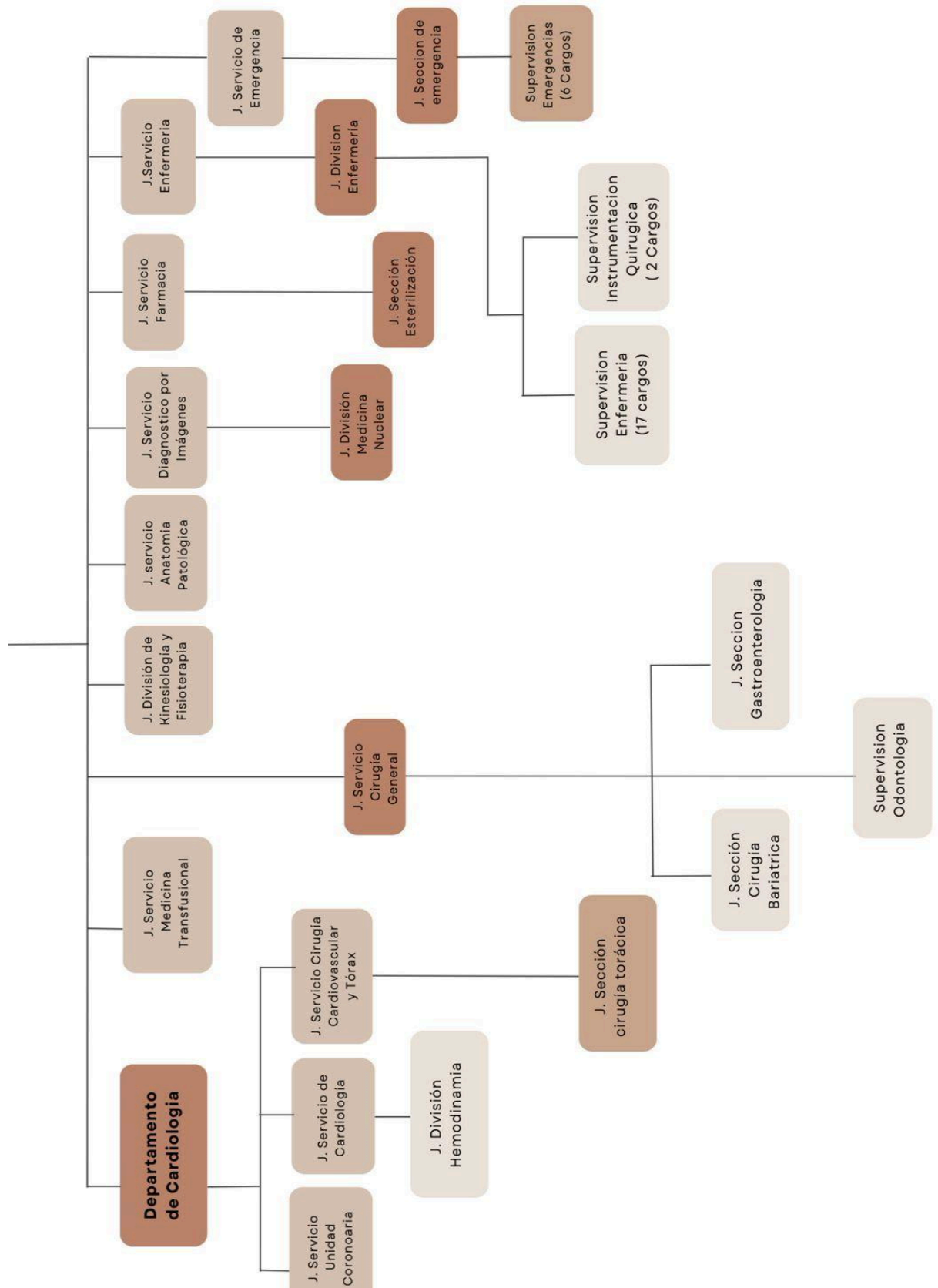
compuesto por amplias salas, habitaciones y una gran sala de espera vidriada. Además cuenta con diferentes áreas como el Turnero, el Servicio del Quemado y Sala de Guardia.

Actualmente, es reconocido por su especialización en patologías cardiovasculares, en neurocirugía, en trasplantes, en cuidados intensivos y diagnósticos con alta precisión (Uribe Echevarría, 2016). Uribe Echevarría (2016) destaca que el enfoque que ha mantenido durante 6 décadas el Hospital Córdoba ha logrado mantener y promulgar un equilibrio entre la sensibilidad humana y la calidad médica, buscando garantizar que el acceso a la misma sea un derecho y no un privilegio.

3.2 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



Elaboración propia a partir de la información otorgada por la Secretaría del Hospital Córdoba.



Elaboración propia a partir de la información otorgada por la Secretaría del Hospital Córdoba.

3.3 DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

La historia de la Salud Mental en Argentina ha estado marcada por un camino complejo, con lucha política, economía, avances científicos y luchas profesionales. Específicamente, la trayectoria de la división de Salud Mental en el Hospital Córdoba, está marcada por diferentes hitos, desafíos y logros, que han marcado la importante presencia del servicio en la actualidad del hospital.

La Lic. Baralle (2021) en su libro *“Mi propia voz: Cada voz, una puerta”* presenta un recorrido histórico del Área de Salud Mental, dividiéndolo en tres etapas en el capítulo "Historia del servicio de Salud Mental del Hospital Córdoba" (pp. 41-68). La primera etapa (1961-1975) es la introducción progresiva de psicólogas al Hospital Córdoba. El Lic. Carlos Larcher fue el primer psicólogo en ingresar, bajo el rol de “Asistente de Psicología”, periodo durante el cual no existía un servicio formal. La asistencia era "individual sin un sistema estructurado, normas claras o colaboración definida" (Baralle, 2021, p. 138). Durante ese tiempo, los psicólogos enfrentaron una falta de reconocimiento de la psicología como una disciplina científica, honorarios bajos, debates con otras áreas médicas, entre otros obstáculos. A pesar de esto, el Lic. Larcher, a través de su presencia en interconsultas logró la "consolidación del servicio psiquiátrico-psicológico y en la integración de la psicología en la estructura hospitalaria" (Baralle, 2021, p. 138).

La segunda etapa (1976-1983) estuvo atravesada por las condiciones histórico políticas del país, como la suspensión de la ley de ejercicio profesional y la censura de actividades académicas. Situación que provocó una "rápida descomposición" (Baralle, 2021,

p. 145) de los servicios de salud mental. Sin embargo, se creó el departamento "Quemado" para la prevención del suicidio adolescente, donde los psicólogos tuvieron un "rol activo y crucial" (Baralle, 2021, p. 143), lo cual fortaleció su presencia clínica. Dando lugar a la última y tercera etapa que plantea Baralle (2021) la cual va desde el año 1983 al 2010.

El tercer periodo se caracteriza por un "creciente reconocimiento institucional y una mayor inclusión de los psicólogos" (Baralle, 2021, p. 149) dentro del hospital. Figuras como el Lic. Ruíz Ceconello y el Lic. Mauricio Salgado fueron claves en la estructuración del servicio. En 2002 ya habían tareas y responsabilidades definidas para los psicólogos, al año el servicio se articuló. Tuvo significativos avances en formación, un fuerte énfasis en interconsulta, en terapias grupales, entre otras actividades, llegando así a ser lo que es hoy 2025.

Actualmente, la División de Salud Mental del Hospital Córdoba se encuentra compuesta por un equipo interdisciplinario de once profesionales de la salud: nueve psicólogas y tres psiquiatras. Estos llevan a cabo una amplia gama de actividades: consultorio externo, de lunes a viernes de 8:00 a 12:30 horas; interconsultas clínicas psicológicas y psiquiátricas, de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas; valoraciones psicológicas de pretrasplante renal y renopancreático, pulmonar y cardíaco, y hepático; intervenciones en Guardia Central, donde se aborda interdisciplinariamente las urgencias de guardia e intentos tanáticos, además de contar con protocolos de atención, con un consentimiento informado de internación domiciliaria o derivación a una institución; consultorio inclusivo, para personas de la comunidad LDTBGI+; atención a personas derivadas a tratamiento con oficio judicial, los días miércoles; Junta Evaluadora de Discapacidad [JED] los días lunes y miércoles con una disponibilidad de 20 turnos semanales para el Certificado Único de Discapacidad [CUD]; Dispositivo Tango Terapia, los días jueves de 17 a 19 horas; seguimiento a pacientes del Instituto del Quemado [IQ]; charlas y capacitaciones al equipo médico por demanda del mismo; entre otras.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

La entrevista de valoración psicológica del programa pretrasplante de un hospital general de alta complejidad de Córdoba.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la entrevista de valoración psicológica del marco del programa pretrasplante de un hospital general de alta complejidad de Córdoba.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contextualizar el programa de trasplante y el rol del/la psicólogo/a clínico/a dentro del mismo.
2. Describir la entrevista de valoración psicológica del programa pretrasplante.
3. Identificar los factores de riesgo y los factores protectores durante la entrevista de valoración psicológica del programa pretrasplante.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1. MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial [BPS] ofrece un enfoque integral para comprender la salud, la enfermedad y el bienestar humano, al considerar la interacción dinámica entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde una perspectiva clínica situada, el modelo BPS concibe la enfermedad como el resultado de la interacción entre estos tres niveles de determinación (Wade, 2017).

Partiendo de este enfoque, es primordial adoptar una concepción de salud amplia, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o afecciones (OMS, 1948). En esta misma línea, la OMS define la salud mental como un estado de bienestar que permite a la persona afrontar los momentos de estrés de la vida, desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente, e integrarse en su entorno (OMS, s.f.).

Desde este paradigma, el sujeto es considerado un ser activo que participa en la construcción de su salud y su enfermedad. Esta perspectiva orienta la práctica del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, al reconocer la complejidad del sufrimiento humano y la necesidad de intervenciones interdisciplinarias que integren las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

6.2. TRASPLANTE COMO PRÁCTICA MÉDICA

El trasplante de órganos constituye un procedimiento médico mediante el cual se reemplaza un órgano o tejido enfermo por otro sano, cuando no existe otra alternativa terapéutica que permita recuperar la salud (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante [INCUCAI], s. f.).

