

Navelino, María Paula

**Repercusiones emocionales
en el niño y la familia ante el
diagnóstico de diabetes en
el Internado de Pediatría de
una Clínica Privada
Polivalente de Córdoba**

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

Directora: Rivarola, Cecilia

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



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Proyecto de Sistematización de Prácticas

*“Repercusiones emocionales en el niño y la familia ante el diagnóstico de diabetes en el
Internado de Pediatría de una Clínica Privada Polivalente de Córdoba”*

AUTORA: NAVELINO, María Paula

Córdoba, Argentina

2025

*“Repercusiones emocionales en el niño y la familia ante el diagnóstico de diabetes en el
Internado de Pediatría de una Clínica Privada Polivalente de Córdoba”*



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad: Sistematización de Prácticas Profesional Supervisada

Contexto Clínico

*“Repercusiones emocionales en el niño y la familia ante el diagnóstico de diabetes en el
Internado de Pediatría de una Clínica Privada Polivalente de Córdoba”*

AUTORA: NAVELINO, María Paula

DNI: 43525381

DIRECTORA: Lic. RIVAROLA, Cecilia

Córdoba, Argentina

2025

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo implica mucho más que un cierre de etapa, que la finalización de una carrera. De alguna manera, refleja todo el camino recorrido desde el primer día de cursillo hasta el momento y, a su vez, abre las puertas a un mundo profesional repleto de desafíos, aprendizajes y conocimientos nuevos por incorporar.

En primera instancia, me gustaría agradecer a mi familia ya que sin ellos nada hubiera sido posible. Cada uno a su manera me ha incentivado y ayudado en cada momento, me apoyaron incondicionalmente con mucho amor y paciencia. Me demostraron que vale la pena cada esfuerzo para llegar a la meta y que el trabajo siempre tiene recompensa.

A mi compañero por siempre escucharme y acompañarme a lo largo de todo el camino recorrido. Agradezco su profundo amor, empatía y sinceridad. A las amistades que la facultad me dio, sin ellas el camino no hubiera sido igual. Serán, sin duda, grandes profesionales y futuras colegas, pero sobre todo buenas personas.

Agradecer a mi directora de tesis Lic. Rivarola Cecilia, quien accedió a acompañarme y ayudarme en la realización del presente escrito. Sus conocimientos y experiencia han sido un aporte imprescindible y enriquecedor para la elaboración del Trabajo Integrador Final y para mi formación profesional.

A aquellos profesionales miembros de la UCC, a la Facultad de Ciencias de la Salud y de Filosofía y Humanidades por abrirme sus puertas y permitirme recorrer este camino que fue enriquecedor no solo profesionalmente sino también personalmente. A profesores que han transmitido su pasión por la mente humana y que han brindado herramientas profesionales para poder ayudar a las personas que sufren.

Por último, me gustaría agradecer a la Clínica Universitaria Reina Fabiola por permitirme desempeñarme desde el rol de practicante durante todo el transcurso del año 2024 y a cada profesional de salud que ha colaborado y compartido su conocimiento para la realización del presente trabajo.

A todas las personas que formaron parte de mi camino de una forma u otra, les agradezco de todo corazón la presencia, el apoyo y la motivación que me brindaron a lo largo de los años. A todos y cada uno de los que lean este escrito, gracias.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	8
2. CONTEXTO CLÍNICO	10
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	16
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	21
5. OBJETIVOS.....	23
5.1 OBJETIVO GENERAL	24
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	25
6.1 DIABETES INFANTIL	27
6.2 LA DIABETES COMO ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA Y SU INCIDENCIA EN LA FAMILIA DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO	29
6.3 EMOCIONES ANTE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CRÓNICA	32
6.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES INFANTIL.....	40
7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	44
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	45
7. 2 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.....	46
7. 3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	47
8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA.....	48
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	49
8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	55
8.2.1 ESTADOS EMOCIONALES PRESENTES EN EL NIÑO AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y DURANTE EL PERIODO DE INTERNACIÓN	55
8.2.1.1 EL INTERNADO DE PEDIATRÍA Y LA CONCEPCIÓN DE DIABETES DESDE UNA MIRADA PSICOLÓGICA	56
8.2.1.2 EL INGRESO AL INTERNADO Y LAS EMOCIONES PREDOMINANTES EN EL NIÑO ANTE EL DIAGNOSTICO: MIEDO Y ENOJO	57
8.2.1.3 MIEDOS, IRA, ANSIEDADES Y TRISTEZAS DURANTE LA INTERNACIÓN.....	60
8.2.2 ESTADOS EMOCIONALES PRESENTES EN LA FAMILIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y DURANTE EL PERIODO DE INTERNACIÓN	64
8.2.2.1 SHOCK, MIEDO Y ANGUSTIA EN LAS FAMILIAS.....	64
8.2.2.2 LA REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD SOMÁTICA EN LA FAMILIA	70
8.2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO ANTE UN DIAGNÓSTICO DE DIABETES .72	
8.2.3.1 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN	72
9. CONCLUSIONES	77
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
11. ANEXO.....	87

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

CURF: Clínica Universitaria Reina Fabiola.

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psiquiatría.

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

DM1: Diabetes tipo 1.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye una producción elaborada a partir de la realización de la Práctica Profesional Supervisada, en el marco del contexto clínico. La práctica en cuestión es llevada a cabo en la Clínica Universitaria Reina Fabiola en el año 2024.

Haciendo referencia a los apartados que integran el trabajo, se mencionara en primera instancia las cuestiones pertinentes al *contexto de práctica*, es decir, el contexto clínico y sus marcos regulatorios vigentes para el ejercicio del psicólogo. En segunda instancia, se llevará a cabo una descripción precisa del *contexto institucional*, destacando aspectos importantes referidos a la historia, valores, objetivos y metas propios de la institución, así como también se menciona el Internado de Pediatría y el Área de Salud Mental como ámbitos de la Clínica transitados y experimentados a lo largo de la práctica.

A continuación, se hace mención al *eje de sistematización* el cual surge de la posibilidad de observación de pacientes pediátricos con debut diabético acompañados por sus familias. La delimitación del eje permitió establecer el *objetivo general* y los *objetivos específicos* pertinentes para su análisis.

Posteriormente se realizó una aproximación a la *perspectiva teórica*, tomando diferentes autores en relación al eje construido. Seguido a esto, se describe la *modalidad de trabajo* utilizada, apartado en el que se precisa la técnica de recolección de datos implementada, la caracterización de los sujetos involucrados y las consideraciones éticas pertinentes.

Luego se presenta el apartado titulado *análisis y síntesis de la experiencia* que se compone por la *recuperación del proceso vivido* donde se da cuenta de la experiencia vivida desde el rol de practicante de psicología en el ámbito clínico- médico. A continuación, se llevó a cabo un *análisis y síntesis de la experiencia* donde se denota una articulación teórico- práctica, tomando como referencia los casos clínicos elegidos provenientes de los registros y el material bibliográfico recuperado. Dicha articulación busca responder, en todo momento, a los objetivos planteados.

Por último, se plasman en los *anexos* con las entrevistas tomadas a los profesionales y las *referencias bibliográficas* utilizadas para la elaboración del presente trabajo.

2. CONTEXTO CLÍNICO

Tomando los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), la Psicología Clínica es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento ya sea normal o anómalo en todas sus manifestaciones y contextos. En este sentido, resulta preciso remarcar que el comportamiento es estudiado en el contexto donde se manifiesta y de acuerdo con el actor de la acción que se trate, lo que incluye la incorporación de las circunstancias biográficas (F.E.D.A, 2003).

De esta manera, la Psicología Clínica es concebida como una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos. Constituye, a su vez, una especificidad de la psicología y como ya se mencionó, una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos.

En adición a lo anteriormente explicitado y recuperando los aportes de Tisnes (2011), la Psicología Clínica también puede ser definida como un enfoque de la psicología que estudia e interviene en diferentes aspectos desde la perspectiva de lo individual: un sujeto singular, plural (un grupo) o colectivo (una comunidad).

La Psicología, como disciplina científica, data su origen a finales del siglo XIX donde surgen las distintas ciencias sociales. Las condiciones de nacimiento de estas ciencias se deben al interés e importancia que alcanza el estudio del ser humano donde surge la persona como objeto del saber científico.

Como se precisa en el artículo titulado *"Psicología Clínica y Psiquiatría"*, los inicios de la Psicología Clínica se remontan al año 1896 cuando Lighner Witmer funda la primera clínica con el nombre de "Psicología Clínica" donde se ofrecía tratamiento para deficiencias del desarrollo infantil sobre la base terapéutica de un re- aprendizaje. "Esta primera clínica se concibió como una institución de servicio público (...). Finalmente, Witmer sería también fundador en 1907 de la primera revista de Psicología Clínica (The Psychological Clinic)" (FEDA, 2003, p.3)

En adición a lo mencionado, como postula F.E.D.A (2003) el año 1896 constituye una fecha significativa ya que Sigmund Freud designa el nombre "Psicoanálisis" a su propio método clínico. De esta manera, se nombra como fundadores de la Psicología Clínica a Witmer y Freud.

Cómo se desarrolla en el artículo tomado, a raíz del avance de la Psicología a través de los años, en 1945 se reconoce por primera vez en Estados Unidos, mediante Certificación

Legal, la especialidad de Psicología Clínica, donde se destaca una marcada necesidad social en la utilización de la disciplina, dada la finalización de la Segunda Guerra Mundial.

Es a partir de los años 50 donde la Psicología Clínica consolida su estatuto tanto profesional como científico, logrando así un amplio reconocimiento social (F.E.D.A, 2003). En este sentido, se pone énfasis en el desarrollo de nuevos sistemas psicoterapéuticos como la terapia de la conducta, la terapia cognitiva, la terapia de pareja y familia, entre otras, aparte de las psicoterapias clásicas. En adición a esto, un aspecto muy importante en esta época, posterior a los años cincuenta, es la demostración de la eficacia en la terapia psicológica sustentada por investigaciones científicas sistematizadas.

Retomando los aportes del EFPA, se puede señalar como objeto de estudio de la Psicología Clínica a los trastornos psicológicos, definidos por la Asociación Psiquiátrica Americana, como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, una discapacidad o pérdida de libertad. Además, es preciso distinguir que este síndrome no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular.

Siguiendo el razonamiento anterior y recuperando la definición que ofrece el DSM-IV sobre trastorno psicológico o mental, se esclarece que cualquiera sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. En este sentido, se remarca que los trastornos psicológicos no son propiamente enfermedades mentales y se enmarcan en una complejidad de factores personales, familiares y sociales.

Por otra parte, se destaca el uso compartido de funciones profesionales (investigadoras, psicodiagnósticas y psicoterapéuticas) entre los psicólogos clínicos y los psiquiatras.

La única diferencia entre el psicólogo clínico y el psiquiatra, en lo que atañe a lo que nos ocupa, la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos o mentales, viene dada por la facultad legal de éste último para la prescripción de fármacos (F.E, 2003, p.6).

A raíz de lo mencionado anteriormente, también es preciso destacar que se espera la cooperación plena de ambos profesionales, psiquiatras y psicólogos, en un plano de igualdad en beneficio de la persona afectada. De esta forma, se afirma que dada la naturaleza del trastorno mental, cualquiera de los dos profesionales se encuentra suficientemente capacitado

para el diagnóstico y el establecimiento de la estrategia terapéutica más conveniente en cada caso (F.E, 2003, p.13).

En relación a las funciones profesionales, la Psicología Clínica también concuerda con las demás áreas de la psicología en su interés por la medición de las funciones conductuales y psicológicas, la comprobación empírica de las implicaciones de los modelos e hipótesis clínicas y la evaluación psicológica (F.E.D.A, 2003). Estas funciones compartidas están enmarcadas en el campo de la psicología clínica y se consideran esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.

En sintonía con lo mencionado, afirmare que es el Psicólogo Clínico quien, en su rol y contando con su saber específico, puede llevar a cabo evaluaciones, intervenciones y diagnósticos psicológicos. Sin embargo, como profesional de la salud, también se aboca a la promoción de la salud, haciendo uso de técnicas específicas que apunten a la prevención en los distintos niveles.

Para la puesta en marcha de estas funciones, el psicólogo requiere una formación académica e investigativa que le exija una socialización de los saberes obtenidos durante la práctica, para identificar errores cometidos y afianzar las fortalezas, replicando así la relación estrecha entre teoría y práctica (...) (García, 2018, p.7).

Como Psicólogos Clínicos nos acercaremos al paciente, mediante intervenciones psicológicas, desde una aproximación clínica intersubjetiva y singular, atendiendo al enfoque de derechos del paciente y a las leyes que rigen el ejercicio profesional de los psicólogos. Como profesionales de la salud no podemos perder de vista como la mirada sobre los problemas de salud mental en los pacientes se ha ido complejizando a través del tiempo. En este sentido, recuperando los aportes de Haz, Diaz y Regalati (2002) se puede precisar la concepción de los problemas de salud mental como problemas biopsicosociales que son influidos por variables de distinto orden lógico y se relacionan con el individuo inmerso en un contexto determinado donde intervienen relaciones familiares, comunitarias y sociales.

Por otro lado, en lo que respecta al campo de acción del psicólogo, el mismo está cada vez más vinculado a instituciones como clínicas, hospitales, consultorios, así como también a organizaciones municipales, no gubernamentales, centros comunitarios, empresas, entre otros.

Esta situación impone un desafío para el psicólogo clínico, quien como profesional del área psicosocial, deberá saber insertarse en un equipo de trabajo formado por distintos

agentes profesionales y no profesionales, que forman parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada la persona o beneficiario. (Díaz, Haz y Regalati, 2002, p.3).

Por otro lado, respecto al marco legal y deontológico que engloba el ejercicio profesional de los psicólogos, se ha contemplado el rol del profesional psicólogo como promotor de los derechos humanos, siguiendo la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. De esta manera, como menciona el autor Ferrero (2000) el compromiso con los derechos humanos y la dignidad de las personas, adquiere el valor de una obligación ética y por lo tanto forma parte de las regulaciones específicas del ejercicio de la psicología (p. 27).

En la misma dirección, se pronuncia el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, el cual enfatiza en el respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas y tiene como propósito proveer principios generales y normativas deontológicas orientadas a las situaciones con las que pueden encontrarse los psicólogos en el ejercicio de su profesión. Asimismo, como se destaca en el Código de Ética (1999) "comprenden que es responsabilidad individual de cada psicólogo aspirar a alcanzar el mismo y promover en sus colegas una actitud responsable, lúcida y comprometida frente al ser humano concreto y sus condiciones" (p.2).

Siguiendo lo explicitado anteriormente, es menester señalar los principios generales expuestos en el FePRA entre los que se encuentran: el ya mencionado principio de respeto por los derechos y la dignidad de las personas, competencia, compromiso profesional y científico, integridad y responsabilidad social.

Resulta esencial vislumbrar estos principios, regulaciones y leyes que rigen el ejercicio profesional para enlazarlo con la complejidad de la relación que se establece entre psicólogo-paciente en el ámbito de la Psicología Clínica. Esta relación como precisa Muñoz (2014) debe cumplir un eje de confianza durante la comunicación para facilitar el proceso de diagnóstico y emprender la psicoterapia como tal" (p. 5).

Como ya se precisó, la relación psicólogo- paciente debe constar de normas para el buen funcionamiento, debe tener componentes que favorezcan la comunicación y debe ser de mutuo acuerdo para sembrar las condiciones y así, poder cumplir los objetivos terapéuticos. En este sentido, Muñoz (2014) afirmó lo siguiente:

Los profesionales deben identificar las necesidades del paciente y darle prioridad a los problemas de mayor importancia, asimismo la utilización de herramientas como la

empatía, el respeto, la escucha tanto activa como reflexiva que favorecerán la construcción paulatina de una buena RT (relación terapéutica) (p.6).

Por último, resulta necesario destacar como marco legal que nos acompaña como psicólogos en el ejercicio profesional, la ley de Salud Mental y Derechos Humanos 26.657, aprobada y promulgada al final del año 2010 en nuestro país. La ley en cuestión promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales para la atención de la SM (salud mental), integrado por equipos de profesionales y otros trabajadores capacitados incluyendo áreas de psicología, trabajo social, psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas pertinentes.

Como precisan Zaldúa et al. (2011) respecto a las cuestiones fundamentales de la Ley: Se reafirma que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario con abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, basados en los principios de la atención primaria y orientada al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (p.6).

A raíz de lo ya explicitado y respecto al rol del psicólogo en el ejercicio de su profesión, la ley de Salud Mental también apuesta a la igualdad de condiciones de los profesionales por idoneidad y capacidad para poner en práctica sus saberes, buscando como fin último el trabajo interdisciplinario entre profesionales, cuestionando las hegemonías de las disciplinas.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La práctica Profesional Supervisada se realizó en la Clínica Universitaria Reina Fabiola (CURF) la cual es una institución de salud que integra la Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba. Como se indica en el sitio web institucional correspondiente, su existencia data del año 1959 por iniciativa del Rector R.P Jorge A. Camargo S.J.

La Clínica mencionada posee dos sedes centrales, una ubicada en Jacinto Ríos 554 y otra que se encuentra en la calle Oncativo al 1248, ambas en Barrio General Paz de la Ciudad de Córdoba. Esta última sede es el lugar geográfico donde se llevó a cabo la Práctica Profesional Supervisada.

En la sede señalada anteriormente se encuentran los siguientes servicios: guardia para adultos y niños, hospital de día oncológico, unidades de cuidados críticos, laboratorios, internados, salas de parto, quirófano, capilla, consultorios de atención ambulatoria y áreas administrativas.

Los objetivos principales, perseguidos como institución, consisten en: brindar prestaciones en salud, apoyar la formación de los alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud y formar profesionales altamente calificados mediante residencias médicas y especializaciones de posgrado.

En lo que respecta al surgimiento de la CURF, como se refiere en la página web¹ de la Clínica, la misma fue fundada el 12 de octubre de 1959 por iniciativa del Rector R.P Jorge A. Camargo S.J y un grupo de profesionales. En ese momento nació bajo el nombre de "Clínica San José" y se encontraba ubicada en la calle Av. Julio A. Roca 1111.

El 1 de mayo de 1961 por una propuesta de R.P Jean Sonet S.J, vicerrector del Desarrollo de la Universidad, recibió el nombre de Clínica Reina Fabiola. En 1974, la institución desembarcó en el barrio General Paz donde actualmente se encuentra ubicada. Luego, en 2015 se sumó el edificio de la Calle Jacinto Ríos 554 y en el año 2018 se sumó una nueva sede ubicada en Barrio Jardín.

En lo que respecta a la visión institucional, la misma refiere a crecer en un modelo de gestión que afiance la identidad institucional impulsando áreas estratégicas. Dicha visión está estrechamente relacionada con la misión de la Clínica donde el hacer se centra en la persona y su familia, comprometidos con la experiencia en la asistencia, formación integral e investigación aplicada.

¹ Información obtenida del sitio web institucional: [http:// www.curf.com.ar](http://www.curf.com.ar)

En concordancia con lo explicitado, la Clínica postula al paciente como el valor humano fundamental y la guía hacia la mejora continua, lo que presenta relación con los valores que persigue la institución, entre ellos se destaca: el *respeto* concebido como manifestación de pluralismo y dignidad a la persona humana. En adición, como otro valor a destacar la *empatía* que refiere a la participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, la calidad del desempeño profesional. Además, se destaca la *compasión* como valor esencial que refiere a un comportamiento dirigido a eliminar el sufrimiento y a producir bienestar a quien sufre. Se adhiere a este el valor de la *equidad*, como garantía de los derechos de las personas, la *honestidad*, con transparencia y honradez y por último, el *compromiso* concebido como capacidad del ser humano para tomar conciencia de la importancia de cumplir con su trabajo.

A continuación, se hace mención al Internado Pediátrico, lugar específico donde se llevó a cabo la Práctica, el cual se encuentra ubicado en el primer piso de la sede Oncativo 1248. El sector en cuestión asiste a niños, niñas y adolescentes entre 1 mes y 16 años de edad que precisan internación por patologías clínico-quirúrgicas de bajo y mediano riesgo. De esta manera, se precisa que el mismo dispone de todas las especialidades pediátricas cuando se requiere de su intervención según las necesidades y la patología de los pacientes.

El internado cuenta con 14 unidades, es decir, habitaciones privadas que poseen el equipamiento médico y tecnológico necesario para el cuidado del niño hasta su recuperación. Resulta esencial mencionar, como se explicita en la página web, que el internado funciona a puertas abiertas para padres, familiares y/o acompañantes del niño. En este sentido, el Régimen de Acompañantes Activos, puesto en marcha en reemplazo de los horarios de visita y priorizando el bienestar de los pacientes, establece que los mismos deben tener siempre un acompañante adulto en el internado, pudiendo permanecer hasta dos acompañantes durante el día. En este punto, y para identificar a los mismos, en cada habitación, se dispone de una tarjeta identificatoria que permite a cada acompañante ingresar al internado y que debe llevar colgada cuando circule por la institución.

Por otra parte, se destaca la Unidad de Terapia Intensiva pediátrica (UTI), lugar que se ha concurrido a visitar como practicante, está ubicada en la planta baja de la sede Oncativo y está destinada a pacientes de 1 mes a 16 años con enfermedades críticas o situaciones de salud potencialmente letales que requieren atención y monitorización. Este internado cuenta con 8 unidades y se caracteriza por ser “puertas abiertas”, es decir, se autoriza la permanencia las 24 hs de padres, familiares y/o acompañantes.

Los pacientes que se encuentran internados en la UTI están atendidos por el personal médico y de enfermería, acompañados por profesionales de otras áreas fundamentales para la

atención, donde se destacan: psicólogos, fisioterapeutas, neuro kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicomotricistas, entre otros.

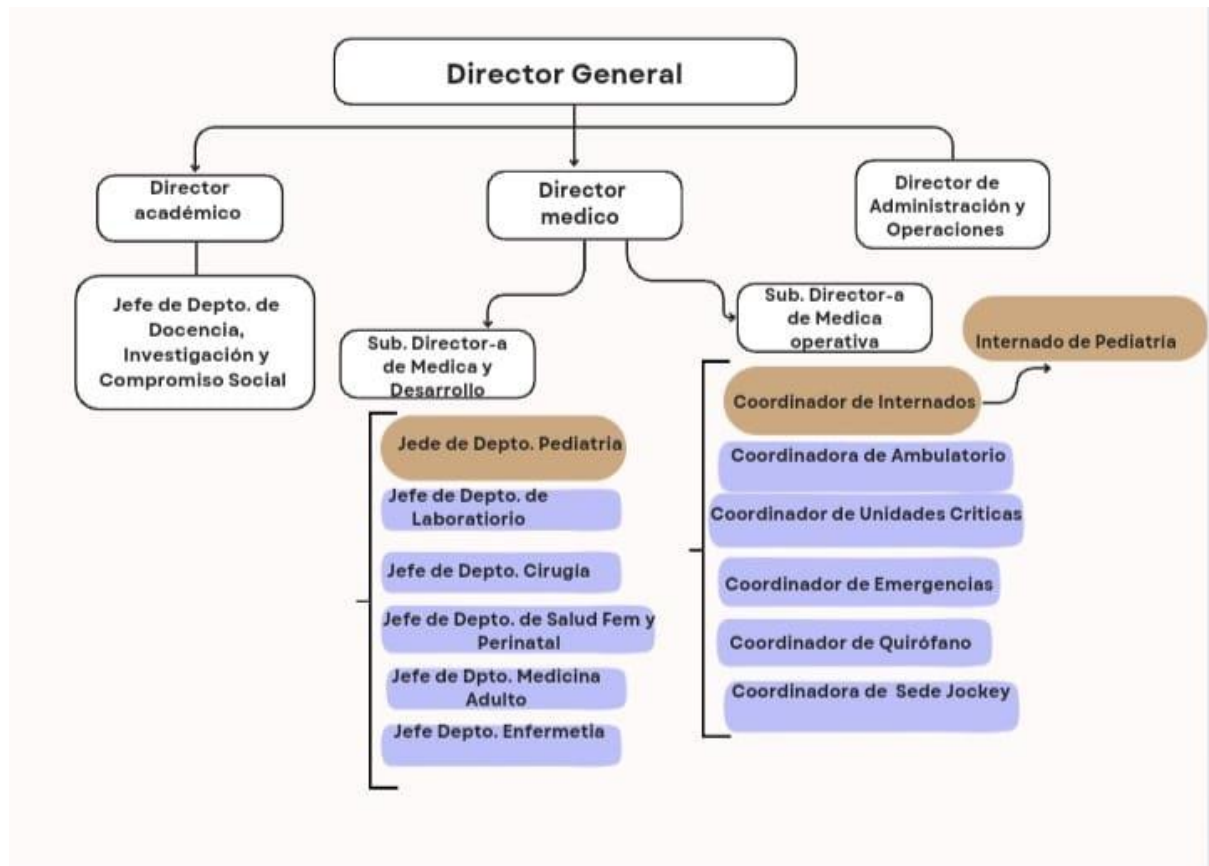
Por último, se mencionara el área de Salud Mental de la Clínica Universitaria Reina Fabiola la cual está integrada por un equipo interdisciplinario de profesionales psicólogos, psiquiatras, psicomotricistas, todos ellos comprometidos con el tratamiento, diagnóstico y prevención en Salud Mental.

Los profesionales que integran el área descrita desarrollan sus actividades en el internado de pediatría y en consultorios externos aportando al abordaje interdisciplinario de patologías agudas y crónicas, enfatizando en una concepción integral y humanista del paciente, persiguiendo su bienestar, lo cual constituye el objetivo principal del Servicio de Salud Mental.

El Servicio mencionado cuenta además con un Consultorio de Trabajo Social cuyo objetivo es favorecer el abordaje humanista de la persona y su familia, brindando atención, asesoramiento y ayuda ante problemáticas sociales, necesidades o vulneraciones de derechos en los pacientes que concurren a la Clínica.

A continuación, se adjunta el organigrama institucional de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, donde se observan las especialidades con las que cuenta la institución, destacando el área concurrida como ámbito de práctica.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“Repercusiones emocionales en el niño y la familia ante el diagnóstico de diabetes en el Internado de Pediatría de una Clínica privada polivalente de Córdoba”

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar las repercusiones emocionales en el niño y la familia ante el diagnóstico de diabetes en el Internado de Pediatría de una clínica privada polivalente de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los estados emocionales que se presentan en el niño al momento del diagnóstico y durante el periodo de internación.
- Identificar los estados emocionales que se presentan en la familia al momento del diagnóstico y durante el periodo de internación.
- Describir el rol del psicólogo clínico ante un diagnóstico de diabetes infantil en el Internado de Pediatría.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

El siguiente apartado corresponde al desarrollo de la perspectiva teórica la cual buscará brindar un fundamento teórico al eje de sistematización planteado y, específicamente a los objetivos específicos plasmados anteriormente en este trabajo. El foco de trabajo girará en torno a las repercusiones emocionales experimentadas por el paciente pediátrico y su familia al ser diagnosticado con diabetes y durante el periodo de internación transitado.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como es la diabetes, impacta en el psiquismo del paciente pediátrico y en los miembros de la familia. Este impacto trae consigo diferentes manifestaciones de estados emocionales que son expresados por el niño a través de palabras, juegos, actitudes, gestos y en los padres, dichas emociones se dejan relucir por medio del discurso, la expresión de preocupaciones, miedos, temores, enojos, ansiedades y angustias.

Brindar un diagnóstico de diabetes en un contexto clínico hospitalario y de internación, requiere la intervención de un equipo interdisciplinario que es integrado principalmente por: médicos, psicólogos y nutricionistas, profesionales que trabajan "codo a codo" para atender, contener y acompañar al niño y la familia que fueron diagnosticados.

A continuación, se desarrollarán los temas correspondientes al eje elegido:

6.1 DIABETES INFANTIL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a la diabetes como una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La enfermedad en cuestión se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia.

La diabetes se considera uno de los problemas sanitarios más exigentes del siglo XXI, dado que las cifras de los casos van en aumento día tras día. Como precisa Vera et al., (2022) la incidencia de DM1 en los niños menores de 15 años de edad ha aumentado en un 2 a 5 % por año. La diabetes tipo 2 también está aumentando rápidamente a nivel mundial y cada vez se presenta en edades más tempranas, incluso en la adolescencia y la niñez.

Teniendo en cuenta lo anterior, se indica la existencia de 3 tipos de diabetes: diabetes mellitus tipo I, tipo 2 y gestacional. En el presente trabajo se desarrollará la diabetes tipo I o también llamada DM1, tipo A o clásica la cual constituye unas de las enfermedades crónicas que más se presentan en la edad preescolar y pre puberal.

Tomando los aportes de la OMS, el principal distintivo de la diabetes tipo I, respecto a los otros tipos, reside en la incapacidad del páncreas de producir insulina por lo que los pacientes con DM1 son insulín dependientes, es decir, necesitan de la inyección y tratamiento de la insulina para sobrevivir.