Para ser candidato a trasplante, se requiere el diagnóstico de una enfermedad crónica en el órgano a reemplazar. Las enfermedades crónicas se caracterizan por su curso prolongado, la necesidad de cuidados continuos y de adaptaciones conductuales sostenidas. Su manejo exige autocuidado, adherencia terapéutica y coordinación de servicios de salud, ya que sin apoyos adecuados los tratamientos pierden efectividad (OMS, 2004). En el plano subjetivo, la cronicidad comporta limitaciones funcionales y malestar emocional —ansiedad, angustia, desasosiego— y efectos sobre la autonomía y la proyección vital (Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021). La OMS asocia este conjunto de afecciones al campo de las enfermedades no transmisibles [ENT] y subraya que su abordaje requiere una atención centrada en la persona y en los determinantes sociales de la salud (OMS, 2004).

Las enfermedades crónicas, por definición, son afecciones sin cura conocida que representan una amenaza creciente para la salud individual y comunitaria a nivel mundial. Existe un consenso general en que la persona enferma es la responsable diaria de controlar su afección crónica, actuando con la guía y en estrecha colaboración con un profesional de la salud, siguiendo el régimen terapéutico recomendado (Clark, et al., 2014).

6.2.1. TRASPLANTE HEPÁTICO, PULMONAR Y RENAL

El trasplante hepático es el procedimiento al cual se recurre cuando el hígado de la persona ya no puede cumplir sus funciones vitales. Es una de las intervenciones quirúrgicas más complicadas, aunque de las más efectivas (Parr & Mize, 2002). Las enfermedades que pueden precisar un trasplante del hígado son: cirrosis¹, cirrosis biliar primaria, hepatitis, tumores hepáticos primarios, trastornos metabólicos del hígado, enfermedad hepática por alcoholismo (Parr & Mize, 2002).

El trasplante pulmonar se da en pacientes con insuficiencia respiratoria, cuyos signos son: dificultades para respirar, cianosis, dolor en el tórax, silbidos provenientes del pecho, confusión, somnolencia, respiración rápida y profunda, coma (Parr & Mize, 2002). Los pulmones son la parte de mayor tamaño del sistema respiratorio, su función es eliminar el dióxido de carbono de la sangre venosa y oxigenar esa sangre, la cual es enviada mediante el bombeo cardiaco a los tejidos corporales. El pulmón trabaja de manera interrelacionada con el corazón, motivo por el cual una insuficiencia respiratoria con un grado elevado de daño puede llevar a la necesidad de trasplante de ambos órganos (Parr & Mize, 2002).

El trasplante renal es el tratamiento para aquellos pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal [IRCT]. La función principal de los riñones es filtrar los desechos y el exceso de sodio y agua del organismo. La insuficiencia renal lleva a un envenenamiento del organismo al no poder realizar su función principal, los signos de esta son: necesidad frecuente de micción, presión arterial alta, fatiga, debilidad muscular, calambre, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, úlceras intestinales (Parr & Mize, 2002). Los tratamientos posibles para la IRCT son la diálisis y el trasplante.

La diálisis es un tratamiento que suplanta algunas de las funciones de los riñones, la cual puede ser de tipo peritoneal o hemodiálisis (Parr & Mize, 2002). Los cuales, deben ser

¹ Afección crónica del hígado, caracterizada por la inflamación y la cicatrización, y que interrumpe la normal función hepática (Parr & Mize, 2002).

complementados con medicamentos y dieta. La hemodiálisis es un “tratamiento regularmente programado, y que sirve para limpiar la sangre del paciente, que el riñón no ha podido depurar” (Parr & Mize, 2002, p. 193). Este procedimiento se realiza a través de una máquina que filtra y purifica la sangre, la cual circula de manera continua durante un lapso de 3 a 5 horas, tres veces por semana. Una vez depurada, la sangre es restituida al sistema vascular. Para ello, el o la paciente cuenta con una fístula colocada quirúrgicamente en el brazo o cuello, a la que en cada sesión se conectan dos agujas, las cuales se retiran al finalizar. A lo largo del tratamiento, la persona puede experimentar diversos síntomas somáticos: calambres, cefaleas, náuseas, vómitos, mareos, arritmia y fiebre. La diálisis peritoneal, en cambio, se realiza en el domicilio del paciente, cuatro veces al día, utilizando el peritoneo como filtro para eliminar desechos y exceso de agua (Pérez & Herrador, 2012).

El trasplante renal consiste en implantar un riñón sano mediante cirugía, ya sea de un donante cadavérico –persona fallecida con muerte cerebral– o de un donante vivo –familiar o no del receptor– (Pérez & Herrador, 2012). La compatibilidad de HLA reduce el riesgo de rechazo del órgano, aunque el paciente debe tomar inmunosupresores de por vida (Parr & Mize, 2002).

6.2.2. INSTITUCIONES, ENTES Y COMISIONES DE TRASPLANTE

En Argentina, el sistema de procuración y trasplante está regulado por el INCUCAI, organismo descentralizado del Estado argentino encargado de coordinar, normatizar y supervisar la procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en todo el país. Cuenta con políticas de procuración, registros nacionales, programas de desarrollo, entre otros.

Además coordina comités nacionales e internacionales, congresos, programas y reconocimientos de la OMS, posicionando a Argentina como un referente regional (INCUCAI, s. f.). A nivel provincial, el Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba (ECODAIC) cumple funciones equivalentes en articulación con el Ministerio de Salud y con la Comisión Federal de Trasplante (COFETRA), garantizando la gestión de registros en concordancia con el SINTRA, la fiscalización de los equipos y la trazabilidad de los procesos (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, s. f.).

La COFETRA es la comisión integrada por representantes de todas las provincias del país y el INCUCAI. Esta comisión se reúne en diferentes instancias durante el año en orden de coordinar acciones implementadas en materia de procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en todo el país (Ministerio de Salud de la Nación, 2025). El SINTRA (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina) es una plataforma informática que permite la gestión y supervisión de la actividad de procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en el país (INCUCAI, s. f.).

6.3. PSICOLOGÍA CLÍNICA EN PROCESO DE TRASPLANTE

El rol del psicólogo clínico en el proceso de trasplante es fundamental para cada una de sus etapas, ya que su intervención es un soporte y apoyo para el paciente. En el caso de pacientes con enfermedades crónicas, como los candidatos a trasplante, se evidencia la interacción entre los estados físicos y psicológicos, destacando la importancia de abordar ambos aspectos de manera integrada (Parr & Mize, 2002). Esto subraya la importancia de la

presencia del quehacer profesional de un psicólogo clínico en el trabajo multidisciplinario que requiere un proceso de tal complejidad, como el de un trasplante.

En la etapa pretrasplante, el psicólogo clínico participa en la valoración de salud mental mediante entrevistas clínicas semiestructuradas con los pacientes —y con los donantes, cuando los hay—. Este dispositivo tiene como finalidad identificar situaciones de riesgo a partir de indicadores tales como: adherencia al tratamiento, nivel de información sobre el procedimiento, rasgos de personalidad, red de apoyo, motivos y actitudes frente al trasplante, y, en el caso de donante vivo, el vínculo con el receptor (Parr & Mize, 2002).

La entrevista es la técnica central del método clínico y funciona como un procedimiento científico dentro de la psicología, además como técnica, posee reglas propias que permiten tanto aplicar como ampliar y verificar el conocimiento (Bleger, 1964).

Desde el enfoque biopsicosocial, la entrevista de valoración psicológica permite identificar factores de riesgo y factores protectores asociados al proceso de trasplante. Un factor de riesgo puede ser (a) un marcador no modificable (p. ej., edad), (b) un marcador variable asociado al desenlace pero no necesariamente causal, o (c) un factor causal cuya modificación altera la probabilidad del desenlace (Kraemer et al., 1997). Por su parte, los factores protectores son procesos o recursos que disminuyen la probabilidad de un resultado adverso o amortiguan el impacto de los factores de riesgo, favoreciendo la adaptación y el afrontamiento saludable (Rutter, 2012).

En relación con estos aspectos, diversos enfoques —biomédicos, conductuales y cognitivo-conductuales— coinciden en que la adherencia terapéutica depende de tres componentes básicos: saber qué hacer (información), querer hacerlo (motivación) y poder hacerlo (habilidades conductuales y soportes) (OMS, 2004). En el marco del enfoque cognitivo-conductual, las creencias de salud, los pensamientos automáticos y las expectativas influyen en la respuesta emocional y en las conductas de cuidado, como la adherencia, la evitación o el afrontamiento activo. La autoeficacia, entendida como la creencia en la propia capacidad para ejecutar las conductas requeridas, se considera un determinante proximal del cambio conductual (Bandura, 1997).

A partir de esta teoría psicológica, se desarrollará el Modelo de Autorregulación en Enfermedades Crónicas. El mismo especifica cómo las personas sostienen el autocuidado a lo largo del tiempo mediante un ciclo continuo de observar–juzgar–actuar, articulado en dos

sistemas: intrapersonal y contextual, vinculados por un bucle de retroalimentación (Clark, et al. 2014). Es decir, el paciente compara resultados con metas y ajusta estrategias. Desde la perspectiva cognitivo-conductual, este modelo puede considerarse un marco de autorregulación aplicada que operacionaliza las creencias, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento dentro de un ciclo conductual de retroalimentación continua.

La capacidad de autorregulación de la persona se considera fundamental para alcanzar los objetivos deseados en el manejo de una enfermedad. Ser autorregulado implica ser observador y emitir juicios basados en la observación —en lugar de la costumbre, el miedo o la tradición—. Los procesos que componen la autorregulación son continuos y recíprocos. La información, el comportamiento, la comprensión, los sentimientos y las conclusiones generadas a partir de cualquiera de los elementos —observar, juzgar, accionar— influyen continuamente en los demás elementos. La persona se motiva a autorregularse por un objetivo o resultado deseado. Este factor es el principal impulsor de las medidas de manejo de la enfermedad y se considera altamente personal e idiosincrásico (Clark et al., 2014).

El modelo identifica tres procesos interrelacionados que dan lugar a la autorregulación. La observación implica la vigilancia rutinaria de señales de alerta temprana, buscar rutinariamente señales de advertencia, vigilar de cerca al paciente ante los síntomas, y observar si hay mejoría después de administrar la medicación. El juicio es el eje del proceso de autorregulación, consiste en tomar decisiones, como decidir ajustar o cambiar el medicamento, e identificar factores ambientales que probablemente desencadenan los síntomas. La actuación consiste en determinar si la acción realizada produjo el resultado esperado, incluye la expectativa de resultados, confianza y autoeficacia. La autoeficacia es la certeza o confianza que tiene el individuo de poder prevenir o detener los síntomas o de tratar la enfermedad en general (Clark, et al. 2014). La observación, el juicio y la acción son influenciados por los factores intrapersonales y los factores externos.

Los factores intrapersonales son las habilidades de autogestión que comprenden metas conductuales claras, planificación-implementación, monitoreo de síntomas y del régimen, solución de problemas ante barreras, comunicación efectiva con el equipo, autoevaluación del plan. Estas habilidades descansan en conocimiento, creencias de utilidad/necesidad, autoeficacia y motivación. Los factores externos son el acceso y continuidad de cuidados, el apoyo familiar/instrumental, la alfabetización en salud y la coordinación interprofesional. En el sistema contextual, el modelo incorpora acceso y continuidad de cuidados, apoyo

familiar/instrumental, alfabetización en salud y coordinación interprofesional. Desde esta perspectiva, la adherencia no depende exclusivamente del paciente, sino del acoplamiento entre la persona y el sistema de atención (Clark et al., 2014).

El modelo de autorregulación explica la adherencia terapéutica como un proceso guiado por las representaciones cognitivas que las personas elaboran sobre su enfermedad y su tratamiento. La capacidad de sostener el autocuidado depende de que el paciente posea conocimientos adecuados, perciba control sobre su conducta y entorno, y se implique activamente en su tratamiento (OMS, 2004). De este modo, la autorregulación se constituye en un determinante esencial para comprender los factores de riesgo y protectores implicados en el proceso de trasplante.

En síntesis, la perspectiva teórica adoptada articula el modelo biopsicosocial, el rol clínico del psicólogo y el modelo de autorregulación, conformando un marco de análisis que permite comprender la complejidad del proceso pretrasplante. Desde este encuadre, la entrevista de valoración psicológica se considera un espacio privilegiado para identificar los factores de riesgo y protectores que inciden en la adherencia terapéutica y en la preparación emocional de los pacientes, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en una lectura clínica situada.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo tiene como fin presentar la sistematización de la experiencia obtenida en el marco de la práctica profesional supervisada realizada en el Hospital Córdoba entre abril y octubre de 2025.

La sistematización es una reflexión crítica de la práctica sobre sí misma (Jara, 2010). Es un proceso de reconstrucción ordenada y analítica que considera tanto factores objetivos como subjetivos, con el fin de generar aprendizajes y transformar las prácticas. Este enfoque se aleja de la mirada positivista y plantea un cambio epistemológico, el cual plantea: el conocimiento no está afuera, esperando ser descubierto, sino que se produce en el encuentro entre sujetos y realidad, en una experiencia situada y cargada de sentido.

Barnechea García y Morgan Tirado (2010) entienden a la sistematización como aquella práctica que emerge de necesidades concretas de quienes trabajan en territorios sociales. Para estas, sistematizar implica reconocer saberes construidos en la acción, dotarlos de sentido teórico y convertirlos en insumos para nuevas intervenciones. Así, se produce un conocimiento “desde abajo”, que desborda los márgenes del saber académico tradicional y apuesta por una legitimación del saber popular y técnico-profesional implicado (Barnechea García & Morgan Tirado, 2010).

La sistematización tiene un carácter transformador. Oscar Jara (2010), tanto en la entrevista como en el documento de orientaciones metodológicas (CEAAL, s.f.), subraya que sistematizar no es un ejercicio técnico ni una obligación burocrática, sino una apuesta por transformar las prácticas. La sistematización permite a los sujetos apropiarse críticamente de sus experiencias, resignificarlas y construir teorizaciones iniciales que no buscan universalizar, pero sí aportar comprensiones profundas del contexto vivido. Así, se puede dejar de concebir al profesional como simple ejecutor de técnicas, y empezar a pensarlo como educador-investigador (Jara, 2010).

7.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

En orden de conocer quienes son los sujetos, se considera necesario ubicarse en el contexto específico de un hospital general de alta complejidad en Córdoba Capital, el Hospital Córdoba.

Los usuarios que se insertan en la sistematización son aquellos que han asistido a la División de Salud Mental para realizar una valoración psicológica en el marco del programa de pretrasplante. Estos son derivados por los servicios médicos a cargo, formando parte de una “hoja de ruta” donde cada especialidad evalúa a los pacientes con el fin de identificar aspectos que podrían ser riesgosos tanto para la cirugía como para la adaptación al trasplante.

Para la sistematización se seleccionan pacientes mayores de 15 años, provenientes de la Ciudad de Córdoba Capital, del Interior de la provincia y de otras regiones del país, abarcando una diversidad de orígenes. Estas personas son candidatas a trasplante de diversos órganos, incluyendo trasplante renal, hepático, pulmonar.

7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recabar la información necesaria y pertinente para desarrollar el eje de sistematización, se emplearon diversas técnicas pertinentes para el contexto clínico, entre

estas: la entrevista, es decir el instrumento fundamental del método clínico (Bleger, 1976). Específicamente se aplicaron entrevistas semi-estructuradas, caracterizadas por basarse en una guía de temas o preguntas, permitiendo al entrevistador introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener información más detallada sobre los asuntos de interés (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Estas entrevistas se realizaron a pacientes candidatos a trasplante, indagando aspectos como datos sociodemográficos, historia de la enfermedad, diagnóstico y antecedentes, entre otros, y permitieron recopilar información tanto verbal como no verbal.

También fueron implementadas al inicio técnicas de observación no participante, donde se registró información explícita recabada a través de la entrevista como para también registrar el comportamiento de los pacientes durante las mismas, sus reacciones, lenguaje corporal y la interacción con la psicóloga. Guber (2001) caracteriza esta modalidad como neutra, donde le permite al sujeto apartarse de la participación activa para únicamente observar. Luego, se comenzó a utilizar la observación participante, la cual el autor refiere que combina la observación sistemática con la participación activa. Esto lleva a involucrarse activamente, posibilitando realizar preguntas directivas que permiten concentrarse en temas específicos y recopilar información clara. Estas fueron utilizadas para indagar en la complejidad de los factores de riesgo y protectores y guiar al paciente. Adicionalmente, se revisaron historiales clínicos e informes de otras especialidades (Trabajo Social y Medicina) para complementar la información obtenida mediante entrevistas y observaciones, y se realizaron entrevistas a distintos profesionales de la salud involucrados en el programa de pretrasplante .

Todo esto fue registrado en un cuaderno de campo detallado, donde se documentaron las descripciones de cada evaluación, motivos de consulta, diagnósticos, situación de cada paciente, intervenciones específicas realizadas por la psicóloga y otros datos relevantes.

7.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todo lo que se realiza en la clínica produce efectos en el sujeto, es decir, que es de suma importancia tener en cuenta la dimensión ética para el desarrollo profesional del psicólogo. En el marco de la legislación vigente, es fundamental que toda acción clínica se desarrolle bajo el enfoque de derechos humanos. La ética atraviesa transversalmente, motivo por el cual es necesario enfatizar el ethos de la Psicología Clínica; entendido como el conjunto de actitudes, formas de conducta y convicciones que guían la acción del profesional (García Barthe, 1997).

En esta línea, Desviat (2016) destaca que es de crucial importancia una clínica en la cual prime la escucha, donde se realice un diagnóstico que abra caminos de cuidado y comprensión, donde se trabaje con responsabilidad sobre los efectos de las acciones en los usuarios. La postura frente a la clínica no es una postura teórica, sino ética, nuestras acciones no son el vacío, sino que tienen efectos sobre las personas y somos responsables de esas acciones y consecuencias (Desviat, 2016).

El Código de Ética de FePRA (1999), establece principios generales que guían el accionar del profesional de psicología, los cuales son: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas, Honestidad Intelectual, Compromiso Profesional y Científico, Integridad y por último Responsabilidad Social. Además, establece normas deontológicas: Consentimiento Informado, Secreto Profesional, Responsabilidad en las relaciones profesionales, Investigación, Docencia, Declaraciones públicas (Código de Ética, 1999).

Dentro del marco legal que regula la labor profesional del psicólogo, en 1985 se estableció la Ley N.º 23.277 que regula las normativas asociadas al ejercicio profesional del psicólogo a nivel nacional (Argentina, 1985). En lo que respecta al ámbito provincial, desde 1984 se rige por la Ley N.º 7.106, reglamentación en la cual se especifican las diferentes tareas del psicólogo clínico (Provincia de Córdoba, 1984).

Las leyes no solo protegen a los profesionales de la salud mental, sino también a los usuarios, considerando que el objeto de trabajo implica la atención a otros sujetos. En este sentido, resulta fundamental atender a la Ley N.º 26.529, promulgada en 2009, que resguarda los derechos del paciente (Argentina, 2009), y a la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 del año 2010, cuyo objetivo es garantizar la protección de los derechos civiles, sociales y culturales de las personas con padecimiento mental (Argentina, 2010). Asimismo, otras normativas relevantes que buscan resguardar a los pacientes incluyen la Ley N.º 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar (Argentina, 1994), la Ley N.º 27.499 de Capacitación Obligatoria en Género, conocida como “Ley Micaela” (Argentina, 2018), y la Ley N.º 22.431 del Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad (Argentina, 1981), entre otras que amparan sus derechos.