La DM1 es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta, productoras de insulina en el páncreas. Como resultado, el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita. Las personas con este tipo de diabetes necesitan de insulina todos los días para controlar los niveles de glucosa en sangre. (Ochoa et al., 2016, p. 2)

Respecto a las causas que desencadenan la enfermedad, diversos artículos científicos coinciden que las mismas no se conocen con exactitud, pero se han descrito como posibles desencadenantes la predisposición genética y factores ambientales de tipo tóxico e infeccioso.

La existencia de un componente genético en la DM1 se apoya en estudios que muestran una agregación familiar (afectan al 1% de los hijos de madre con DM1 y al 5% de hijos de padre con DM1) (...) sin embargo el componente genético es necesario, pero no suficiente para desencadenar la enfermedad (Isla Pera, 2012, p.2)

La enfermedad inicia en los niños mediante la presencia de síntomas, entre los más comunes se destaca: sed inusual o excesiva con boca seca (polidipsia), apetito constante, falta de energía o fatiga, irritabilidad, cambios en la visión, frecuentes ganas de orinar (poliuria).

La presentación de la diabetes tipo I está guiada por los síntomas que presenta el niño y tiene un periodo generalmente corto (semanas o pocos meses) entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico. Respecto a esto, es menester destacar que los pacientes pediátricos que son diagnosticados precisan tratamiento con insulina desde el primer momento ya que la destrucción de las células B pancreáticas comportan un déficit absoluto de insulina.

Cuando los niños comienzan con esta enfermedad, la mayoría requiere hospitalización con terapia intravenosa para tratar la cetoacidosis diabética y los problemas de deshidratación. Además de compensar al paciente, se debe comenzar con la insulino terapia, para esto se imparte educación integral de los aspectos prácticos y teóricos del autocontrol que deben llevar (Henríquez Tejo y Velásquez, 2018, p.2).

De acuerdo a Rosselló et al., (2005)

El tratamiento para la DBT1 requiere de dosis diarias de insulina, monitoreo de glucosa, régimen dietético y ejercicio para obtener un buen control metabólico. La meta del tratamiento es mantener los niveles de glucosa lo más cerca de lo normal para evitar complicaciones a corto y largo plazo (p.77).

Entre los riesgos posibles ante el mal manejo del tratamiento, diversos autores mencionan la posibilidad de presentar: episodios de hipoglucemia, cetoacidosis, complicaciones vasculares, ceguera, amputaciones y hasta la muerte.

El diagnóstico principal en pacientes pediátricos está guiado fundamentalmente por el hallazgo de hiperglucemia. "Es importante saber reconocer a tiempo estas afecciones crónicas en los infantes, un diagnóstico en primeras instancias podrá ser pieza clave para empezar un tratamiento adecuado (...)" (Vera et al., 2022, p.3)

La población infantil es un grupo especialmente vulnerable, tanto por la complejidad que puede plantear su manejo clínico, como por la temprana edad de inicio en sí misma, ya que un mal control puede producir alteraciones en el crecimiento y el desarrollo a nivel

biopsicosocial del niño. Organismos internacionales recalcan la importancia de asegurar la continuidad de los cuidados en estos pacientes y fomentar la educación en su autocuidado como herramientas imprescindibles de prevención, tanto de las complicaciones agudas como de las complicaciones a largo plazo (Perez , et al.,2012, p.1).

Aunque los tratamientos médicos son importantes, los resultados a largo plazo están influenciados, sobre todo, por las elecciones que los pacientes hacen sobre la dieta, la actividad física y otros comportamientos relativos a la salud. Por lo tanto, es necesario que la educación del paciente incorpore dos elementos: por una parte, la información, que permita la gerencia inicial de la diabetes, y que haga posible detectar las necesidades individuales y, por otra, las tareas de modificación conductual y autocuidado que aseguren buenos resultados a largo plazo, mediante programas de apoyo psicoterapéutico continuado grupal o individual (Gomez, et al., 2008, p.1).

6.2 LA DIABETES COMO ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA Y SU INCIDENCIA EN LA FAMILIA DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO

Históricamente la medicina psicosomática ha constituido un área específica de dilema y estudio por parte de los profesionales de la salud mental y de otras especialidades afines, desde su propia denominación (término psicosomático) del griego *psyché*, que significa “alma humana”, y *soma*, “cuerpo”, la cual se refiere al modo en que la mente afecta al cuerpo; en estos dos elementos básicos del ser humano, proyectados en una sola unidad, se inspira dicha disciplina, en la cual lo biológico y lo psicológico son inseparables (Boris ,2020.p.2).

Siguiendo a la misma autora, Boris (2020) señala que los primeros estudios de la medicina psicosomática infantil se remontan a los inicios del siglo XX, cuando Sigmund Freud, principal teórico que unió “*psyche* y *soma*”, demostró la importancia de las emociones en el origen de los trastornos mentales y las enfermedades somáticas, partiendo del análisis de la niñez de aquellos pacientes adultos que las padecen.

Respecto a la relación entre cuerpo y alma o *psyche* y *soma*, se precisa que el psicoanálisis no es solamente una teoría que permite comprender el significado de los fenómenos corporales normales y patológicos, sino también, y fundamentalmente, una teoría que interpreta los fenómenos psicológicos a partir de la finalidad de las funciones,

cualitativamente diferenciadas, que integran la totalidad del cuerpo. El psicoanálisis pues, no solo trata de un cuerpo animado, sino también un alma cuyo sentido es la meta del cuerpo. Un alma y cuerpo dotados de significado, dentro de los cuales el cerebro es una parte de tantas (Chiozza, 2008, p. 256).

Teniendo en cuenta lo anterior, se dirá que el concepto psicósomático causal de la diabetes propone una hiperactividad simpática que antecede al síndrome diabético, así como también se consideran relevantes las pérdidas objetales antes de la aparición de la enfermedad. Estos factores sugieren una vía de acceso directo de la angustia hacia el cuerpo, una manifestación psicósomática que convierte la diabetes en una forma de expresión no mediatizada de la angustia sobre el cuerpo (Zapata, 2017, p.3).

De esta manera, resulta pertinente concebir a la diabetes como una enfermedad psicósomática en la cual esta sería el resultado de un trauma o impacto significativo vivenciado que afecta los órganos del sujeto. En concordancia con esto, Chiozza (2019) agrega:

La investigación psicoanalítica ha demostrado que el trastorno físico (contemplado por la medicina clásica como un efecto que deriva de una causa) puede, además, ser interpretado como un lenguaje que comunica, de manera inconsciente, el significado de un episodio biográfico particular (p.4).

En este sentido, el psicoanalista clínico que interviene ante un diagnóstico de diabetes debe considerar los síntomas físicos experimentados por los pacientes y cómo dichos síntomas afectan la esfera emocional, y a su vez, inciden en la vida cotidiana. Respecto a esto, el mismo autor, Chiozza (2019) afirma:

Aquellos enfermos "somáticos" que de manera imprescindible necesitan un tratamiento físico dependen también, inevitablemente, de un médico o de una institución sanatorial, que llevan implícitos un determinado sistema de asistencia que suele entrar en colisión con las necesidades de la psicoterapia (p.5)

Como se señaló, la diabetes cuenta explícitamente con un correlato físico el cual se expresa en índices observables medibles y relativamente objetivos provenientes del saber médico, como es el índice de glucemia en el cuerpo. Este correlato físico resulta imprescindible para comprender la enfermedad y debe ser considerado por el psicólogo que acompañe al paciente y la familia durante el diagnóstico y posteriormente en el tratamiento.

Siguiendo este razonamiento, Chiozza (2019) enfatiza en que el trastorno somático es la transformación de una idea inconsciente la cual observamos reflejada en la forma, función o desarrollo corporal (...) esto no lleva implícito necesariamente, sostener que constituye una causa (es decir, psicogenia) y menos aún afirmar que no es lícito encontrar en el terreno de los mecanismos físico químicos o fisiopatológicos la operatividad de otras causas (p.5).

De esta manera, los fenómenos somáticos tendrían una significación inconsistente que se expresa simbólicamente por medio del lenguaje del cuerpo. Para Chiozza, la elección del órgano a través del cual se expresa un determinado trastorno, se rige por los mismos principios que determinan la elección de cualquier otra representación (Otero Y Rodado, 2004 p.6).

En este punto, es menester distinguir que la diabetes, como enfermedad psicosomática, presenta particularidades en torno a su aparición ya que la misma se expresa en el cuerpo de un niño. En este sentido y como remarca Zapata (2017) no es lo mismo pensar en un paciente diabético adulto a un paciente niño y su familia con diabetes (p.3).

En consonancia con esto, la enfermedad tiene un efecto sobre la investidura libidinal de los objetos y se da una regresión narcisista que altera la representación mental del cuerpo, de sí mismo y de los padres, de tal forma que la identificación con ellos puede verse perturbada. La enfermedad infantil coloca al cuerpo del niño en un "cuerpo para dos" (Zapata, 2017).

En esta línea, Onnis (1990) propone observar cómo el síntoma psicosomático se hace decodificable y comprensible en el ámbito en el cual se manifiesta y se perpetúa. Evidentemente, esto implica también investigar y reconocer un lenguaje en el cuerpo, como en la tradición psicoanalítica, pero también significa constatar que el síntoma psicosomático adquiere las características de una comunicación coherente con las modalidades y las reglas de la red comunicacional en la que aparece y tiende a manifestarse.

Desde este punto de vista, el síntoma psicosomático parece adquirir un significado simbólico o metafórico, que, sin descuidar los componentes más estrictamente biológicos, se conecta con algo que debe ser comunicado y que no puede serlo más que a través del cuerpo. De esta manera, el cuerpo que habla parece expresar no solamente los movimientos de lo intrapsíquico, sino el sufrimiento más complejo de una situación interactiva de la que el sujeto participa (Onnis, 1990).

A raíz de lo explicitado, se remarca la importancia de la familia, sus emociones e interacciones que se producen ante el síntoma psicosomático. En este sentido, los autores Minuchin y Palazzoli (s.f) realizaron un estudio en el cual el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos independientemente del síntoma psicosomático presentado. De esta manera, se describen 4 modelos:

El primero corresponde al aglutinamiento en el cual los miembros de la familia están involucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasísimas y los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones (Onnis, 1990, p.79).

En segunda instancia, se describe el modelo de sobreprotección donde todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco, estimulando y suministrando respuestas de tipo protector. Toda la familia se moviliza para intentar proteger al paciente que asume la enfermedad psicosomática, dejando de lado conflictos intrafamiliares. Así, se afirma que la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia (Onnis, 1990).

Siguiendo al mismo autor y tomando el estudio realizado, se destacan los modelos de rigidez y evitación de conflicto. El primero se refiere a una familia resistente al cambio que niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. Sin embargo, se presenta como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas y las relaciones con el exterior son escasas.

Por último, respecto al segundo modelo que refiere a la evitación del conflicto, se precisa lo siguiente:

Las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente juega un rol central y vital (Onnis, 1990, p.80).

6.3 EMOCIONES ANTE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Según Montañés (2005) una emoción podría definirse como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que comprende tres sistemas de respuesta: cognitivo- subjetivo, conductual- expresivo y fisiológico adaptativo (p.4).

Las emociones son procesos que se activan cada vez que nuestro aparato psíquico detecta algún cambio significativo para nosotros. Este hecho las convierte en un proceso altamente adaptativo, ya que tienen la propiedad de dar prioridad a la información relevante para nuestra supervivencia, la cual debe ser procesada en cada momento (Fernández- Abascal et al., 2010, p.76)

Recuperando lo anterior, todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas (...) Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal (Montañés 2005, p.4).

En relación a lo expuesto, es preciso señalar que las emociones experimentadas tras el diagnóstico de diabetes en la infancia cumplen una función adaptativa y constituyen una reacción normal y esperable tanto en la familia como en el niño. Referido a esto, Conde et al. (2014) refiere:

La enfermedad, sobre todo cuando es crónica, altera en gran medida tanto la vida del paciente, como la de todas las personas de su entorno y hace necesaria una adaptación a la situación de todas las partes implicadas (particularmente el niño y la familia) (p.2).

Sin embargo, es menester resaltar que las emociones no solo cumplen una función adaptativa, sino también social y motivacional. Estas funciones se observan en todos los contextos de expresión emocional ya sean ante acontecimientos favorables o desfavorables para la persona o familia. Respecto a esto, Montañés (2005) afirma:

Unas de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado a las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal (p.5)

Por otro lado, la función motivacional de las emociones está ligada a poner en marcha conductas motivadas, con dirección e intensidad. Estas conductas son pensadas en relación a la emoción sentida y/o expresada en determinada situación o contexto específico. En este sentido, respecto a la relación entre motivación y emoción, Montañés (2005) refiere

(...) Una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de conductas motivadas y no otras. (p.6)

Teniendo en cuenta lo anteriormente desarrollado, se dirá que al momento del diagnóstico se pueden vislumbrar diversas manifestaciones en lo que respecta a la esfera emocional y relacional de cada paciente pediátrico y su familia. En relación con esto, Carvajal (2017) sostiene que ningún diagnóstico carece de repercusiones emocionales (...) De ahí que se debe ponderar muy bien el diagnóstico como constructo (y sus variadas consecuencias) y las implicancias que puede determinar en el paciente y su entorno (p.3).

Cuando se brinda un diagnóstico de enfermedad crónica, se pone en marcha psíquicamente un proceso de duelo definido como la reacción psicológica ante la pérdida que se produce por haber perdido a alguien o algo significativo en nuestras vidas, en este caso, la pérdida de salud (...). Es importante decir que en la mayoría de las personas la pérdida en sí no se considera una patología y que en ocasiones incluso la elaboración del duelo puede fortalecer la madurez y el crecimiento personal, pero para otras personas el duelo puede resultar un camino difícil de recorrer y desencadenar, incluso, problemas psicológicos (Moreno, s.f, p. 1).

Siguiendo la misma autora, las manifestaciones que aparecen en las etapas de duelo normal son los sentimientos de irrealidad (“no es posible”) o negación del diagnóstico lo cual ayuda a amortiguar el impacto psicológico ante la noticia (“se han equivocado”). Se caracteriza por el desconcierto o embotamiento. Aparecen también emociones como la tristeza, sentimientos de pena o ansiedad. Además, surgen intentos de rebelarnos ante la realidad, donde aparecen emociones como la ira o la rabia. Hay sentimientos de desesperanza y conforme se piensa en el futuro, a la persona le abruma la cantidad de cosas nuevas que hay que aprender y hacer para cuidarse (Moreno,s.f, p.1).

De acuerdo a Conde et al. (2014)

Son muchos los factores negativos asociados a las enfermedades crónicas que pueden repercutir a nivel emocional en el paciente: angustia, ansiedad, aprehensión a lo desconocido, intranquilidad, dolor, necesidad de períodos de hospitalización, cuidados diarios rutinarios, pérdida de autonomía, cambio en las relaciones familiares y sociales, perjuicio social, inseguridad e incluso, temor a la muerte (p.2).