En el marco del presente trabajo es pertinente considerar las leyes relacionadas con el trasplante de órganos. La Ley N.º 27.447 de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, conocida como "Ley Justina" (Argentina, 2018), la cual reconoce principios fundamentales para la ética de la valoración psicológica, tales como el respeto por la dignidad humana en todas sus dimensiones, la autosuficiencia, y la voluntariedad, el altruismo y la gratuidad en la donación. Esta normativa es central para cualquier programa de trasplante en Argentina. La Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Argentina, 2009) que faculta a los pacientes a aceptar o rechazar intervenciones médicas, incluyendo tratamientos y la opción de rechazar terapias desproporcionadas. Esta ley asegura el derecho del paciente a recibir información clara, precisa y comprensible sobre su estado de salud, pronóstico y opciones de tratamiento, lo cual es crucial en la valoración pretrasplante para evaluar la capacidad de decisión y comprensión del paciente. Finalmente, la Ley N.º 26.928 de Sistema de protección integral para personas trasplantadas y en lista de espera (Argentina, 2013), fundamental para que el psicólogo reconozca los derechos de los pacientes para evaluar los factores protectores y de riesgo.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Mi experiencia como practicante en la División de Salud Mental en el Hospital Córdoba me ha permitido desde un primer momento observar y participar activamente en los diferentes servicios y actividades de las cuales forma parte. Esto me ha permitido comprender la complejidad y profunda especificidad de la atención de la Salud Mental en un hospital polivalente. El periodo de práctica inició formalmente el 15 de abril de 2025 y sigue en la actualidad hasta inclusive el mes de octubre. Durante este tiempo, asistí los días lunes, miércoles y viernes de 8:30 a 12:30, y algunos jueves de 17 a 19 horas. Además, participé en días extra en charlas del Ministerio de Salud. A continuación detallaré las principales actividades y mi experiencia personal en cada una de ellas.

Primero, con respecto a las interconsultas psicológicas y psiquiátricas, el servicio gestiona interconsultas con diversas áreas y servicios del hospital, ya sea Guardia Central, Clínica Médica, Unidad de Terapia Intensiva [UTI], Unidad de Cuidados Intermedios [UCI], Unidad Coronaria [UCO], Hematología, IQ, Nefrología y Cardiología. Desde que inicié mis prácticas, fueron una parte fundamental de mi observación, el mismo 15 de abril tuve la oportunidad junto a mi compañera de presenciar cómo se realiza la interconsulta en una paciente ingresada por intento tanático, otro caso similar el 21 de abril. Luego de realizar las interconsultas, el profesional o los profesionales que han intervenido evalúan si es necesario realizar un seguimiento o no. Lo que más me llamó mi atención fue la intervención en crisis en la guardia, y en el resto de los dispositivos cómo el otorgar información sobre su situación, sobre la importancia de tomar los fármacos, sobre lo esperable psíquicamente de una internación prolongada, etc, como el otorgar información y educación sobre la propia situación calmaba ansiedades, desataba angustias y subía la tolerancia a la internación y enfermedad. También un paciente del IQ, cuya resiliencia y uso del mindfulness me impresionaron.

Segundo, el servicio ofrece consultorio externo psicológico y psiquiátrico, de los cuales tuve la oportunidad de participar casi diariamente. Los diferentes registros me llevaron

a pensar la complejidad y diversidad de usuarios que llegan a un consultorio dentro de un hospital general. La mayoría de los mismos llegan tras haber sido intervenidos en una interconsulta durante su internación en el hospital, otros por derivación de médicos de otros servicios, y otros por medio del turnero central. Esta participación me despertó curiosidad sobre las ansiedades que se desenvuelven en el consultorio, sobre la discapacidad y su abordaje, sobre la sexualidad y la discapacidad, sobre los efectos de las intervenciones de orden psicoeducativo, entre otros.

Tercero, el servicio tiene entre sus funciones la realización de evaluaciones psicológicas a pacientes que aspiran a trasplante, ya sea renal, pulmonar, cardíaco o reno-pancreático. Este espacio despertó en mí un gran interés desde el inicio de la práctica, especialmente por la complejidad y profundidad de los aspectos que se abordan en dichas entrevistas. En ellas se indagan múltiples dimensiones del sujeto, como la conciencia de enfermedad, las fantasías asociadas al trasplante, los hábitos cotidianos, los factores protectores, el apoyo social y familiar, la adherencia a los tratamientos, el manejo de la ansiedad y las expectativas frente al procedimiento. Estas evaluaciones se distinguen por su enfoque integral, ya que no se limitan al análisis del estado psicopatológico, sino que buscan comprender a la persona en su totalidad, considerando su subjetividad, su red vincular y su modo de afrontar la enfermedad. En las primeras entrevistas participé como observadora, lo que me permitió familiarizarme con la dinámica del dispositivo y con el estilo de intervención del equipo. Posteriormente, comencé a realizar preguntas e intervenciones pertinentes, pudiendo así poner en práctica herramientas clínicas y fortalecer mis habilidades en el ámbito de la evaluación psicológica en contextos de salud.

Otra área de interés fue la El área que más me generó interés es la JED, encargada de la evaluación y renovación del CUD. Estas evaluaciones consideran diversas áreas de la vida del usuario, no solo para diagnosticar, sino para comprender cómo el contexto y el diagnóstico se afectan mutuamente. La psicóloga me enseñó la documentación, el manual, el llenado de formularios y la clasificación de casos, además de mostrarme las intervenciones durante la evaluación. Me llamó la atención la frecuencia de miedos asociados al estigma y la falta de exploración de la sexualidad, que considero una variable relevante.

En quinto lugar, otra área de la que participé activamente fue en la atención a personas derivadas con oficio judicial. A esta actividad ingresé tras preguntarle a la psicóloga a cargo, ella me invitó a pasar pero me advirtió que eran sesiones breves que “los judiciales

no hablan”. Tras haber participado un par de semanas de varias sesiones, y comentando con la profesional, notamos que mi presencia generaba que las sesiones fueran más largas, las personas con oficio judicial se tomaban el tiempo de explicarme su causa, su situación, me relataban los hechos y la licenciada les daba más espacio. Además, al estar en diferentes oportunidades, presencié la complejidad de las intervenciones en el contexto legal, cómo se deben poner límites constantemente, el impacto emocional en los pacientes, entre otras.

Al iniciar la práctica, nos comentaron que se estaba desarrollando un nuevo dispositivo: Tango Terapia. Un dispositivo grupal que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes a través del tango. Se enfoca principalmente en fomentar lazos sociales. Participé activamente como participante en las sesiones de Tango-Terapia. Sesión a sesión se fue conformando un grupo, donde poco a poco la palabra iba haciéndose lugar, la confianza tomaba terreno y los participantes simbolizamos a través del cuerpo y no solo la palabra.

La División de Salud Mental organiza y participa en charlas y capacitaciones para distintos equipos. El 25 de abril asistimos a una charla sobre “Atención médica a los Testigos de Jehová” y luego participé en el curso “Voluntades Anticipadas” del Ministerio de Salud. El 4 de junio una psicóloga dictó una charla sobre “Sexualidades y Discapacidad” enfocada en el Síndrome de Duchenne, y el 6 de junio asistí al “Curso de capacitación en instituciones y dispositivos intermedios en Salud Mental” sobre la red provincial de servicios. El 7 de julio una endocrinóloga ofreció una clase sobre personas intersexo, y el 30 de julio participé en una sesión de psicoeducación sobre afirmación de género dirigida al equipo de Kinesiología y Fisioterapia.

Por último, también me interesé por la organización interna y tareas administrativas detrás de un servicio de Salud Mental. Desde mi primer día busqué familiarizarme con el espacio, comprender las dinámicas, de ser un hospital público, de la autogestión sobre problemas que surgen, sobre el software y la base de datos, entre otras cosas. Contribuí a la organización, por ejemplo realizando carteles informativos para los pacientes sobre horarios, turnos, profesionales, etc. También me ofrecí de crear un modelo de consentimiento informado físico para pacientes de consultorio externo, además apoyé la actualización de la planilla de profesionales, registros de interconsultas, registros de seguimiento, etc.

8.2. ANÁLISIS DE DATOS

En continuidad con lo expuesto en el apartado 6 —Perspectiva teórica—, se desarrolla una lectura teórico-práctica con el fin de dar cumplimiento al objetivo del presente trabajo, centrado en el análisis de la entrevista de valoración psicológica en el marco del programa pretrasplante de un hospital general de alta complejidad.

Para el análisis de datos se trabajó con diez (10) pacientes del programa de trasplante. La información proviene de los registros elaborados durante la práctica profesional supervisada, recuperando elementos relevados en la entrevista de valoración psicológica pretrasplante y en su articulación con el dispositivo institucional (circuitos, tiempos y derivaciones).

La lectura de los casos se organizó a partir de indicadores clínicos y psicosociales observables en la entrevista y relevantes para el proceso pretrasplante, tales como: conciencia de enfermedad y comprensión del tratamiento; antecedentes de adherencia; estrategias de afrontamiento; presencia de consumo problemático; red de apoyo y dinámica familiar; condiciones contextuales (laborales, económicas y de acceso); y expectativas, fantasías o temores asociados al trasplante. A su vez, se realizó una lectura transversal que permitió comparar recurrencias y singularidades entre casos y entre circuitos, situando la función de la entrevista no sólo como instancia de evaluación, sino también como intervención clínica.

Con el objetivo de resguardar la confidencialidad y mantener el anonimato, los casos se presentan como Paciente 1 a Paciente 10, siguiendo el orden en que fueron registrados. En total, se incluyen 2 pacientes del circuito pulmonar, 4 del circuito renal y 4 del circuito hepático. A continuación, se adjunta una lista identificatoria sintética de cada paciente:

Paciente 1: 42 años, hepático.

Paciente 2: 48 años, renal.

Paciente 3: 55 años, renal.

Paciente 4: 50 años, pulmonar.

Paciente 5: 52 años, hepático.

Paciente 6: 55 años, hepático.

Paciente 7: 22 años, renal.

Paciente 8: 32 años, renal.

Paciente 9: 32 años, hepático.

Paciente 10: 30 años, pulmonar.