Al comprender a la diabetes como enfermedad crónica, Henríquez- Tejo y Velásquez (2018) afirmó lo siguiente:

Para muchas familias el debut o diagnóstico de DMT1 genera un gran impacto, provocando incluso un trauma significativo. Esto resulta en un estado de shock con sentimientos de dolor, ira y aislamiento debido a la naturaleza compleja, implacable e invasiva de la enfermedad y el enfrentamiento a una reconstrucción de una nueva vida normal (p.394).

Al conocer el diagnóstico de enfermedad de sus hijos, la reacción principal de los progenitores es de shock y pánico, apareciendo seguidamente emociones como la culpabilidad, síntomas depresivos, conflictos internos y angustia, sintiéndose en muchas ocasiones incapaces de encontrar soluciones a los problemas que se les van planteando, tomar decisiones o manejar las situaciones cotidianas del niño. Paulatinamente, los padres pasan a una fase de ajuste en la que buscan información que los anime, para ir acomodando emocional y socialmente a la enfermedad, hasta llegar a asumir e integrar la enfermedad de su hijo a su día a día- fase de reintegración- (Conde et al., 2014).

Para los padres, tener un hijo con enfermedad crónica es una situación difícil de aceptar y manejar. Hay estudios que sugieren que las demandas de cuidar a un hijo con enfermedad crónica ponen en mayor riesgo a los padres a presentar dificultades emocionales. Los padres juegan un rol sumamente importante en el manejo de la diabetes de sus hijos ya que esta condición requiere rutinas bien estructuradas y cambios significativos en los eventos del diario vivir (Roselló et al., 2005).

De esta manera, son los padres quienes se ven obligados a adquirir nuevas responsabilidades y a tramitar psíquicamente nuevos sentidos en lo que respecta al cuidado del niño. Respecto a esto, Grau y Hawrylak (2010) refieren que los padres tienen que adaptarse a las características de cada enfermedad en sus diferentes fases (diagnósticos, tratamientos) reestructurando su vida familiar.

De esta manera, Pérez- Marín et al. (2015) afirman

El diagnóstico de DM1 en esta etapa, su posterior curso crónico, la aparición de complicaciones y su complejo tratamiento suponen una sobrecarga significativa para el niño y la familia e implican un funcionamiento personal y familiar diferente, además de

la adquisición de mayores conocimientos sobre la enfermedad y el desarrollo de hábitos necesarios para su control eficaz (p.1)

En adición a lo anterior, los mismos autores coinciden en considerar a la diabetes como una “enfermedad familiar” ya que afecta en gran medida al sistema familiar compuesto por un conjunto de personas, que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, al grupo y viceversa. El proceso de cronicidad en los niños afecta emocionalmente a toda la familia, el diagnóstico suele suponer un evento traumático para los padres, manifestando enojo, culpa y preocupaciones, en los hermanos, se presenta un mayor riesgo de tener un problema de salud mental (Ochoa et al., 2016, p.3).

Un niño con diabetes ocasiona una crisis de gran magnitud en el funcionamiento psíquico de la familia, susceptible de fijar procesos patológicos en torno a los requerimientos diarios del tratamiento, ya que se desencadenan procesos de duelo precoz, de culpabilidad y depresivos (Zapata, 2017, p.3).

Ante la enfermedad crónica, los padres reaccionan de distinta manera según su grado de vulnerabilidad o según su grado de resiliencia (fortaleza y competencia). Sus reacciones dependen de numerosos factores como: experiencia en situaciones de crisis y problemas médicos, estatus socioeconómico, nivel de conocimientos, calidad de los servicios sanitarios y educativos y sistemas de apoyo (Grau y Hawrylak, 2010).

Además de los factores mencionados, la autora Zapata (2017) destaca que la aparición de una enfermedad crónica produce una fractura en el proyecto narcisista de los padres para invertir al hijo: el niño es la prueba de creatividad- fecundidad de los padres, un hijo enfermo es una prueba de falta, de la castración. Esta herida narcisista en los padres debe ser metabolizada para que se pueda volver a invertir al hijo.

Durante el periodo pediátrico, los padres asumen la responsabilidad de los controles de glucemia, de administración de insulina y la planificación de comidas, convirtiéndose en pacientes. Esto provoca demandas muy importantes a los miembros de la familia, enfrentando diferentes desafíos en cada etapa de crecimiento y desarrollo (Henríquez Tejo y Velásquez, 2018, p.4)

El diagnóstico y tratamiento de DM1 suele suponer un evento traumático para los padres, que desarrollan frecuentes enojos y preocupaciones (por ejemplo: impotencia e inseguridad ante la toma de decisiones relacionadas con la enfermedad, miedo al juicio por parte de los profesionales respecto a los hábitos familiares o del niño, tendencia a la

sobreprotección o exceso de autonomía) y síntomas significativos de estrés (Pérez-Martin et al., 2015, p 3).

Sin embargo, resulta menester considerar que cada familia reacciona y vive la enfermedad de manera diferente y singular. Todas las familias pasan por las diferentes fases de adaptación (negación, ira, pacto, depresión y aceptación) pero sus reacciones y resoluciones son diferentes. La familia desarrolla sus propias estrategias como una respuesta normal a un sistema desequilibrado provocado por la enfermedad (Grau y Hawrylak, 2010, p.7).

Algunas familias pueden gestionar de buena forma las nuevas responsabilidades de tener un integrante con DMT1. Sin embargo, para otras familias se transforma en una carga terrible si además se enfrentan a otros problemas como pobreza, desempleo, falta de tiempo o tener otros miembros con enfermedades crónicas. El impacto en la vida familiar se reconoce como un factor que afecta el cuidado de la DMT1, ya sea interfiriendo en la capacidad de monitoreo de los padres o creando un ambiente hostil (Henríquez Tejo y Velásquez, 2018, p.4).

Por otra parte, respecto a los estados anímicos y emocionales expresados en los niños ante un diagnóstico por enfermedad crónica, Conde et al., (2014) afirma que “(...) diversos estudios e investigaciones en este campo de trabajo coinciden en destacar la ansiedad, el temor a la muerte, la culpabilidad, la ira y la impotencia” (p.4).

Como señala Fernández (2010) el ingreso a un piso de internación implica un corte en la vida cotidiana, entrar a un mundo desconocido, en un momento donde el niño se siente físicamente mal y se enfrenta a procedimientos que pueden ser invasivos y causantes de dolor, no comprendiendo la mayoría de las veces la causa o necesidad de los mismos, así como de la hospitalización (p.3).

Tomando lo anterior y como precisa Conde et al., (2014), la ansiedad se produce en el niño al ver alterado su estilo de vida, sus actividades cotidianas y al requerir mayores cuidados por parte de los padres o cuidadores. En adición a esto, el paciente pediátrico puede experimentar temor a la muerte, especialmente en los primeros días de internación, donde puede tomar contacto con otra realidad muy distinta a la de antes, una realidad donde se ven: médicos que lo revisan, medicamentos nuevos, enfermeras.

En muchas ocasiones, los niños tienden a la autoculpabilidad, considerando a la enfermedad como un castigo o “lección” por sus malas acciones o comportamientos. Esta emoción puede complementarse con el estado emocional de ira el cual se puede ver expresado clínicamente en el rechazo del niño al tratamiento o al ser revisado por médicos y enfermeras (Conde et al., 2014).

En adición a lo explicitado, se destaca el miedo o el temor como emoción prevalente durante la transmisión del diagnóstico y el periodo de hospitalización. En este sentido, el miedo se expresa: ante lo desconocido, al contacto con un entorno extraño (como el hospital), a la muerte, al dolor, a la separación familiar, a las agujas e inyecciones y a la alteración del ritmo normal de vida. Por otro lado, también se remarca la presencia del estado emocional de tristeza el cual se ve reflejado en una pérdida de interés por las cosas, falta de apetito, pérdida de energía y alteraciones del sueño (Lizasoain y Ochoa, 2003).

Como remarcan las autoras Lizasoain y Ochoa (2003), los niños con enfermedades crónicas son por lo general sujetos sometidos a repetidas hospitalizaciones y deben enfrentarse, no sólo al temor o dolor de los procedimientos médicos, sino también a todo lo que lleva consigo el fenómeno de la hospitalización y la ausencia de una vida normal.

La situación por la que atraviesa un niño hospitalizado está cargada de factores negativos de todo tipo. Por un lado, los que se derivan de la misma situación de hospitalización, que conlleva la ruptura con los ambientes y los círculos que rodean a todo niño: el familiar, el escolar y social. Junto a esto, el ingreso en un centro médico donde el niño se encuentra de pronto en un ambiente que no es el propio (Lizasoain y Ochoa, 2003).

De esta manera, según diversos autores, la hospitalización podría provocar en los más pequeños inquietud y ritmos alterados, llantos, problemas con las comidas, conductas regresivas, ansiedad de separación, mientras que en niños de edad preescolar y escolar puede producir tristeza y depresión como síntomas generalizados. Posiblemente, gran parte de estas reacciones podrían deberse al miedo (Castillo y Naranjo, 2006).

Siguiendo el razonamiento anterior, los mismos autores Castillo y Naranjo (2006) señalan que los miedos específicos a sufrir daños físicos y corporales, a los lugares cerrados, al peligro o la muerte, o los relacionados con la enfermedad (como el miedo a recibir inyecciones), podrían estar asociados con mayor intensidad al estrés infantil por hospitalización.

Además, la percepción de miedo, ansiedad o estrés en los padres podría estar vinculada a la aparición de estas sensaciones en sus hijos. La afectación mutua nos conduce a pensar en la importancia de la transmisión de emociones en la adaptación a las circunstancias amenazantes y estresantes inherentes a la hospitalización y a la enfermedad. Es decir, todas estas circunstancias podrían influir sobre la propia respuesta adaptativa del niño o su estado de temor y estrés, el cual a su vez incrementa potencialmente la alteración paterna, derivando de un proceso de transmisión mutua de emociones negativas (Castillo y Naranjo, 2006).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Fernández (2010) afirma:

El propio proceso de enfermedad, el temor provocado por el medio extraño y la percepción de ansiedad en su referente vincular hace que el niño presente regresiones. La regresión es un mecanismo de defensa, una herramienta mental que utilizamos para enfrentar situaciones que nos generan un desequilibrio homeostático. Por lo tanto, la función de la regresión en el niño, es refugiarse en conductas de etapas anteriores y poder reacomodarse frente a las exigencias que le toca vivir y así poder enfrentarlas, por lo tanto, la regresión es de carácter transitorio y reorganizador (p.6)

La regresión en el niño puede presentarse en las relaciones vinculares evidenciándose un vínculo exageradamente dependiente de los padres para la edad cronológica. Esto se debe, según el autor, a la reactivación de la angustia de separación. Teniendo en cuenta que el periodo normal de desarrollo se da entre los 18 y 24 meses, el cual se caracteriza por la aparición de angustia ante la separación de la figura de apego (Fernández, 2010, p.6).

Ochoa et al. (2016) señala que, en el caso de los infantes, ellos no son capaces de asumir un autocontrol total del tratamiento, ya que se encuentran en una etapa de desarrollo la cual implica diversas situaciones de aprendizaje e identidad personal. Es el momento en que la familia se ocupará de gran parte de los cuidados que se requieren, por lo tanto, se convierte en la parte medular del tratamiento, para evitar complicaciones y cumplir correctamente con el mismo (p.3).

El tratamiento diario para la diabetes presenta una serie de complicaciones que tienen un efecto sobre el psiquismo en desarrollo del niño y sobre el de los padres (....) La inyección diaria es el problema más desagradable de la enfermedad, es vivida por el niño como un ataque a su cuerpo y cuya resolución está vinculada con el momento de desarrollo del niño y la capacidad de la familia (Zapata, 2017. p.3).

Sin embargo, resulta esencial destacar que, según Díaz (2012):

La forma de vivenciar la enfermedad va a ser única para cada niño enfermo (...) dependerá de múltiples factores: la propia enfermedad (...), la etapa evolutiva del niño, experiencias previas, creencias, valores, cultura y apoyo del equipo sanitario y del entorno. (p.3).

6.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES INFANTIL

En las últimas décadas estamos asistiendo a un cambio de enfoque en el tratamiento de las enfermedades crónicas pediátricas: ya no son consideradas como un problema estrictamente médico, sino también como un problema familiar y social. En este sentido, el abordaje de la DMT1 para el paciente pediátrico y su familia debe incluir apoyo psicosocial (Henríquez tejo y Velásquez, 2018).

La relevancia de la inclusión del psicólogo se apoya en actuales avances científicos que ponen de manifiesto la influencia de factores psicosociales sobre la respuesta inmunológica, neurológica y endocrina destacando que el estrés, la ansiedad y la angustia son las condiciones psíquicas de mayor interrelación con los diversos sistemas del organismo, abriendo por esto la posibilidad que el psicólogo intervenga con el fin de aportar a la mejora del organismo en su conjunto (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

La intervención del psicólogo en el contexto hospitalario y de internación se efectúa respetando un marco institucional y una modalidad de proceder distinta a la práctica clínica particular. En este sentido, los mismos autores, Fuentetaja y Villaverde (2019), destacan dos modalidades que permiten la intervención del psicólogo: interconsulta y las tareas de enlace. Según los autores, la primera refiere a una intervención más puntual y circunscripta al momento en que se encuentra el paciente durante su ingreso. La tarea de enlace, sin embargo, implica un mayor grado de colaboración y puede extenderse más allá del ingreso del paciente.

En relación a las tareas de enlace, Fuentetaja y Villaverde (2019) precisan:

Es la colaboración que se establece con el servicio que ha solicitado la intervención (médicos, enfermeros) proporcionando información acerca de los procesos psíquicos del enfermo y su familia, incluyendo sugerencias de manejo, interpretación o mediación, con el objeto de suprimir conflictos, si existen, entre el paciente y el equipo asistencial (p.14).

Es preciso remarcar que el tratamiento integral que se ofrezca debe contemplar los problemas psicosociales y afectaciones emocionales para lograr un bienestar y de esta manera

prevenir complicaciones futuras. El equipo médico debe contar con especialistas en salud mental, para así generar programas realmente integrales, que tengan un impacto en los individuos (Henríquez Tejo y Velásquez, 2018).