8.2.1. PROGRAMA DE TRASPLANTE Y EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Con el propósito de abordar el Objetivo 1, se presenta a continuación una contextualización del programa de trasplante y del rol del/la psicólogo/a clínico/a dentro del dispositivo institucional.

El programa de trasplante puede comprenderse como un proceso asistencial de alta complejidad donde la noción de salud se despliega en su dimensión integral. La OMS (1948) comprende a la misma como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o afecciones. Desde esta perspectiva, el trasplante no se reduce a un evento quirúrgico aislado, sino que se configura como un recorrido sostenido que implica transformaciones en múltiples dimensiones de la vida del/la paciente y su entorno.

En coherencia con lo anterior, el modelo BPS permite comprender que la enfermedad y su tratamiento se expresan en la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Wade, 2017). En consecuencia, el abordaje de la situación trasplantológica requiere un trabajo multidisciplinario, en tanto las decisiones clínicas y el sostenimiento del tratamiento se articulan con variables subjetivas, familiares y contextuales.

A partir de lo observado durante la práctica profesional supervisada en el HC, esta “alta complejidad” se expresa, precisamente, en la participación coordinada de múltiples especialidades, en la secuenciación de estudios y consultas, en la toma de decisiones escalonadas respecto de la candidatura y en la necesidad de sostener cuidados y adherencia a lo largo del tiempo, en un proceso que involucra al/la paciente y a su red. Para delimitar el objeto del programa, cabe recordar que el trasplante se define como un procedimiento médico mediante el cual se reemplaza un órgano enfermo por otro sano (INCUCAI, s. f.). En el HC, según lo relevado durante la práctica, el programa incluye trasplantes de órganos individuales —renal, hepático, cardíaco, pulmonar y pancreático— y trasplantes multiorgánicos, tales como renopancreático, hepatorenal y cardiorrenal.

A fin de ubicar el lugar de cada intervención dentro del dispositivo, el proceso de trasplante se organiza en tres momentos: pretrasplante, trasplante y postrasplante, cada uno con exigencias clínicas y subjetivas específicas. En particular, el pretrasplante consiste en un proceso de valoración del/la paciente con el fin de determinar su aptitud para ingresar en lista de espera, lo cual implica ser evaluado/a por distintas áreas de la salud. De acuerdo con la descripción del proceso de evaluación, los resultados posibles de la hoja de ruta se organizan en: apto/a, no apto/a transitorio (cuando debe corregirse algún aspecto para continuar) y no apto/a definitivo/a (cuando finaliza el proceso de inscripción sin ingresar a lista) (Pérez & Herrador, 2012).

En este marco, la hoja de ruta consiste en un conjunto de pruebas, estudios y entrevistas realizadas por diversas especialidades para determinar la candidatura. En el HC, según lo observado durante la práctica profesional supervisada, este recorrido se organiza de forma tal que las evaluaciones puedan completarse, en general, en dos días consecutivos: la central de turnos asigna las citas procurando un orden que facilite la realización de los estudios y consultas requeridas en ese período.

Dentro de este entramado, la Psicología se constituye como un componente de la evaluación multidisciplinaria. El rol del/la psicólogo/a clínico/a resulta fundamental en las distintas etapas del proceso, especialmente por tratarse de pacientes con enfermedades crónicas, en quienes se evidencia una interacción constante entre dimensiones físicas y psicológicas; por ello, se destaca la importancia de abordarlas de manera integrada (Parr & Mize, 2002). En el programa pretrasplante del HC, las profesionales de la División de Salud Mental realizan la entrevista de valoración psicológica a pacientes que transitan este circuito, aportando una lectura clínica sobre recursos, obstáculos y condiciones subjetivas y contextuales que pueden incidir en el proceso.

En términos prácticos, este aporte se vincula con el reconocimiento de factores que favorecen u obstaculizan el afrontamiento, el sostenimiento de pautas de cuidado y la adherencia al tratamiento, así como con la indicación de acompañamientos o intervenciones previas cuando se considera necesario. Se trata, por lo tanto, de una práctica situada e integrada con otros saberes, que requiere sostener una perspectiva multidisciplinaria y un enfoque multidimensional. En el HC, esta perspectiva se vuelve especialmente pertinente al tratarse de un proceso que pone en juego, de manera simultánea, decisiones clínicas, redes de apoyo y reorganizaciones subjetivas en torno a la espera, la intervención y la vida posterior.

La importancia de situar la lectura psicológica de este modo se evidencia, por ejemplo, en el Paciente 6 del circuito hepático. En la entrevista no solo se relevan aspectos emocionales, sino también el modo en que el mismo se posiciona frente a las indicaciones médicas —resistencia al tratamiento y dificultades para sostener pautas— junto con condiciones del entorno que complejizan la continuidad del proceso. En este caso, dichas resistencias se expresan en la desconfianza hacia el abordaje médico y en la preferencia por alternativas “naturales”, con cuestionamientos a la toma de medicación y a la necesidad de estudios y controles. Desde este encuadre, el rol de la psicóloga no se limita a “describir” un estado interno, sino que aporta una lectura clínica sobre obstáculos y recursos psicosociales que inciden en la adherencia y en el sostén del recorrido.

En continuidad con lo anterior, una vez finalizada la hoja de ruta y considerada la aptitud del/la paciente, se ingresa en el período de espera. En caso de donantes cadavéricos, el inicio del proceso puede presentarse de manera inesperada y no siempre culmina en un trasplante efectivo, ya que depende del estado del órgano y de las condiciones clínicas del/la paciente receptor/a (Parr & Mize, 2002). En esta etapa, el acompañamiento psicológico

adquiere relevancia en tanto puede favorecer la tramitación de la incertidumbre, la regulación emocional y el sostén de pautas indicadas durante la espera, en articulación con el equipo tratante. Dicho acompañamiento no es obligatorio ni necesariamente requerido en todos los casos, sino que puede surgir a demanda del/de la paciente o por requerimiento del equipo.

La modalidad a demanda puede observarse en el Paciente 4 del circuito pulmonar, cuya evaluación se realizó a partir de una interconsulta médico-psicológica solicitada por Clínica Médica durante un período de internación. En este tipo de situaciones, el lugar de la Psicología se activa a partir de una necesidad concreta del equipo tratante y se orienta a aportar una lectura clínica que complemente lo médico, poniendo en foco dimensiones subjetivas y vinculares que inciden en cómo el paciente transita la espera. En el caso del Paciente 4, se logró ver los recursos de afrontamiento —como el uso del humor—, la presencia de una red de sostén —esposa e hijos— y una disposición colaborativa durante la entrevista. Además, se identificaron emociones esperables en el contexto de internación, como ansiedad e incertidumbre, las cuales permiten pensar intervenciones de sostén situadas, en este caso seguimiento psicológico durante su curso de internación.

Finalmente, en el postrasplante, el/la paciente atraviesa un período en el que pueden presentarse dificultades esperables y, en algunos casos, complicaciones que requieren seguimiento como emociones extremas, ascitis, rechazo del órgano por el organismo o infección. Asimismo, se trata de una etapa de sostén permanente del tratamiento, dado que el/la paciente continuará con medicación inmunosupresora y controles regulares, lo cual demanda comprensión del propio rol en el cuidado y adherencia sostenida (Parr & Mize, 2002). En esta fase, el aporte de los profesionales de la Psicología en el HC adquiere una especial relevancia para acompañar procesos de adaptación, adherencia, reorganización de la vida cotidiana y tramitación subjetiva de los cambios implicados.

Esto se ve claramente reflejado en el Paciente 8 del circuito renal, el mismo cuenta con una historia de salud compleja desde los 9 años con respecto a sus riñones. Después de un largo recorrido por diferentes instituciones, ingresa al HC y tras atravesar su evaluación, decide por cuenta propia iniciar tratamiento psicológico. Recientemente atravesó su segundo trasplante renal, durante el atravesamiento del periodo se presentaron complicaciones derivando en un rechazo de órgano. Por este motivo, y en acuerdo de la profesional y el paciente, se inició un seguimiento semanal. En este caso, el acompañamiento psicológico se ubica en el periodo postrasplante como un sostén necesario para tramitar lo vivido, sostener

la adherencia y acompañar el período en el que el paciente queda “no apto transitorio”, debiendo esperar un año para volver a ingresar a lista y retomar la hoja de ruta. A diferencia de la hoja de ruta, estos pedidos suelen activarse por interconsultas médico-psicológicas o son derivados directamente a la División de Salud Mental a solicitar turno.

La alta complejidad del programa no deriva únicamente de la intervención quirúrgica, sino del carácter procesual del trasplante, del abordaje multidisciplinario y de la necesidad de integrar dimensiones clínicas, subjetivas y del contexto a lo largo de las diferentes etapas como se vió en los Pacientes 6, 4 y 8. En este marco, la intervención del quehacer profesional de las psicólogas se inscribe como un aporte específico para comprender condiciones que inciden en el afrontamiento y en el sostén de cuidados, lo cual habilita, en el apartado siguiente, describir con mayor precisión el dispositivo central de esta participación: la entrevista de valoración psicológica en el pretrasplante.

8.2.2. ENTREVISTA DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA PRETRASPLANTE

En continuidad con lo anterior, y en función del Objetivo 2, se describe la entrevista de valoración psicológica correspondiente al programa pretrasplante. Se recuperan aquí sus características principales como dispositivo clínico, su inserción dentro de la hoja de ruta y los ejes que orientan la exploración, con el propósito de delimitar el alcance de la valoración y su aporte a la lectura integral del caso.

La entrevista de valoración psicológica del programa pretrasplante se inscribe como una instancia específica dentro de la hoja de ruta, y puede comprenderse como un dispositivo

clínico que, además de recabar información, orienta la lectura integral del caso en un momento clave del proceso. La entrevista constituye una técnica central del método clínico (Bleger, 1964), ya que permite producir conocimiento a partir del encuentro, con reglas propias que posibilitan observar, comprender y organizar información relevante para la intervención.

En el marco del pretrasplante la entrevista es semiestructurada en tanto se apoya en una guía previa de ejes e ítems a explorar, sin ser un interrogatorio rígido e invariable. Esta modalidad habilita al/la entrevistador/a a introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener información más detallada sobre los asuntos de interés (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018), preservando a la vez la singularidad de cada caso y el carácter clínico del encuentro.

En lo observado durante la práctica profesional supervisada, esta instancia se articula con el resto de estudios y valoraciones de la hoja de ruta y se organiza de manera tal que el/la paciente pueda completar el recorrido en tiempos acotados. En este punto, la entrevista psicológica se inscribe dentro de un dispositivo institucional que busca sostener el ordenamiento del proceso y producir insumos clínicos pertinentes para el equipo multidisciplinario. Asimismo, la modalidad puede adaptarse a las condiciones clínicas y organizacionales: además de la entrevista presencial, en algunos casos se registraron entrevistas realizadas por vía virtual cuando el encuadre así lo requirió. Este fue el caso de la Paciente 1, oriunda de San Francisco, quien por situaciones económicas no podía trasladarse al HC para realizar la entrevista. Motivo por el cual la profesional adaptó el encuadre de la misma a la situación específica, permitiendo un encuentro virtual.

En el HC, la División de Salud Mental cuenta con dos protocolos de entrevista utilizados en este circuito: “Valoración psicológica para trasplante” (Cuello, s. f.) y “Formulario de entrevista psicológica pacientes candidatos a trasplante” (Mercado Scagliotti, s. f.). Ambos instrumentos orientan la exploración clínica y permiten sistematizar información relevante para la evaluación, apuntando a conocer el impacto subjetivo del trasplante, explorar el grado de motivación, identificar indicadores que puedan interferir en el afrontamiento —especialmente de cara al postoperatorio—, indagar expectativas y temores, evaluar el manejo de la ansiedad y estimar condiciones vinculadas a la adherencia y al sostenimiento del tratamiento médico, incluyendo la detección de situaciones que requieran estabilización o acompañamiento previo (Cuello, s. f.; Mercado Scagliotti, s. f.).

Respecto a los contenidos, la entrevista se organiza en ejes que permiten construir una lectura BPS del caso. En primer lugar, se recaban datos generales y de contexto (información sociodemográfica, situación laboral/educativa, condiciones de vida, cobertura y red de apoyo) y antecedentes relevantes (tratamientos previos, internaciones, consumo de sustancias, consultas psicológicas/psiquiátricas y psicofarmacología). En segundo lugar, se indagan aspectos directamente vinculados al proceso pretrasplante: conciencia de enfermedad y comprensión del tratamiento; información disponible sobre el trasplante, sus riesgos y cuidados; posición subjetiva frente a la indicación (aceptación, ambivalencias, temores); expectativas y representaciones asociadas al trasplante y al órgano; y el vínculo con el equipo tratante. En línea con ello, también se incorpora la exploración de hábitos y rutinas cotidianas vinculadas al autocuidado, así como la presencia o ausencia de apoyos concretos para sostener indicaciones (Cuello, s. f.; Mercado Scagliotti, s. f.).

De este modo, la entrevista no se limita a describir el estado subjetivo actual, sino que se orienta a producir una conclusión clínica que aporte a la toma de decisiones del equipo. En este marco, el resultado de la valoración contempla la identificación de recursos y dificultades y, a partir de ello, la formulación de indicaciones. Esto se comprende con lo que plantea Desviat (2016) sobre la acción terapéutica: una intervención orientada a producir salud, en la medida en que responde a necesidades sociales expresadas en demandas. Por eso, las indicaciones que pueden surgir de la valoración psicológica —por ejemplo, recomendar inicio de tratamiento psicológico, seguimiento o una nueva entrevista para completar la evaluación— se entienden como intervenciones situadas y no como recomendaciones aisladas (Cuello, s. f.; Mercado Scagliotti, s. f.). Estas indicaciones quedan asentadas en el informe.

En los registros analizados se advierten indicaciones diversas, definidas en función de la singularidad de cada caso. En algunos pacientes, la entrevista se expresa en la recomendación de iniciar acompañamiento psicológico: por ejemplo, en la Paciente 1 se indicó tratamiento para acompañar el manejo de la ansiedad; en el Paciente 7 se sugirió acompañamiento con el objetivo de fortalecer recursos personales, trabajar aspectos emocionales vinculados al diagnóstico y prepararse para lo que implica un proceso de trasplante; y en el Paciente 10 se indicó iniciar tratamiento psicoterapéutico y sostener seguimiento clínico, en función de lo relevado en la entrevista y del impacto subjetivo del momento atravesado. En otros casos, la indicación se orienta a sostener un seguimiento ya

iniciado o requerido por el momento del proceso: en el Paciente 4, por ejemplo, se indicó seguimiento mientras continuara cursando internación, como forma de sostener el acompañamiento en ese contexto; y en el Paciente 8 se indicó continuar con su tratamiento psicológico, en articulación con el recorrido que venía realizando.

También se consignan indicaciones centradas en ordenar información y fortalecer condiciones para el sostén del tratamiento. En el Paciente 2, se consideró pertinente que se informara y que pudiera contar con una instancia de consulta con su médico tratante para esclarecer dudas. En el Paciente 5, la indicación se orientó a construir herramientas concretas que faciliten el recuerdo y la organización cotidiana, atendiendo a dificultades mnésicas que podrían interferir en el sostenimiento de pautas y esquema farmacológico. Por último, en algunos casos la entrevista torna pertinente la implementación de intervenciones previas antes de avanzar con el circuito, cuando se observan obstáculos significativos en el posicionamiento frente a la indicación o en la posibilidad de sostener pautas: esto se aprecia en el Paciente 6, donde se indicó continuar con entrevistas y acompañamiento para trabajar estos aspectos y articular con el equipo tratante. En contraste, en casos como el Paciente 3 y el Paciente 9 no se consignaron indicaciones específicas posteriores a la entrevista, lo cual también forma parte de la lógica situada de la intervención.

Tras finalizar la evaluación, se elabora un informe sobre el/la paciente y se expresan las conclusiones mediante categorías tales como “apto”, “apto con riesgo leve”, “apto con riesgo moderado”, “apto con riesgo alto”, “no apto transitorio” y “no apto”, en función de los indicadores y factores relevados durante la entrevista y de la lectura integral del caso. En consecuencia, las categorías conclusivas consignadas en el informe no se comprenden como etiquetas aisladas, sino como el resultado de una lectura integral sustentada en indicadores clínicos y contextuales. El apartado siguiente profundiza la sistematización de dichos indicadores que han resultado en la conclusión de la entrevista, organizándose en factores de riesgo y factores protectores que permiten fundamentar las formulaciones finales.

8.2.3. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

A partir de las conclusiones elaboradas en la valoración psicológica y en articulación con el encuadre teórico trabajado, se avanza en el Objetivo 3, orientado a sistematizar los indicadores relevados en términos de factores de riesgo y factores protectores. Esta lectura se realiza en articulación con el Modelo de Autorregulación en Enfermedades Crónicas (Clark et al., 2014) y con la concepción de adherencia como fenómeno multicausal (OMS, 2004). En este marco, los factores de riesgo y protectores se entienden como configuraciones situadas que pueden favorecer u obstaculizar el sostenimiento del proceso pretrasplante, incidiendo sobre la comprensión, la motivación y las condiciones de implementación del autocuidado.

En este sentido, la identificación de factores de riesgo durante la entrevista no constituye un juicio sobre el/la paciente, sino una herramienta clínica que permite anticipar posibles obstáculos en el circuito autorregulatorio y fundamentar decisiones dentro del programa pretrasplante. A partir del análisis transversal de las entrevistas, se identificaron los siguientes factores de riesgo: resistencias frente a la indicación médica y dificultades de adherencia; vulnerabilidad psíquica significativa; ansiedad elevada con escasa elaboración subjetiva, asociada en ocasiones a insomnio; bajo interés o dificultades en la apropiación de la información médica; desconfianza hacia el equipo de salud o abordaje farmacológico; dependencia significativa del entorno para la toma de decisiones; dificultades para sostener pautas y controles en el tiempo. Los mismos no necesariamente aparecen de forma aislada sino que suelen articularse entre sí, configurando escenarios clínicos particulares que requieren una lectura integral y BPS, por ejemplo, el Paciente 6, 10, 8 y 2.

En el Paciente 6, durante la entrevista se registraron resistencias frente a la indicación médica, incluyendo su negativa a adherir al tratamiento indicado optando por abordajes alternativos naturales. Esta forma de posicionarse evidencia una fragilidad en el componente “querer” y “poder” de la tríada OMS, así como dificultades en el momento de la acción dentro del modelo de autorregulación. Asimismo, se observaron indicadores de ansiedad elevada e insomnio, junto con desconfianza hacia el abordaje farmacológico. Estos elementos

pueden interpretarse como interferencias en el proceso de juicio —en tanto afectan la interpretación y aceptación de la información médica— y en la acción, dificultando la implementación de conductas de cuidado. A ello se suman dificultades para sostener controles y pautas médicas en el tiempo, lo cual refuerza la lectura de un circuito autorregulatorio frágil en el momento de la evaluación y fundamenta la conclusión de No apto transitorio.

En el caso del Paciente 10, los factores de riesgo se vinculan principalmente con alta vulnerabilidad psíquica, inestabilidad emocional y antecedentes de ideación suicida, en el contexto de estresores vitales recientes. Estos indicadores permiten identificar una fragilidad significativa en la dimensión emocional del proceso autorregulatorio, afectando tanto el juicio como la acción frente al tratamiento. La disminución de la confianza en el equipo tratante constituye, además, un elemento que puede interferir en el componente relacional de la adherencia.

En el Paciente 8 se identifican antecedentes de baja adherencia y desgaste asociado a la cronicidad de la diálisis, elementos que pueden incidir en la motivación para sostener a lo largo del tiempo el tratamiento. Desde la perspectiva de la tríada de la OMS, esto impacta principalmente en el componente “querer”, mientras que, desde el Modelo de Autorregulación, puede interpretarse como una disminución en la energía disponible para sostener acciones consistentes frente a las demandas del cuidado.