A raíz de esta concepción, se afirma que, ante un diagnóstico de diabetes infantil, es necesario que el psicólogo trabaje interdisciplinariamente con otros profesionales de la salud como: médicos pediatras, médicos diabetólogos y nutricionistas. Referido a este aspecto, Chafey y Davilla (2007) destacan:

Más allá del psicólogo como consultor externo al que se refieren los pacientes que están teniendo dificultades emocionales o conductuales o se sospecha un trastorno mental, este se comienza a visualizar como un profesional de la salud importante en el equipo multidisciplinario que atiende personas con diabetes (p.5).

La inclusión del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario genera un cambio de expectativas en el trabajo con el paciente y también un cambio o ajuste de roles por parte de otros profesionales, la tarea a realizar siempre ha de ser complementaria y colaborativa con dichos profesionales, aportando la visión específica de los procesos psicológicos observados (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Además, la intervención del psicólogo estará enmarcada en el ámbito de internación y esto demanda la consideración de diferentes factores. Recuperando este aspecto, Fuentetaja y Villaverde (2019) afirman:

Este contexto implica una instancia que atraviesa lo individual (de cada profesional y cada paciente), lo relacional (entre pacientes y profesionales, entre pacientes entre sí y profesionales entre sí, entre familiares y pacientes o profesionales), lo grupal (entre equipo y sub-equipos de un mismo servicio, entre servicios diferentes) y la propia organización (organigrama, jerarquía, liderazgo, funcionamiento, grado de flexibilidad, participación, etc) (p.1)

Teniendo presente las características del contexto mencionado, se precisa que el diagnóstico de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en el paciente que lo recibe y su familia. De esta manera, es preciso destacar que la diabetes no solo afecta la salud física del paciente que la padece, sino que influye notablemente en su funcionamiento psicológico y psicosocial. En este sentido, Chafey y Davilla (2007) destacan lo siguiente:

La forma en que los profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes va a ser bien importante tanto para facilitar la aceptación del paciente, como para minimizar el riesgo de que el paciente utilice mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico. Es importante ayudar al paciente a manejar adecuadamente el impacto emocional del diagnóstico para poder comenzar con la educación en diabetes. (p. 4)

La valoración psicológica en el momento del diagnóstico (diabetes tipo 1 o tipo 2) resulta de vital importancia para la evaluación del estado de ánimo del paciente y el acompañamiento en la adaptación al proceso de enfermedad. Dicha evaluación será diferente en función de la edad del paciente sin olvidarnos de los familiares o cuidadores primarios (Moreno, s.f, p.2).

Retomando lo anterior, se podría señalar que el rol del psicólogo durante la transmisión del diagnóstico es de acompañamiento y sostén, escuchando al paciente y a su familia. Es así como, a través de la escucha analítica, se prestará especial atención a cómo la familia ha podido entender y simbolizar (o no) la información transmitida por los médicos en torno al diagnóstico. En este punto, el psicólogo se encontrará con la emocionalidad particular de cada paciente y familia, que acompaña y atraviesa el relato construido.

Toda intervención psicoterapéutica precisa contemplar la subjetividad del paciente enfermo, diferenciándose así del a priori modelo de funcionamiento médico, basado en conocimientos y saberes "objetivos". Así, un conocimiento preciso del estado del paciente nos llevará a la adopción de determinadas estrategias de acompañamiento de su sufrimiento, pero teniendo siempre como objetivo, más que el que desaparezca, si el hacerlo más tolerable (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Siguiendo el razonamiento, el psicólogo, desde su rol, puede intervenir en evaluaciones iniciales y en el continuo de cuidado de un paciente prestando atención a múltiples áreas como: manejo de la emocionalidad y aceptación del diagnóstico, manejo de las complicaciones, establecimiento de metas apropiadas y alcanzables, factores culturales, educativos, económicos y de estilo de vida que influyen en el manejo de la diabetes y manejo de dificultades de adherencia al tratamiento (Henríquez Tejo y Velásquez, 2018).

Es esencial que el psicólogo se comunique interdisciplinariamente, llegando a establecer un diálogo entre disciplinas el cual contribuya a brindarle una atención integral al paciente y su familia. Respecto a esto, Perrotta (2014) sostiene:

La posición crítica del psicoanalista en el equipo de salud permite poner en evidencia que los sujetos hablan a través de sus cuerpos y sus síntomas y que escuchar al sujeto en su singularidad permite, al menos, hacer lugar a los padecimientos subjetivos en lugar de solo ponerles rótulos con un diagnóstico (p.3).

Es menester considerar el contexto médico de trabajo en el que se inserta el psicólogo como profesional. Dicho contexto requiere de intervenciones psicológicas que deben ser adaptadas y ajustadas para hacerlas más compatibles con el ámbito médico, haciéndolas cortas e integradas al flujo de la clínica, y tomar en consideración un punto de vista y entrenamiento de los profesionales de la salud que muchas veces tiende a ser diferente al de los psicólogos (Chafey y Dávila, 2007).

Para finalizar, resulta enriquecedor adoptar una posición crítica respecto a la incorporación concreta y real del psicólogo en el equipo interdisciplinario. En este sentido, aun cuando la comunidad científica y los profesionales de la salud han aceptado la importancia de la psicología en el tratamiento de la diabetes, todavía la posición del psicólogo no ha sido integrada activamente como parte del equipo de tratamiento primario del paciente con diabetes en muchas clínicas y hospitales (Chafey y Dávila, 2007).

7. MODALIDAD DE TRABAJO

La presente producción se enmarca en una modalidad de trabajo llamada Sistematización de Experiencias la cual será profundizada tomando los aportes de autores como Barnechea García y Morgan (2010) quienes denominan experiencia a lo que sucede en la ejecución del proyecto y precisan que la misma está plagada de conocimiento. En este sentido, se buscará plasmar la experiencia singular vivida para interpretarla críticamente y producir a partir de la misma nuevos conocimientos, sentidos y saberes.

En consonancia con lo anteriormente mencionado, en la sistematización de experiencias se pretende explicitar, organizar y, por tanto, hacer comunicables, los saberes adquiridos en la experiencia, convirtiéndolos, por consiguiente, en conocimientos producto de una reflexión crítica sobre la práctica (Barnechea García y Tirado, 2010, p. 5).

Tomando los aportes de Jara (2011), se destacarán las características más pertinentes que refieren a la sistematización de experiencias. Entre ellas se prioriza la producción de conocimientos desde la experiencia pero que apuntan a trascenderla, la recuperación de lo sucedido, reconstruyéndolo históricamente para interpretarlo y obtener aprendizajes. Además, se valoriza los saberes de las personas que son sujetos de las experiencias y se construye una mirada crítica sobre lo vivido.

Por último, siguiendo a Barnechea García y Tirado (2010):

La sistematización se basa en la unidad entre quien sabe y quien actúa, lo cual le confiere un carácter muy particular a los conocimientos que se producen. Mediante la sistematización no se pretende sólo saber más sobre algo, entenderlo mejor; se busca, de manera fundamental, ser y hacer mejor: el saber está al servicio de ello. (p. 7)

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La población que toma relevancia para el presente trabajo son dos pacientes pediátricos y sus respectivas familias. Los pacientes en cuestión tienen 5 años de edad y serán identificados a lo largo del trabajo como **Julián** y **Luz**.

Tanto **Julián** como **Luz** efectuaron su primer contacto con la Clínica a través de la Guardia Pediátrica y posteriormente fueron dirigidos al Internado de Pediatría. Ambas

internaciones fueron realizadas en el marco de un posible debut diabético acompañado por una descomposición física producto de la alteración de los índices de glucemia en los niños.

Los pacientes pediátricos transitan sus días de internación en compañía de su familia. En el caso de **Julían** junto a su padre y madre, mientras que en el caso de **Luz** lo hace junto a su padre, madre y en ocasiones es visitada por la hermana mayor.

A raíz de lo ya explicitado, resulta preciso señalar que, durante la internación, es el equipo de profesionales de la salud quienes le brindan al niño, conjuntamente con la familia, los cuidados necesarios. En este sentido, entre los profesionales intervinientes ante un debut diabético se destacan: médicos pediatras, médicos diabetólogos, psicólogos y nutricionistas.

En concordancia con lo anterior, y en pos de realizar un seguimiento complejo de los pacientes y sus familias, se tomaron aportes de profesionales que intervinieron interdisciplinariamente en ambos casos.

7. 2 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

En la experiencia de Práctica Profesional se utilizan diversas técnicas de recolección de datos, entre ellas se hará referencia a los registros de campo los cuales consisten en anotaciones llevadas a cabo a lo largo de la práctica que fueron guiando y ordenado el paso por las distintas actividades. Dichas anotaciones son enlazadas con aspectos subjetivos de la vivencia particular y apreciaciones teóricas que emergen de la experiencia.

Por otra parte, otra técnica que se utiliza en la Revista de Sala del Internado de Pediatría y en los Ateneos de Salud Mental es la observación no-participante. Durante la práctica se mantuvo un rol de observadora sin intervención activa, solo en algunas ocasiones en las actividades señaladas anteriormente. Sobre esta técnica, Human Valencia (2005) refiere que la observación no participante es aquella en la cual se recoge la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno (p.16).

En adición a lo ya mencionado, como otra técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada realizada a dos doctoras y una psicóloga que trabajan en el Internado especializadas en diabetes pediátrica. Según precisa Diaz- Bravo. et al (2013) las entrevistas semi estructuradas presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planteadas que pueden ajustarse a los entrevistados (p.2). De esta manera, se rescatan las ventajas de haber utilizado esta técnica dada la riqueza que puede

extraerse de las preguntas producto de interrogantes o dudas que puedan aparecer a lo largo de la toma de la entrevista. Este tipo de entrevista es la que ha despertado mayor interés ya que se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista (Díaz- Bravo. et al ,2013, p. 2).

7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización del presente trabajo se enmarca y respeta el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina donde se postulan los principios generales que rigen nuestra práctica como profesionales, los cuales fueron considerados durante la realización de la Práctica Profesional supervisada.

Entre los principios existentes, es menester señalar el respeto por los derechos y la dignidad de las personas, donde los psicólogos se comprometen a hacer propios los principios establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En este sentido, como precisa Fe. PRA (1999) guardarán el debido respeto a los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de las personas y no participaran en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía (p. 3).

En relación a lo anteriormente expuesto, durante la realización de la práctica también se consideran las reglas que se establecen en el Código entre las que se destacan: el consentimiento informado, el secreto profesional y la responsabilidad en las relaciones profesionales ya sea con los consultantes, colegas o la comunidad. En consonancia a esto, toda la información obtenida a lo largo de la práctica referida a los pacientes fue resguardada y en ocasiones modificada en pos de respetar la privacidad de los sujetos implicados.

Por último, se mencionará la Ley 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con Profesionales e Instituciones de la Salud, la cual es de vital importancia durante la práctica profesional ya que la misma abarca el ejercicio de los derechos del paciente en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica.

La ley en cuestión establece derechos esenciales del paciente como: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica.

8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

La Práctica Profesional Supervisada comenzó el 16 de mayo del 2024 y se llevó a cabo en la Clínica Universitaria Reina Fabiola en el primer piso de la sede principal, más específicamente en el Internado de Pediatría.

En un primer momento, al inicio de las prácticas, especialmente las primeras semanas, me sentí en un momento de transición en el cual debí pasar de "no saber nada" a comenzar a familiarizarme con la institución, sus dinámicas, horarios, espacios disponibles para los profesionales, pacientes y practicantes.

En un principio, al ingresar al ámbito del Internado de Pediatría, me encontré tratando de construir un rol de "practicante de psicología" el cual no se encontraba del todo definido y claro en el ámbito institucional. En este sentido, recorrí un camino lento, pero a la vez enriquecedor en el cual fui construyendo mi propio rol, animándome a preguntar, re preguntar e intervenir en alguna ocasión cuando se me daba la oportunidad.

Mi recorrido por la práctica ha sido positivo y, se podría decir, desafiante ya que unas de las principales actividades que se me ofreció como practicante fue asistir a la Revista de Sala o entre los profesionales el llamado "Pase de Piso" donde cada día me encontraba con un equipo de profesionales, en su mayoría médicos, quienes en conjunto conversaban y llevaban un registro detallado sobre cada paciente que ingresaba al internado. Dicho registro se realizaba en formato papel con una modalidad de esquema tipo cuadro en el cual se detallaba: nombre del paciente, peso corporal, habitación en la que se encuentra, tiempo de internación, motivo de internación, antecedentes médicos y psicológicos a tener cuenta, patologías o enfermedades (si las hubiera), medicamentos y tratamientos o intervenciones indicadas a futuro.

Con el pasar de los meses, fui familiarizándome con el espacio físico y entablando conversaciones con los médicos del Internado y con otros profesionales como kinesiólogos y psiquiatras que eventualmente visitaban el Internado de Pediatría en busca de mayor información de algún paciente o para solicitar algún estudio médico.

La mayoría de los días que asistí a la Clínica se comenzaba con la Revista de Sala en la cual un médico pediatra presentaba a todos los profesionales el estado clínico general de cada paciente, donde se informaba, en primera instancia, aquellos pacientes que requerían mayor atención por diferentes motivos, ya sea por su gravedad en términos biológicos y médicos o

por la ocurrencia de alguna situación particular reciente como: episodios de crisis, angustia, llanto, tristeza, entre otros. Por lo general en dichos episodios se tenía en cuenta la intervención del Equipo de Salud Mental de la Clínica y se solicitaba una interconsulta.

Es relevante destacar cómo con cada paciente se llevaba adelante un encuentro interdisciplinario, donde se complementaban las miradas y apreciaciones de distintos profesionales de la salud, aportando así una mirada integral del paciente pediátrico. Además, se le otorgaba gran importancia a los antecedentes médicos y psicológicos, los cuales se consideraban a la hora de intervenir con el paciente y su familia.

En el Internado de Pediatría se destaca la presencia activa y continua de profesionales, no necesariamente psicólogos, quienes se preocupan por responder las inquietudes y preocupaciones de las familias y el niño. En este sentido, una particularidad del sector del Internado, estaba dada por su lema "puertas abiertas", esto refiere a que los familiares allegados al paciente internado pueden permanecer en la habitación designada el tiempo que los mismos consideren pertinente. Tomando esto, resulta esencial destacar que el protocolo indica que el niño debe estar siempre acompañado por un familiar.

En la construcción paulatina de mi rol como practicante de psicología, me fui insertando cada vez más en la dinámica institucional del Internado y me sentí en confianza de comenzar a comentarle a mi referente psicóloga sobre algunos pacientes que llamaban mi atención ya sea por la presencia de alguna condición psicológica o porque simplemente atravesaban una situación difícil o angustiante. En otras ocasiones, los mismos pacientes se manifestaban tristes, con necesidad de hablar y pedían ayuda a través de los médicos quienes luego transmitían la consulta al área de Salud Mental de la Clínica.

Desde el inicio de mis prácticas, presenté interés y curiosidad por los pacientes pediátricos con diabetes ya que la misma constituye una condición médica crónica que requiere una intervención interdisciplinaria entre médicos diabetólogos, psicólogos y kinesiólogos. Estos profesionales trabajan conjuntamente para abordar dicha condición y lograr la aceptación de la enfermedad, adaptación del paciente y su familia a nuevos hábitos de vida necesarios para alcanzar una estabilización médica y por qué no, también psicológica.

A raíz de lo mencionado, tuve la oportunidad, como practicante, de poder realizar entrevistas y mantener contacto con una doctora especializada en diabetes que trabaja en la Clínica, especialmente con pacientes pediátricos derivados del Internado y la UTIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos). En dichas entrevistas, la médica me comentó sobre la necesidad de atender a los pacientes diabéticos y sus familias desde de un abordaje interdisciplinario llevando adelante lo que se llama "educación diabetológica" la cual se lleva a

cabo en aproximadamente cinco encuentros en los que se informa al paciente y la familia sobre los cuidados esenciales que se deben tener todos los días en la rutina cotidiana. Además, se enseñan nociones básicas asociadas a los valores de insulina normales en el niño y se elaboran planes de acción sobre los que se detalla que hacer cuando la insulina sube o baja más de lo esperable clínicamente.

Como precisa la profesional diabetóloga, la educación diabetológica es una parte esencial e imprescindible en el tratamiento y se apoya en cuatro pilares fundamentales: el monitoreo, la colocación de insulina, la alimentación y realización de actividad física.

Por otro lado, respecto a la intervención del psicólogo en este proceso, la médica refiere que en las entrevistas siempre se trabaja "codo a codo" con psicología, propiciando una comunicación fluida y constante en relación a la posibilidad de la familia de aceptar, adaptarse y adecuar sus actividades diarias al diagnóstico del niño sin perder de vista las emociones que se desprenden en los pacientes y sus familias a raíz de este proceso.

Recuperando mi experiencia en la toma de entrevistas a profesionales médicos, considero que las mismas fueron indispensables para recuperar las vivencias y situaciones de ciertos pacientes y comprender la importancia del rol del psicólogo en el trabajo interdisciplinario llevado a cabo entre las distintas áreas en la Clínica. En adición a esto, destacó la gran amabilidad y acompañamiento de los mismos quienes se ofrecieron a ayudarme en todo lo que necesite para recabar información.

Desde mi incorporación a la institución como practicante y con la ayuda de la referente psicóloga, pude llevar adelante un seguimiento de los pacientes pediátricos que ingresaban al Internado y a la UTIP por el diagnóstico de debut de diabetes. Dicho seguimiento me permitió observar y aprender sobre los síntomas previos característicos que se presentan antes del diagnóstico de dbt (diabetes), las emociones que se observan al recibir el mismo tanto en los pacientes (niños y niñas) como en la familia, las estrategias de afrontamiento puestas en marcha en el sistema familiar, los recursos psíquicos empleados por el psiquismo del niño para aceptar su enfermedad, entre otros.

Una parte esencial del seguimiento de los pacientes del Internado constituye el acceso a las Historias Clínicas y el seguimiento interdisciplinario de los pacientes a través del sistema informático de la Clínica. De esta manera, como practicante, pude leer y registrar las apreciaciones de distintos profesionales como psicólogos, médicos, kinesiólogos y fisioterapeutas que habían intervenido con los pacientes, llevando de esta manera una cronología sobre los avances y retrocesos logrados por los pacientes y sus familias a través del tiempo.

Por otra parte, también asistí y recorrí la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica junto con la referente psicóloga. Esta Unidad se encuentra ubicada en la planta baja de la sede principal de la Clínica. Al visitar la misma pude notar un clima más tensionante donde era visiblemente notable, desde mi apreciación, que los pacientes que allí se encontraban internados tenían más gravedad en su estado de salud. En este sentido, puedo describir la Unidad como un espacio sumamente cuidado, resguardado y silencioso, donde se encontraban médicos, kinesiólogos, psicólogos y las familias de los pacientes.

En adición a lo anteriormente dicho, también he participado en el rol de observadora no-participante de intercambios interdisciplinarios en la oficina de profesionales del Internado. Dichos intercambios se efectuaban en el marco de conversaciones e intercambio de saberes y opiniones sobre la situación de pacientes en particular. En este punto, se detallaban resultados de estudios médicos, el estado anímico del paciente y su familia, si hubiera necesidades especiales ya sea en condiciones edilicias, respecto a la alimentación y a posibilidades de afrontamiento económico de la internación, pidiendo interconsulta si se considera necesario al área de Trabajo Social.

Además, en ocasiones, en los intercambios interdisciplinarios mencionados se ponía en común al equipo de profesionales alguna situación particular ocurrida a algún paciente o a su familia durante la guardia. Estas puestas en común permitían un intercambio enriquecedor entre profesionales de distintas disciplinas que proponían planes posibles de acción ante la situación del paciente y su familia.

Otra actividad que realice como practicante son las reuniones con la referente psicóloga quien fue de gran ayuda y apoyo a la hora de comprender y profundizar más sobre cada caso del internado que llamaba mi atención. Estas reuniones se llevaban a cabo generalmente una vez por semana en una oficina ubicada antes de entrar al internado y puedo destacar que fue un espacio de reflexión y que me ha facilitado la integración de la instancia de práctica en terreno con un marco teórico relevante y enriquecedor el cual me ha permitido pensar ciertas emociones y situaciones específicas vividas por los pacientes enlazadas a conceptos aprendidos a lo largo de la carrera.

Considero que este espacio de encuentro semanal con la referente psicóloga ha favorecido en gran medida mi recorrido por la institución y me animó a seguir involucrándome cada vez más, desde mi rol como practicante, con los pacientes del internado y con los profesionales intervinientes.

Por otra parte, creo menester identificar a la herramienta de registro como un recurso fundamental y necesario a lo largo de la práctica. El mismo me permitió registrar

detalladamente todo lo que iba aconteciendo en la misma, especialmente aquellos detalles que al salir no recordaba, como las edades de los pacientes, si hubiera alguna situación en la familia a tener en cuenta o un diagnóstico psicológico ya establecido en el paciente.

Para tal fin, utilicé principalmente un cuaderno chico como recurso de registro en el terreno de práctica ya que, al ser de tamaño pequeño, me resultaba cómodo y práctico a la hora de trasladar por la Clínica. Este cuaderno fue especialmente útil durante la Revista de Sala, los encuentros interdisciplinarios con profesionales, los recorridos por el piso y las reuniones con la psicóloga. Sin embargo, en ocasiones, preferí aprovechar los espacios en blanco que quedaban en la hoja que entregaban a los profesionales en el Pase de Piso porque allí tenía por escrito todos los detalles médicos relevantes de los pacientes.

Con el transcurrir de los meses en la práctica, reconozco que cambié en gran medida la modalidad de registro ya que, al tomar más contacto con la dinámica y organización de la Clínica, fui separando por escrito los datos "objetivos" referidos a los pacientes, es decir, lo que acontece en el internado y los aspectos más específicos a la dimensión subjetiva de cómo los vivenciaba mi persona como practicante. En concordancia con esto, sostengo que el cambio efectuado sobre los registros fue sumamente positivo ya que me permitió aprovechar mucho más mi experiencia en terreno y resignificarla posteriormente.

Considero que el registro de lo acontecido cada día de práctica fue un recurso fundamental que me permitió tomar noción de los aprendizajes que fui incorporando a lo largo de la práctica. Además, me habilito a pensar críticamente sobre la posibilidad de comenzar a articular lo experimentado en el terreno institucional con conceptos y nociones teóricas pertinentes.

En adición a las actividades descritas, destaco mi participación en los Ateneos Clínicos de Salud Mental de la Clínica que se realizaban todos los primeros jueves de cada mes, donde se encontraban psicólogos y psiquiatras y se trabajaba fundamentalmente sobre un paciente en particular quien era presentado por su psicólogo o psiquiatra tratante.

Mi experiencia en los Ateneos fue en gran medida positiva y enriquecedora para mi formación profesional como futura psicóloga. Remarco, en este sentido, la claridad en la exposición de la situación del paciente, la descripción de las técnicas llevadas a cabo durante las sesiones y los resultados a corto y mediano plazo observados.

Los Ateneos me permitieron aprender sobre la dinámica y organización institucional que funcionaba dentro del equipo de Salud Mental y en relación con otras áreas de la clínica como enfermería, así como también la manera de proceder ante el requerimiento de una

interconsulta psicológica y la posibilidad de intervención del psicólogo dentro del ámbito clínico institucional.

Sobre los Ateneos, rescato como aspecto positivo, la apertura de los profesionales a la escucha de distintas opiniones, puntos de vista y posibles intervenciones respecto del caso presentado. En ocasiones, algunos profesionales que participaban, aportaban la experiencia con otros pacientes en situaciones similares de consulta psicológica lo que considero que me ayudó a ampliar mi mirada clínica acerca de la singularidad de cada paciente que asiste a la Clínica independientemente de poseer el mismo diagnóstico con anterioridad.

Recuperando lo vivenciado en este espacio, puedo afirmar que en cada encuentro se generaba un ambiente de profesionalismo, pero a la vez de comodidad y predisposición a escuchar todos los aportes y dudas, incluso los míos como practicante. Esta actitud por parte de los profesionales, me permitió sentirme cómoda y recibida en el equipo.

Por otra parte, en el mes de agosto se me ofreció participar en el rol de observadora no-participante de las primeras consultas que tenían dos pacientes pediátricos y sus familias con una doctora diabetológica. Estas consultas se llevan a cabo en los consultorios externos de la Clínica y estaban dirigidas a atender inquietudes que tuvieran los padres y los niños respecto de su reciente diagnóstico de diabetes.

Mi experiencia de participación en el espacio mencionado fue muy valiosa ya que me permitió observar más de cerca las manifestaciones emocionales de los niños a raíz de su diagnóstico, la dinámica familiar que se expresaba durante la consulta y las dudas, preocupaciones y miedos que tienen los padres.

Teniendo presente el tiempo experimentado en el terreno institucional, puedo reconocer que , en el desafío de ir construyendo mi rol de practicante, pude extraer muchos aprendizajes y conocimientos, llegando a disfrutar en gran medida del espacio de práctica el cual fue siempre desafiante y me mantuvo en un constante rol activo. Posicionarme desde este rol no fue sencillo ya que requirió buscar constantemente información, investigar nuevas terminologías médicas y familiarizarme con una dinámica y organización institucional particular.

Me siento muy orgullosa de haber aprendido nuevos conocimientos psicológicos y médicos y haber adquirido habilidades para establecer un diálogo interdisciplinario con otros profesionales. Sin duda, la experiencia de práctica ha implicado incomodidad desde mi rol de practicante pero ha enriquecido en gran medida mi formación profesional.

8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

En el presente apartado se llevará a cabo un análisis de los objetivos específicos planteados anteriormente en el Trabajo Final Integrador. Con este propósito, se buscará integrar y relacionar los aportes teóricos ya expuestos, en el apartado *perspectiva teórica*, con la experiencia práctica obtenida de la Práctica Profesional Supervisada.

Es pertinente indicar que el primer objetivo específico está estrechamente relacionado con el segundo objetivo ya que ambos apuntan a identificar los estados emocionales que se presentan al momento del diagnóstico y durante el periodo de internación. El primero se centra en el niño mientras que el segundo lo hace en la familia, poniendo especial énfasis en las emociones vivenciadas por los padres y en cómo repercute el diagnóstico y el síntoma psicosomático en la familia.

En adición a estos, se plantea como tercer objetivo describir el rol del psicólogo clínico ante un diagnóstico de diabetes infantil. Con la finalidad de cumplir con dichos objetivos, se tomarán dos casos particulares y específicos de niños ingresados al Internado de Pediatría debido a su debut diabético. Asimismo, se recuperarán entrevistas tomadas a profesionales de la salud mental y médicos diabetólogos e información proveniente de las Historias Clínicas pertinentes, la observación no- participante en el Internado de pediatría y los registros.

8.2.1 ESTADOS EMOCIONALES PRESENTES EN EL NIÑO AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y DURANTE EL PERIODO DE INTERNACIÓN

Para comenzar el análisis referente al primer objetivo propuesto, se buscará identificar los estados emocionales que se expresan en el paciente pediátrico al momento del diagnóstico y durante el periodo de internación. Para tal fin, en un primer apartado, se describen las características y cualidades generales del Internado de Pediatría como espacio contextual en el cual se brinda el diagnóstico y se transita el periodo de internación. Adicionalmente, se recuperan aspectos esenciales de la diabetes concebida, desde la perspectiva psicológica, como una enfermedad psicosomática.

Luego, se hace referencia a los estados emocionales observados en el niño mediante dos subapartados que dividen dos momentos: el momento del diagnóstico y el periodo de internación.

8.2.1.1 EL INTERNADO DE PEDIATRÍA Y LA CONCEPCIÓN DE DIABETES DESDE UNA MIRADA PSICOLÓGICA

Para dar comienzo al análisis de la experiencia, se destaca el Internado como un espacio delimitado dentro del primer piso de la clínica, de acceso exclusivo para los profesionales de salud, pacientes pediátricos y familiares. Al ingresar se percibe un ambiente cuidado, enfermeras que van y vienen por un pasillo largo y grande donde, por lo general, se encuentran incubadoras y elementos médicos de asistencia. En ocasiones, en este pasillo se observan familias de los pacientes hablando entre sí, se escuchan llantos de niños o quejas constantes.

En el Internado se derivan a los pacientes con complicaciones de baja a media complejidad. Los mismos deben ser considerados pediátricos para ingresar al Internado, según el criterio médico. Según este criterio, las edades aceptadas oscilan entre los 6 meses y 13 años de edad, aunque en ocasiones excepcionales (como falta de espacio, emergencia o alguna situación singular) se aceptan pacientes de 14 y hasta 15 años.

Como parte protocolar para llevar a cabo una internación, el médico debe registrar el motivo de ingreso y la situación de salud del paciente en cuestión. Además, se aclara que los pacientes deben estar acompañados en todo momento por uno o hasta dos miembros de la familia que los asistan y acompañen durante el lapso de tiempo que dure la internación.

Retomando a Conde et al., (2014) desde el inicio de la hospitalización el niño deja de lado su medio habitual de desenvolvimiento (su familia, colegio, amigos, etc.) para entrar en un nuevo universo estresante en el que todo es distinto tanto el medio que lo rodea (hospital, pasillos, habitaciones) como las personas con las que tiene que relacionarse (médicos, enfermeras, niños enfermos como él, etc.).