En el caso del Paciente 2, se observó bajo interés por informarse en profundidad sobre el proceso, lo cual resulta en una dificultad en el componente “saber” de la tríada de la OMS. Desde el modelo de autorregulación, esta posición podría afectar el momento del juicio, en tanto limita la apropiación reflexiva de la información necesaria para sostener decisiones ajustadas. Si bien este factor no implica por sí mismo imposibilidad de continuar el proceso, constituye un indicador a tener en cuenta en términos preventivos.

En articulación con los apartados anteriores, el dispositivo de valoración psicológica permite también reconocer recursos disponibles que sostienen el proceso y que pueden ser potenciados en el acompañamiento. Por ello, a continuación se sistematizan los factores protectores relevados.

Los factores protectores identificados en las entrevistas se expresan como recursos subjetivos y contextuales que favorecen el sostenimiento del tratamiento y del proceso de

trasplante en general. Desde el Modelo de Autorregulación, estos factores facilitan el circuito observar–juzgar–actuar (Clark et al., 2014), permitiendo una mayor implicación del/la paciente en su autocuidado y en la toma de decisiones vinculadas a su salud. Además, pueden favorecer los elementos de la tríada de la OMS.

A partir del análisis transversal de las entrevistas, se identificaron los siguientes factores protectores: apropiación y comprensión de la información médica; reconocimiento de la situación de salud y exigencias del proceso; motivación para el trasplante y disposición al tratamiento; actitud colaborativa y vínculo de confianza con el equipo de salud; redes de apoyo activas; capacidad reflexiva; y recursos de afrontamiento. Estos factores, en articulación, configuran escenarios clínicos que fortalecen la autorregulación y amplían las posibilidades de adherencia sostenida.

Estos factores se evidencian en pacientes que, durante la entrevista, logran advertir y verbalizar aspectos relevantes de su estado de salud, otorgar sentido a la información recibida y posicionarse de manera activa frente a las demandas del proceso. Desde el Modelo de Autorregulación (Clark et al., 2014), ello se vincula con un funcionamiento más consistente del circuito observación–juicio–acción, mientras que, en términos de adherencia, se expresa como mayor disponibilidad para comprender qué hacer (saber), sostener motivación (querer) y contar con condiciones para implementar conductas de cuidado (poder) (OMS, 2004).

En el Paciente 4 del circuito pulmonar, se identifican indicadores protectores vinculados a recursos de afrontamiento y sostén contextual. Durante la entrevista se observa una actitud colaborativa, disponibilidad para el intercambio y presencia de red de apoyo (acompañamiento de su esposa). Asimismo, el uso del humor aparece como recurso subjetivo que permite tramitar la situación de internación de un modo menos desorganizado. En términos del modelo, estos elementos pueden interpretarse como facilitadores del componente de acción, en tanto se asocian con mayores posibilidades de sostener el proceso en un contexto emocionalmente demandante, apoyado en recursos y vínculos disponibles.

Similarmente, en el Paciente 7 del circuito renal se observan indicadores protectores relacionados con la comprensión del proceso y una disposición subjetiva favorable frente al tratamiento. El reconocimiento de la situación de salud y de las exigencias del circuito pretrasplante permite leer un fortalecimiento del componente “saber”, mientras que la disposición favorable se vincula con el “querer” sostener las conductas de cuidado. Desde el

modelo de autorregulación, esto sugiere un juicio más ajustado y una mayor consistencia en la acción frente a las indicaciones del equipo.

En el caso del Paciente 3, la experiencia previa asociada al proceso de trasplante y la adherencia referida constituyen factores protectores relevantes. Estos antecedentes pueden entenderse como recursos que aportan aprendizaje previo y mayor familiaridad con las exigencias del tratamiento, lo cual favorece la organización del circuito autorregulatorio.

Por su parte, en el Paciente 9 se destaca el efecto organizador de la información médica recibida, que se asocia con mayor comprensión y tranquilidad en relación con el proceso. Este indicador resulta pertinente para pensar el impacto que la información —cuando es accesible y se torna significativa para el/la paciente— puede tener sobre el componente de juicio dentro del modelo: permite ordenar interpretaciones, disminuir confusión y sostener decisiones más ajustadas en el marco del circuito pretrasplante (Clark et al., 2014). En términos complementarios, esta dimensión se vincula con el componente “saber” de la adherencia (OMS, 2004).

La conclusión de la valoración psicológica no se desprende de la presencia o ausencia de un indicador puntual, sino de una lectura clínica integral que contempla el modo en que estos elementos se combinan y se expresan durante la entrevista. Desde esta perspectiva, las formulaciones finales consignadas en los informes —así como las indicaciones asociadas— se comprenden como el resultado de una evaluación situada, que considera tanto las capacidades actuales del/la paciente como las condiciones contextuales y el entramado de cuidados disponibles. En consecuencia, el análisis de factores de riesgo y protectores constituye una herramienta central para fundamentar decisiones clínicas dentro del programa pretrasplante y orientar intervenciones acordes a las necesidades identificadas.

9. CONCLUSIONES

El presente Trabajo Integrador Final tuvo como objetivo general analizar la entrevista de valoración psicológica en el marco del programa pretrasplante de un hospital general de alta complejidad de Córdoba. A partir de la sistematización de diez casos y del análisis de los registros elaborados durante la práctica profesional supervisada, se delimitaron hallazgos que no solo clarifican la función del dispositivo de entrevista, sino que permiten dimensionar con mayor precisión la relevancia de la Psicología Clínica dentro de la salud pública hospitalaria.

En relación con el Objetivo 1, orientado a contextualizar el programa de trasplante y el rol del/la psicólogo/a clínico/a dentro del mismo, se pudo observar que el trasplante constituye un proceso asistencial de alta complejidad que excede ampliamente el acto quirúrgico. No se trata únicamente de una intervención médica, sino de un proceso integral que exige reorganizaciones psicológicas, familiares y sociales sostenidas en el tiempo.

En este entramado, el lugar de la División de Salud Mental del Hospital Córdoba es estratégico y necesario. En medio de decisiones médicas críticas, protocolos que cumplir, estudios diagnósticos, cirugías y listas de espera, el espacio psicológico introduce una dimensión que no puede ser reemplazada ni relegada: la del sujeto en su contexto.

La Psicología Clínica complementa, no compite. Permite pensar no solo si un órgano puede ser trasplantado, sino si existen condiciones subjetivas y contextuales para sostenerlo en el tiempo.

Con respecto al Objetivo 2, centrado en describir la entrevista de valoración psicológica del programa pretrasplante, la sistematización permitió afirmar que la entrevista de valoración psicológica es mucho más que una instancia evaluativa. Es un acto clínico.

En ese encuentro se despliega la angustia, se alojan preguntas que muchas veces no habían podido formularse, se clarifican conceptos y expectativas, se trabajan ansiedades, se señalan riesgos y se fortalecen recursos. En un circuito predominantemente biomédico, la entrevista introduce una dimensión humanizada de la atención: un espacio donde la información se traduce, se contextualiza y adquiere sentido para el paciente.

La valoración psicológica no sólo registra información y elabora informes, también produce efectos. Es evaluación, pero también es intervención.

En cuanto a la identificación de factores de riesgo y factores protectores durante la entrevista, uno de los hallazgos más significativos de este trabajo es que el “riesgo” no

describe a la persona como una etiqueta fija, sino que da cuenta de una configuración clínica situada. Las categorías finales no son juicios sobre sujetos, sino síntesis construidas a partir de indicadores clínicos y condiciones contextuales.

El análisis permitió identificar que los factores de riesgo y protección no se presentan de manera aislada, sino que interactúan entre sí. La motivación declarada hacia el trasplante, por ejemplo, no garantiza por sí sola una adecuada adherencia. El deseo de trasplantarse debe acompañarse de comprensión del tratamiento, expectativas realistas, capacidad de planificación y compromiso activo con las conductas de autocuidado.

En esta línea, la conciencia de enfermedad se evidenció como una variable central. Los pacientes que logran comprender su diagnóstico, los riesgos asociados y la lógica del tratamiento inmunosupresor tienden a mostrar mayor coherencia entre lo que expresan y las conductas de cuidado que sostienen. Por el contrario, la desinformación, las creencias erróneas o la minimización del riesgo pueden anticipar dificultades en la adherencia futura.

Asimismo, se observó que la adherencia es un fenómeno relacional y contextual. Variables como la calidad del vínculo con el equipo tratante, la claridad comunicacional, la red de apoyo disponible y las condiciones socioeconómicas influyen directamente en la capacidad del paciente para sostener conductas de cuidado a largo plazo. Desde un modelo biopsicosocial, el riesgo no se explica exclusivamente por variables individuales, sino por la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

El sujeto no se explica aislado. Somos en contexto. Somos con otros. Somos en un entramado institucional y social que habilita o dificulta el cuidado.

En este sentido, la entrevista de valoración psicológica funciona como una instancia de evaluación integral que permite detectar barreras cognitivas, emocionales y contextuales, así como identificar recursos disponibles para la autorregulación y el mantenimiento del tratamiento.

La presencia de la Salud Mental en hospitales polivalentes de alta complejidad no es un complemento opcional, sino una condición necesaria para una práctica sanitaria integral. En el Hospital Córdoba, la División de Salud Mental sostiene cotidianamente esa tarea: espacios de escucha, evaluación e intervención en escenarios atravesados por la urgencia, la

fragilidad orgánica y decisiones críticas. La articulación entre medicina y psicología no solo mejora procesos clínicos; humaniza la atención y fortalece el cuidado.

Entre las limitaciones de este trabajo se reconoce que el análisis se basó en registros elaborados durante la práctica supervisada y dentro de un encuadre institucional específico, lo cual implica una lectura situada y no generalizable.

Como líneas de continuidad, se propone profundizar el análisis de la entrevista como intervención clínica, investigar el impacto del vínculo con el equipo tratante en la adherencia y desarrollar seguimientos longitudinales postrasplante que permitan evaluar cómo los factores identificados inciden en el sostenimiento del autocuidado a lo largo del tiempo.