En el caso particular de presentarse un debut diabético, es necesario que el paciente ingrese al Internado con el propósito de lograr, en primera instancia, una estabilización médica, nutricional y de los niveles de glucemia en sangre. En este punto, es preciso recuperar los aportes de Henriquez- Tejo y Velasquez (2018) quien enfatiza en que los niños, al comenzar con esta enfermedad, en su mayoría necesita hospitalización para tratar la cetoacidosis

diabética y los problemas de deshidratación. Siguiendo a los autores, desde el primer momento de internación, se debe comenzar con el tratamiento de insulina ya que estos pacientes comportan un déficit absoluto de esta.

Teniendo en cuenta lo explicado anteriormente, se partirá de una concepción de la diabetes desde una perspectiva psicológica psicoanalítica que la entiende como enfermedad psicosomática. En relación a esto, se retoma a Onnis (1990) quien dirá que el síntoma psicosomático parece adquirir un significado simbólico o metafórico que se conecta con algo que debe ser comunicado y que no puede serlo más que a través del cuerpo. Esta afirmación se realiza sin descuidar los componentes estrictamente biológicos que presenta la diabetes como enfermedad crónica.

En sintonía con lo planteado, Chiozza (2019) señala que el trastorno somático es la transformación de una idea inconsciente la cual observamos reflejada en la forma, función o desarrollo corporal, en el caso de la diabetes se ve expresada en la incapacidad del páncreas de producir insulina. En este punto, siguiendo los aportes del mismo autor, es menester señalar que, en esta enfermedad, resulta lícito encontrar la operatividad de otras causas físico químicas o fisiopatológicas referidas al campo de lo biológico- médico. Siguiendo este razonamiento, Isla Pera (2012) sostiene que las causas que desencadenan la diabetes no se conocen con exactitud, pero se han descrito como posibles desencadenantes la predisposición genética y factores ambientales de tipo tóxico e infeccioso.

8.2.1.2 EL INGRESO AL INTERNADO Y LAS EMOCIONES PREDOMINANTES EN EL NIÑO ANTE EL DIAGNOSTICO: MIEDO Y ENOJO

Lo cierto es que la mente y el cuerpo “dialogan” entre sí en su plataforma ideal que es el organismo humano, constitucionalmente dotado para este fin, lo que ocasiona que se perciba, en un representativo escenario, el testimonio innegable de la ansiedad, la tristeza, el dolor y la preocupación (...) (Boris, 2020, p.15).

Para dar inicio a la fundamentación del primer objetivo, se tomarán dos casos **Julián** y **Luz**, ambos de 5 años de edad, que asisten a la clínica desestabilizados, en términos biológicos, y con el índice de glucosa alterado. En ambos casos se confirma el debut diabético, mediante varios análisis de laboratorio, y se brinda el diagnóstico de diabetes tipo 1 al niño y la familia

dentro del Internado de Pediatría. A continuación, se describe cómo fue la vivencia emocional y particular de cada paciente ante la noticia del diagnóstico.

En primera instancia, el paciente **Julián**, junto con su familia (madre y padre), acuden a la clínica en el mes de junio, ingresan en un primer momento por la Guardia Pediátrica donde se evalúan los síntomas y se realizan estudios de laboratorio. Respecto a los síntomas experimentados por el paciente **Julián**, la madre enumera: sed excesiva, ganas muy frecuentes de orinar y fatiga e irritabilidad en los juegos y actividades cotidianas. De esta manera, teniendo en cuenta el relato de la madre de **Julián** sobre los síntomas y los estudios de laboratorio, se detecta una desestabilización y deshidratación del niño y se indica que sea internado.

Por otra parte, se tomará como referencia el caso de la paciente **Luz** quien asiste a la clínica en compañía de su familia, compuesta por: padre, madre y hermana mayor. Una particularidad de esta familia es que residen en un pueblo del interior de la provincia, por lo cual, al notar los síntomas en **Luz**, decidieron viajar y consultar. De esta manera, ingresan, al igual que **Julián**, por Guardia Pediátrica donde se evalúa clínicamente a la niña y se detecta la glucemia mucho más alta del índice normal, por lo que se decide su internación.

Respecto a los síntomas observables en la paciente **Luz** los padres señalaron: marcada reducción de energía, fatiga y sed excesiva. En relación a estos, la madre de **Luz** refiere que *“Los síntomas fueron muy difíciles de notar porque eran confusos. Ella corría, jugaba, se cansaba y pedía mucha agua, pensamos que era normal”* (Registro de práctica ,21-08-2024).

Al ingresar al internado de Pediatría, ambos pacientes, tanto **Julián** como **Luz** y sus respectivas familias, fueron diagnosticados por un médico pediatra en la habitación que les fue asignada. Es precisamente en este momento donde se observa la presencia de estados emocionales en los niños al recibir la noticia. En este sentido, resulta esencial retomar los aportes de Fernández- Abascal et al. (2010) quien enfatiza que las emociones se corresponden con procesos adaptativos al contexto o la situación en la que estemos insertos, es decir, los estados emocionales se activan cuando el aparato psíquico detecta un cambio significativo para nosotros, en este caso, recibir la noticia de un diagnóstico.

Recuperando los aportes de Montañés (2005) incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes, entre las que destaca: adaptación social y ajuste personal al acontecimiento que despierta la emocionalidad. Siguiendo este razonamiento, los estados emocionales que se observan obedecen a una respuesta del niño ante el contexto en el que se brinda el diagnóstico. Asimismo, su respuesta emocional puede reflejar, en cierta medida, como entendió el niño el significado y la implicancia del diagnóstico, teniendo en cuenta su edad evolutiva.

En primera instancia se toma a la paciente **Luz** quien se nota muy callada y tímida, insiste en no querer hablar con los médicos cuando ingresa al Internado, permanece sentada y en silencio al momento que es comunicado el diagnóstico a los padres. En consonancia con lo planteado, Conde et al. (2014) afirma que unos de los mecanismos para afrontar el diagnóstico pueden ser la supresión de cualquier tipo de emoción positiva o negativa que pueda ser causada por la nueva situación. Esto se podría observar en **Luz** quien permanece, durante la comunicación del diagnóstico, sorpresivamente quieta. Un aspecto relevante a destacar es que cuando quiere decir algo, pide a su madre o padre que se le acerque y lo comunica “cómo en secreto” sin que los médicos la escuchen.

Desde la perspectiva de los médicos tratantes, el diagnóstico fue recibido con mucha calma tanto por los padres como por **Luz**, quien mantuvo la misma actitud y predisposición durante la mayor parte de la comunicación del diagnóstico en cuestión. Sin embargo, un aspecto a destacar constituye la expresión de miedo al escuchar al médico pronunciar la palabra “inyección”. *“La paciente dice “tengo miedo” y pregunta varias veces: ¿Me va a doler? ¿Me van a pinchar?” (Registro de práctica, 21-08-2024).* Es observable que a partir de la pronunciación de la palabra mencionada “inyección”, se expresó un estado emocional esperable en **Luz**: el miedo, el dolor, temor a lo desconocido, a que le hagan algún daño.

En concordancia con el estado emocional de miedo, Lizasoain y Ochoa (2003) destacan este como la emoción prevalente durante la transmisión del diagnóstico y el periodo de hospitalización. En este sentido, el miedo se expresa en **Luz**: ante lo desconocido, al contacto con un entorno extraño (como el hospital), al dolor y a las agujas e inyecciones.

Por otro lado, durante el diagnóstico del paciente **Julián**, también se observó la expresión de miedo en el niño, quien afirmó: *“Tengo miedo, quiero a mamá” (Registro de práctica, 8-08-2024).* El mismo se encontraba apegado a su mamá a quien abrazaba y besaba todo el tiempo, rechazando los intentos de acercamiento del padre. A diferencia de la paciente **Luz**, **Julián** gritaba y lloraba buscando desesperadamente los brazos de la madre, quien parecía ser la única persona que lo podía contener en esta situación. Siguiendo a Conde et al.,(2014) la noticia de que está enfermo va a suponer al niño una ruptura general de su esquema de vida rutinario, teniendo que hacer frente, desde ese momento, a una situación completamente nueva para él.

En adición a lo anterior, el padre de **Julián** intentaba acercarse al niño con intentos de calmarlo y contenerlo, pero este lo rechazaba y buscaba a la madre. Así, el niño permanece en silencio, envuelto en brazos de su madre y con la mirada dirigida hacia abajo. Este comportamiento del niño es comentado por la psicóloga quien expresa: *“en la entrevista pude*

notar cierta predisposición de la madre y el niño a formar como “un núcleo” apartado del padre, dejándolo desplazado y formando un vínculo de apego mama- hijo” (Registro de práctica, 18-07-2024).

La manifestación dilucidada por parte del paciente **Julián** de querer permanecer abrazado a su mamá todo el tiempo, permite reflexionar acerca del efecto que tiene el diagnóstico de la enfermedad sobre la investidura libidinal de los objetos y la posibilidad de inferir una regresión en el niño. En este punto, se recupera los aportes de Fernández (2010) quien refiere que esta regresión puede presentarse en las relaciones vinculares, como es el caso del paciente **Julián** y su mama, notándose un vínculo extremadamente dependiente en relación a lo esperado por la edad cronológica del paciente y manifestando angustia ante la separación de la figura de apego. En este sentido, la autora precisa que la regresión es concebida como un mecanismo de defensa que implementa el psiquismo ante la situación de diagnóstico y la enfermedad. De esta forma, es esperable que esta sea de carácter transitorio y reorganizador.

En relación con Fernández (2010), Zapata (2017) refiere que esta regresión altera la representación mental del cuerpo de sí mismo y de los padres, en este caso la madre, a quien permanece “pegado” en términos corporales. Siguiendo este razonamiento, se podría pensar que, en el caso concreto de **Julián** la diabetes colocó al cuerpo del niño en un “cuerpo para dos”.

Por otra parte, los médicos remarcan: *“El niño **Julián** se mostraba en una actitud de rechazo hacia la doctora. Se veía enojado con la madre y en varias ocasiones le pegaba en el brazo” (Registro de práctica, 14-08-2024).* De acuerdo con el registro, se puede detectar el estado emocional de ira y enojo dirigido hacia la madre mediante el acto de pegar. Siguiendo a Conde et al. (2014) este estado emocional se puede ver expresado clínicamente en el rechazo del niño al tratamiento o al ser revisado por médicos y enfermeras, como es notable en el caso de **Julián** durante la devolución del diagnóstico y más tarde durante el periodo de internación el cual será profundizado en el siguiente apartado. En este punto, y como precisa una doctora diabetóloga entrevistada: *“Aparecen en los pacientes generalmente miedos, mucha angustia, ansiedad y enojo. Respecto a este último, los enojos son la manifestación emocional más clásica y normal en los niños” (Entrevista Nro. 1, 2024).*

8.2.1.3 MIEDOS, IRA, ANSIIDADES Y TRISTEZAS DURANTE LA INTERNACIÓN

El diagnóstico impacta, sorprende, conmueve y la internación, “el momento después” se lleva a cabo para “estabilizar” muchas veces no solo los valores médicos sino también a nivel psicológico, que se pueda “masticar” ese diagnóstico, poder ponerlo en palabras, entenderlo y poder sobrellevar el impacto que va a tener en la vida (Entrevista Nro. 2, 2024)

Una vez comunicado el diagnóstico, los pacientes con debut diabético, como los casos elegidos **Julián** y **Luz**, permanecen internados con el objetivo de: lograr una estabilización médica, ayudar al niño y la familia a iniciar el proceso de adaptación de la enfermedad y recibir la educación diabetológica pertinente.

“El objetivo de la internación es compensar al niño ya que en el 80% de los casos los pacientes llegan descompensados porque todavía no se puede detectar un diagnóstico temprano. Además, la doctora insiste en que en la mayoría de los casos se deriva a la UTIP o cuidados intermedios en un periodo de internación que varía normalmente entre los 4 y 5 días” (Entrevista Nro.1, 2024).

Respecto a esto, el periodo de internación transcurre de una manera muy singular en cada niño, independientemente de poseer el mismo diagnóstico médico. En este sentido, Conde et al. (2014) refiere que existen diversas formas de afrontar la hospitalización, por lo que el proceso de adaptación debe ser considerado como dinámico, flexible y dependiente de múltiples variables: ambientales, personales, familiares, entre otras (p.3).

El paciente **Julián** y sus padres permanecieron 5 días en internación recibiendo los cuidados pertinentes, la educación diabetológica y los controles de insulina 3 veces por día. Durante este periodo, **Julián** se muestra, en palabras de los médicos tratantes, *“molesto y enojado, no quería que lo toquen ni lo revisen” (Registro de práctica, 14-08-2024)*. Respecto a esto, Conde et al., (2014) destaca la ira como una de las emociones más extendidas en pacientes pediátricos. Según el autor, esta emoción se puede ver reflejada en la no cooperación con el tratamiento, a modo de rebelión contra la enfermedad, principalmente en la fase inicial.

Una situación específica ocurrida en el internado denota la expresión de ira y enojo en el paciente **Julián**. La misma transcurre en la habitación del niño *“Julián se encontraba corriendo de un extremo al otro extremo de la habitación quejándose constantemente y gritando sin motivo aparente” (Registro de práctica, 15-08-2024)*. Al ingresar a la habitación, **Julián** se cae al suelo y comienza a llorar, grita y no deja que el médico le hable o lo revise, expresando una clara manifestación de enojo e ira acumulada.

Tomando la situación descrita, se podría interpretar la acción de correr por la habitación y los gritos en voz alta como una manifestación de impotencia dada principalmente ante la

restricción de realizar determinadas acciones habituales como, por ejemplo: caminar libremente por su casa (Conde et al., 2014).

Mientras sucede esta situación, los padres intentan calmarlo y el niño no cede y grita numerosas veces: *“Me quiero ir a casa”* (Registro de práctica, 15-08-2024). En este punto, se remarca la presencia de cierta angustia y ansiedad por salir del ámbito hospitalario del internado y volver a su hogar. Recuperando a Conde et al., (2014) la ansiedad, como estado emocional, puede producirse en el niño al ver alterado su estilo de vida, sus actividades cotidianas y al requerir mayores cuidados por parte de los padres o cuidadores.

Además, tomando a Lizasoain y Ochoa (2003), la ansiedad puede producirse o aumentar tomando en cuenta la situación de hospitalización, es decir, la permanencia en un ambiente que no es el propio en relación con profesionales y personas a las que no está habituado.

A lo largo de la estadía en el Internado de Pediatría, **Julián** tenía un marcado temor a los procedimientos médicos el cual se produce, siguiendo Conde et al. (2014), ante la nueva realidad a la que deben hacer frente los pacientes internados. Respecto a esto, un médico afirma: *“Cada vez que entro a la habitación **Julián** se asusta y me pregunta que vamos a hacer, por lo general los primeros días decía “me quiero ir” y lloraba ”* (Registro de práctica, 15-08-2024).