Finalmente, en el plano personal, comprendí que la Psicología en salud pública no trabaja solo con cómo alguien se siente, sino con las condiciones concretas en las que vive, con su red, con su equipo tratante, con su posibilidad real de sostener el cuidado. Trabaja con sujetos en contexto. Y reconocer esa complejidad —sin simplificarla, sin moralizarla— es una tarea profundamente ética.

Ser parte de este proceso, aún desde el lugar de practicante, permitió dimensionar la magnitud del trabajo que se realiza diariamente en instituciones públicas de alta complejidad. Confirmó que la clínica hospitalaria es exigente, rigurosa y, al mismo tiempo, profundamente humana.

En un programa de trasplante no solo se trasplanta un órgano: se reconfiguran condiciones de vida. Y en ese proceso, la Psicología ocupa un lugar irremplazable.

10. REFERENCIAS

Argentina. (1981, 2 de abril). Ley N.º 22.431: Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=20620>

Argentina. (1985, 15 de noviembre). Ley N.º 23.277: Ejercicio profesional del psicólogo. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20059/norma.htm>

Argentina. (1994, 3 de enero). Ley N.º 24.417: Protección contra la violencia familiar. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93554/norma.htm>

Argentina. (2009, 20 de noviembre). Ley N.º 26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Argentina. (2010, 2 de diciembre). Ley N.º 26.657: Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Argentina. (2013). Ley N.º 26.928: Sistema de protección integral para personas trasplantadas y en lista de espera. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/225480/norma.htm>

Argentina. (2018, 10 de enero). Ley N.º 27.499: Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318666/norma.htm>

Argentina. (2018, 26 de julio). Ley N.º 27.447: Ley de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=312715>

- Argentina.gob.ar. (s. f.). *De la donación al trasplante*. Presidencia de la Nación.
<https://www.argentina.gob.ar/donar-organos/donacion-trasplante>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Barralle, C. (2021). *Mi propia voz: Cada voz, una puerta...* (1.^a ed.). Editorial Brujas.
- Barnechea García, M. M., & Morgan Tirado, M. de la L. (2010). *La sistematización de experiencias: Producción de conocimientos desde y para la práctica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica: Su empleo en el diagnóstico y la investigación*. Ficha editada por el Departamento de Psicología, Universidad de Delaware. Facultad de Filosofía y Letras.
- Bleger, J. (1999). *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. Nueva Visión. (Trabajo original publicado en 1976)
- CEAAL–Alforja. (s. f.). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Consejo de Educación de Adultos de América Latina (CEAAL).
- Clark, N. M., Gong, M., & Kaciroti, N. (2014). A model of self-regulation for control of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 96(1), 20–26.
- Colman, A. (2023). *Un acercamiento a la psicología clínica: Consolidación, historia y desafíos actuales* (Ficha de cátedra). Universidad Católica de Córdoba.
- Cosacov, E. (2010). *Introducción a la psicología*. Editorial Brujas.
- Cuello, T. (s. f.). *Valoración psicológica para trasplante* [Protocolo/formulario no publicado]. División de Salud Mental, Hospital Córdoba.
- Desviat, M. (2016). *La acción terapéutica: De lo singular a lo colectivo (Notas para otra Salud Mental)*. Universidad Icesi.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (s. f.). *Institucional*. Recuperado el 1 de agosto de 2025, de <https://fepra.org.ar/institucional/>

- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEAP). (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 28(81), 1–10. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1073>
- García Barthe, M. (1997). La ética en la formación del profesional de Salud Mental. *Psicoanálisis y el Hospital*, 12(1), 86–90.
- Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hospital Córdoba. (2019). *Servicios*. Recuperado el 23 de abril de 2025, de <https://hospitalcordoba.com.ar/servicios>
- INCUCAI. (s. f.-a). *Qué es el trasplante de órganos*. Argentina.gob.ar. Recuperado el 9 de octubre de 2025, de <https://www.argentina.gob.ar/donar-organos/preguntas-frecuentes/trasplante>
- INCUCAI. (s. f.-b). *Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante (SINTRA)*. Recuperado el 9 de octubre de 2025, de <https://sintra.incucai.gov.ar/>
- Jara Holliday, O. (2010). *La sistematización de experiencias: Aspectos teóricos y metodológicos* [Entrevista]. Grupo de Sistematización y Evaluación, Red Alforja.
- Mercado Scagliotti, V. G. (s. f.). *Formulario de entrevista psicológica pacientes candidatos a trasplante* [Protocolo/formulario no publicado]. División de Salud Mental, Hospital Córdoba.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2025, 7 de agosto). *Se realizó la XCVII Reunión de la Comisión Federal de Trasplante*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-realizo-la-xcvii-reunion-de-la-comision-federal-de-trasplante>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. (s. f.). *Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba (ECODAIC)*. Recuperado el 9 de octubre de 2025, de <https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/ecodaic/>

- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud/OMS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapi-es-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Salud Mental*. Recuperado el 9 de octubre de 2025, de <https://www.who.int/es/health-topics/mental-health>
- Parr, E., & Mize, J. (2002). *Vivir un trasplante de órgano: Una guía práctica para comprender y prepararse*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Pérez, V., & Herrador, L. (2012). *Guía para el paciente y su familia en espera de trasplante: El trasplante renal*. Ministerio de Salud de Córdoba.
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes. (2021). *Impacto emocional de la enfermedad crónica: Informe de resultados*. https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/pop_informe_impactoemoci onal_v04.pdf
- Provincia de Córdoba. (1984, 13 de septiembre). Ley Provincial N.º 7.106: Ejercicio Profesional de la Psicología. *Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba* (27 de septiembre de 1984).
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Sánchez, C. (2019, 8 de febrero). *Normas APA – 7ma edición*. Normas APA. Recuperado el 23 de abril de 2025, de https://normas-apa.org/#google_vignette
- Taborda Varela, J. C. (2025). *Gran Hospital: 75 años de salud pública en el Hospital Córdoba*. Ministerio de Salud.
- Uribe Echevarría, A. (2016). *Recordar el origen es evitar abismos de olvido: Reseña sobre el perfil del Hospital Córdoba*. Coordinación Comisión de Calidad, Hospital Córdoba.

Wade, D. T. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

11. ANEXO I

Paciente 1: 42 años, hepático. Apto riesgo leve. Indicadores: conciencia de enfermedad y comprensión adecuada del proceso; expectativas realistas y ausencia de fantasías sobre donación; ansiedad elevada (discurso verborágico); cambios de hábitos saludables (yoga/caminatas, sin alcohol, dieta); red de apoyo familiar presente; antecedentes de pérdidas significativas por suicidio en familiares.

Paciente 2: 48 años, renal. Apto riesgo moderado. Indicadores: deseo de trasplantarse, pero bajo interés por informarse sobre el procedimiento; actitud evasiva frente a aspectos médicos como su hipertensión; apoyo familiar disponible; cesación de tabaco desde diagnóstico; se condiciona el apto a informarse con médico tratante.

Paciente 3: 55 años, renal. Apto sin riesgo. Indicadores: alto nivel de información por experiencia previa (segundo trasplante); adherencia referida (no faltó a diálisis); motivación y expectativas positivas; decisión de no donante vivo por cuidado de familiares; red de apoyo (esposa e hijo); hábitos: cese tabáquico sostenido, sin sustancias.

Paciente 4: 50 años, pulmonar. Apto sin riesgo. Indicadores: motivación clara para trasplante; información referida sobre cuidados pre y post y cambios de estilo de vida; buen rapport y cooperación; signos de ansiedad (temblor en manos) sin temores quirúrgicos; red de apoyo (esposa presente); antecedentes de tabaquismo prolongado y exposición laboral asociada a patología.

Paciente 5: 52 años, hepático. Apto riesgo moderado. Indicadores: conciencia de enfermedad conservada, comprensión del procedimiento y aceptación del injerto; dificultades mnésicas con alta dependencia cotidiana (hermana como sostén), trabajo en entrevista sobre estrategias para medicación; motivaciones claras (nietas/familia y finalizar estudios); cesación de alcohol y tabaco desde diagnóstico; ansiedad moderada.

Paciente 6: 55 años, hepático. No apto transitorio. Indicadores: ausencia de deseo de trasplantarse; desconfianza marcada hacia el equipo y preferencia por “tratamientos naturales” con resistencia a medicación; signos de ansiedad e insomnio; vulnerabilidad social referida; discurso reiterativo y dificultades para sostener conductas indicadas como no asistir a las consultas con hepatología; se aplaza apto en más de una instancia.

Paciente 7: 22 años, renal. Apto sin riesgo. Indicadores: adecuada comprensión del proceso e implicancias; adaptación progresiva a hemodiálisis; angustia por impacto

laboral/económico y cansancio esperable post diálisis; ansiedad leve (inquietud motora); red familiar contenedora; vínculo positivo con equipo médico; hábitos sin sustancias (alcohol social).

Paciente 8: 32 años, renal. No apto transitorio. Indicadores consignados: historia de baja adherencia en adolescencia (suspensión de inmunosupresores con rechazo; ausentismo a diálisis; consumo de alcohol en etapas previas); desgaste por cronicidad nombrandolo como “esclavizante”; también se describen recursos actuales (insight, redes de apoyo, motivación por mantenerse en lista).

Paciente 9: 32 años, hepático. Apto sin riesgo. Indicadores: en los registros se describe un proceso de entrevistas donde inicialmente predominan temores anticipatorios y estado de “shock” por diagnóstico, con aplazamiento hasta consulta con equipo médico; luego de recibir información médica se observa mayor tranquilidad, adecuada comprensión del proceso, afrontamiento adaptativo y buena adherencia a indicaciones.

Paciente 10: 30 años, pulmonar. No apto transitorio. Indicadores: alta vulnerabilidad psíquica e inestabilidad emocional (angustia, labilidad, agotamiento); antecedente de ideación suicida referida a esposo e internación previa; estresores recientes relevantes (fallecimiento de compañera del programa y conocimiento de adopción); desgaste por larga permanencia en lista; disminución de confianza en una médica/equipo; se indica no aptitud transitoria con necesidad de tratamiento psicoterapéutico y seguimiento.