En consonancia con lo anterior, Castillo y Naranjo (2006) señalan que los miedos específicos a sufrir daños físicos y corporales, al peligro o los relacionados con la enfermedad (como el miedo a recibir inyecciones), podrían estar asociados con mayor intensidad al estrés infantil por hospitalización. Adicionalmente, se precisa que el concepto de sufrimiento ligado a la experiencia de internación y la interpretación que realiza el niño de los procedimientos médicos están cargados de tintes emocionales y podrían ser aspectos importantes en la generación de miedo.

En relación a la expresión de miedos y enojo durante el periodo de internación, se destaca en la paciente **Luz** la ocurrencia de períodos de mayor intensidad emocional en los momentos específicos donde se le inyectaba insulina. En dichos episodios la paciente presenta enojo intenso, se negaba y expresaba un notable miedo a las agujas, el pinchazo y al dolor: *“No quiero que me pinchen”* (Registro de práctica, 14-10-2024).

En relación a lo mencionado, Lizasoain y Ochoa (2003) destacan: agresividad, desobediencia y conducta de oposición como síntomas de presentación común producto de la hospitalización (p.5). Precisamente tanto en el caso de **Luz** como de **Julián**, se destaca, durante la internación, la manifestación de conductas de desobediencia y de oposición. En la paciente

Luz se observa expresado ante la negativa de hablar con los médicos y comunicarse en voz baja con los padres y en el paciente **Julián** quien, al ver ingresar al médico, comenzaba a gritar fuerte y correr por la habitación.

Adicionalmente, los mismos autores, Lizasoain y Ochoa (2003) destacan la presencia de ansiedad frente a la hospitalización, expresada en: miedos a la separación familiar, tensión y ansiedad de separación. Esta emoción de ansiedad es notable en el paciente **Julián** quien expresa, como ya se mencionó, no querer separarse de su mamá. Dicha ansiedad es manifestada por medio de episodios de enojo hacia el padre, buscando la contención afectiva y el cariño de la mamá a quien permanece “aferrado en sus brazos”. *“Desde que los médicos entraban pedía constantemente upa de la mamá y decía que no quería caminar solo”* (Registro de práctica, 14-08-2024).

En sintonía con lo propuesto por los autores anteriores, se retoma a Boris (2020) quien precisa que a nivel familiar es frecuente que exista una sobreimplicación emocional de los padres, lo que refuerza las quejas aprendidas y fomenta la conducta enfermiza de un niño, quien aprende los beneficios de adoptar un rol de enfermo y se rehúsa a que sus síntomas cedan (ganancia secundaria).

Lo mencionado está fundamentado a raíz de los pedidos constantes por parte de **Julián** a su mamá. Dichos pedidos se efectuaban durante la visita de los médicos a la habitación del Internado y consistió en solicitar que le hagan cariños o llamados por **Julián** “mimitos” en el antebrazo y que la madre lo mantenga a upa. Ante el pedido del padre de sentarlo en una silla solo, el niño llora y expresa no querer que la madre lo deje “solo”. Esta situación no es aislada sino que se repite durante los cinco días de internación. Por este motivo y teniendo presente los aportes de Boris (2020) se infiere que las quejas y pedidos del niño, especialmente a la madre, pueden pensarse como una ganancia secundaria de la enfermedad, adoptando el rol de “niño enfermo y dolorido”. En este punto, se podría hipotetizar que el diagnóstico de enfermedad y su posterior evolución en el internado, fue reforzando la simbiosis formada de madre- hijo.

Volviendo al estado emocional de ansiedad, en el caso de la paciente **Luz**, es expresado ante la manifestación, por parte de la niña, de no querer separarse de sus padres, especialmente de su papá. En este punto, **Luz** permanece al lado de su papá quien le muestra contención en todo momento. De esta manera se demuestra en los registros: *“la niña se deja revisar por el médico pero pide explícitamente que el papa esté a su lado cuando lo hacen y se angustia de no ser así”* (Registro de práctica, 21-07-2024). Tomando lo mencionado, se destaca, durante los días de internación, la presencia de cierta ansiedad de separación y miedo a separarse de la familia.

Por otra parte, la paciente **Luz** manifestaba cierta tristeza durante los días de internación. Retomando a Lizasoain y Ochoa (2003) la tristeza puede ser expresada en pérdida de interés por las cosas, falta de apetito, pérdida de energía y alteraciones del sueño. En relación a esto la madre de P menciona: *“Está demasiado tranquila y tímida, como vergonzosa. Desde que estamos acá no tiene ganas de jugar o hacer cosas que antes disfrutaba (Registro de práctica, 14-07- 2024).*

8.2.2 ESTADOS EMOCIONALES PRESENTES EN LA FAMILIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y DURANTE EL PERIODO DE INTERNACIÓN

En el presente apartado se desarrollará el análisis de la experiencia correspondiente al segundo objetivo específico del trabajo el cual consiste en identificar las emociones que se observan, expresan y manifiestan en los padres de los pacientes. Para dar cuenta del objetivo explicitado, se concibe a la diabetes como una enfermedad familiar que afecta emocionalmente a toda la familia y que suele suponer un evento traumático para los padres.

Específicamente en este apartado se destaca como cada familia, padre y madre en particular responde emocionalmente con su singularidad, procesando psíquicamente el diagnóstico, en distintos tiempos y modos.

8.2.2.1 SHOCK, MIEDO Y ANGUSTIA EN LAS FAMILIAS

Los autores Henríquez- Tejo y Velásquez (2018) expresan que, para las familias, el debut de diabetes genera un gran impacto, provocando un estado de shock en los padres. Este estado se presenta acompañado de miedos, dolor, enojo y preocupaciones en torno a la enfermedad y sus posibles implicancias en el niño y la familia. Específicamente una profesional diabetóloga señala: *“al momento del diagnóstico aparecen muchos miedos de los padres a tener un hijo enfermo, a la medicación y al futuro de los hijos. Se presentan excesivas preocupaciones en torno a la posibilidad del hijo de llevar una “vida normal”. Así, son frecuentes las siguientes preguntas: ¿La enfermedad tiene cura? y ¿En algún momento de su vida el niño puede dejar de inyectarse insulina? (Registro de práctica, 16-06-2024).*

Al conocer el diagnóstico de enfermedad de sus hijos, la reacción principal de los progenitores es de shock y pánico, apareciendo emociones como la culpabilidad, síntomas

depresivos, conflictos internos y angustia, sintiéndose en muchas ocasiones incapaces de encontrar soluciones a los problemas que se les van planteando, tomar decisiones o manejar las situaciones cotidianas del niño (Conde et al., 2014).

La presencia de un hijo con una enfermedad constituye un factor potencial que puede llegar a perturbar el funcionamiento familiar y ese funcionamiento determinará la reacción del niño ante la enfermedad. Los padres responden no sólo en función de la enfermedad, del tratamiento y de la forma como reacciona el niño, sino también según sus propios sentimientos y problemas personales, lo que significa que tanto las reacciones del niño enfermo como la de sus padres son interdependientes (Grau y Hawrylak , 2010).

Volviendo a los casos tomados, en el momento en el que fue comunicado el debut de diabetes a la familia del paciente **Julián**, ambos padres reaccionaron con dolor y sorpresa. Al escuchar al médico, comenzaron a expresar preocupaciones y dudas en torno a la salud del niño y a las implicancias que podría tener la enfermedad en la vida de **Julián**. De esta manera, el padre dice con cierta angustia: *“No me esperaba esto, es complicado y nos va a costar agarrarle la mano, lo vamos a ir aceptando”*(Registro de práctica, 12-07-2024).

Como propone Moreno (s.f) al momento del diagnóstico se pone en marcha psíquicamente un proceso de duelo en los padres definido como la reacción psicológica ante la pérdida de salud en el hijo y en sintonía con Zapata (2017) se produce una fractura en el proyecto narcisista de los padres para invertir al hijo. Dicha fractura narcisista debe ser metabolizada para que se pueda volver a invertir al hijo. Así, producto de este proceso de duelo aparecen emociones como la tristeza, sentimientos de pena o ansiedad.

Teniendo en cuenta los aportes anteriores y retomando el fragmento mencionado por el papa de **Julián**: *“No me esperaba esto”*, deja entrever que el diagnóstico actuó como un shock, un acontecimiento inesperado que afectó emocionalmente a la familia en general y a los padres en particular. Además, se recalca la fractura en el proyecto de los padres del “hijo sano pensado y esperado”.

Por otra parte, respecto a la familia del **Luz**, se expresaron preocupaciones en torno a la alimentación, las inyecciones y la posibilidad del niño de realizar actividad física. *“Me preocupa la insulina, no sé qué va a poder comer ni cómo lo vamos a controlar todos los días”*. (Registro de práctica, 07-08-2024). En este sentido, se recupera a Moreno (s.f) quien nos recuerda que ante un diagnóstico de diabetes hay sentimientos de desesperanza y conforme se piensa en el futuro, a la persona (en este caso a los padres) le abruma la cantidad de cosas nuevas que hay que aprender y hacer para cuidarse. Así, son los padres quienes se ven obligados

a adquirir nuevas responsabilidades y a tramitar psíquicamente nuevos sentidos en lo que respecta al cuidado del niño.

En sintonía con los padres de **Luz**, la madre de **Julián** expresó similares preocupaciones sobre la alimentación y las inyecciones de insulina. *“Tengo muchas dudas sobre qué puede comer y que no, no sé cómo voy a aprender a pincharlo”* (Registro de práctica, 17-07-2024). Además, desde el primer día de internación, manifestó preocupación sobre la escolaridad de **Julián** ya que el niño asistía a una jornada de doble escolaridad y almorzaba allí. Sobre esto expresa: *“vamos a tener que reorganizarnos como familia, el papa debería ir antes que den la comida en el colegio para medir la insulina en sangre”* (Registro de práctica, 17-07-2024). En su discurso y expresión facial se apreciaba cierto temor y angustia ante el nuevo desafío que implicaba el diagnóstico: volver a organizar la rutina familiar.

Como precisa Fernández (2010), la hospitalización de un hijo frecuentemente es vivida como un hecho inesperado para los padres. En muchas ocasiones implica un riesgo vital o funcional que provoca en los padres una situación de angustia intensa que los desborda, podemos hablar de crisis vital familiar, en donde todos los integrantes se ven afectados. En la misma línea, esta situación es manifestada en los padres mediante reacciones de ansiedad, indefensión, miedo, depresión, entre otros.

Grau y Hawrylak (2010) refieren que los padres tienen que adaptarse a las características de la enfermedad en sus diferentes fases (diagnóstico y tratamiento) reestructurando su vida familiar. De esta forma, luego de la devolución del diagnóstico, el periodo de internación le permite a los padres comenzar a familiarizarse con los cuidados requeridos del niño e ir reestructurando la organización de las actividades de la vida diaria. Esto es posibilitado mediante la llamada educación diabetológica la cual se lleva a cabo en el Internado de Pediatría y consiste en lo siguiente: *“ Los profesionales, generalmente médicos, explican a la familia aspectos esenciales de la diabetes, como el auto control, la importancia de inyectarse insulina, de la actividad física, la alimentación saludable y los nuevos cuidados y signos de alerta que hay que tener”* (Entrevista Nro. 1, 2024).

A raíz de lo dicho, es menester precisar que lejos de ser solo una enseñanza, la educación diabetológica dentro del Internado resulta fundamental. En esta línea, la psicóloga referente remarca durante una reunión de equipo: *“La educación diabetológica permite no solo aprender cuidados y aspectos de la enfermedad, sino que también da lugar a que el sistema familiar pueda simbolizar, relatar, poner en palabras y arribar a una aceptación de los miedos y preocupaciones que los atraviesan en esta situación en particular”* (Registro de práctica, 24-06-2024)

En sintonía con los autores, Henríquez Tejo y Velásquez (2018) destacan que los padres asumen la responsabilidad de los controles de glucemia, de administración de insulina y la planificación de comidas, convirtiéndose en pacientes. Esto provoca demandas muy importantes a los miembros de la familia, enfrentando diferentes desafíos en el cuidado del niño. De esta manera, siguiendo a Pérez- Marín et al. (2015) será necesario poner en marcha un funcionamiento personal (del niño) y familiar diferente, además de la adquisición de mayores conocimientos sobre la enfermedad y el desarrollo de hábitos necesarios para su control eficaz.

La presencia de los padres, así como su participación en los cuidados y otras actividades en la institución hospitalaria resultan vitales para apoyar y mantener las relaciones entre los subsistemas parental y filial. Del mismo modo, el hecho de estar con el hijo conforta a los propios padres quienes se sienten más útiles por poder ayudar y colaborar en la recuperación (Grau y Hawrylak, 2010).

Sin embargo, es preciso remarcar que tanto el diagnóstico como el tratamiento de DM1 suele suponer un evento traumático para los padres, que desarrollan frecuentes enojos y preocupaciones (por ejemplo: impotencia e inseguridad ante la toma de decisiones relacionadas con la enfermedad, miedo al juicio por parte de los profesionales respecto a los hábitos familiares o del niño, tendencia a la sobreprotección o exceso de autonomía) y síntomas significativos de estrés (Pérez- Martín et al.,2015).

Teniendo en cuenta el aporte del autor mencionado, el padre de **Julián** se mostró, durante el periodo de internación, enojado con el niño. En el momento en el que ingresó un médico a la habitación, el niño lloraba y gritaba expresando que no quería que lo revisen y decía: *“Me duele el brazo”*(Registro de práctica, 19-07-2024). Ante este episodio el padre se dirigió al médico: *“No se hizo nada, es una actuación”* (Registro de práctica,19-07-2024). Luego, le dijo a **Julián**: *“Si no dejas de llorar nos vamos a quedar más días acá”* (haciendo referencia al internado).

La emoción de enojo, expresada en contexto de internación, puede dar cuenta de preocupaciones en torno al cuidado del niño, a cómo protegerlo y denota, como precisa Pérez-Martin et al.(2015), cierta impotencia e inseguridad ante la toma de decisiones relacionadas con la enfermedad. Esto se reafirma a raíz de lo comentado por el padre de **Julián**: *“No sé cómo voy a cuidarlo”* (Registro de práctica, 19-07-2024).

Retomando lo ya desarrollado respecto a las emociones, se destaca la presencia de ciertas diferencias entre las familias ya que cada una reacciona y vive la enfermedad de manera

singular. En este sentido, cada familia desarrolla sus propias estrategias como una respuesta a un sistema desequilibrado provocado por la enfermedad (Grau y Hawrylak, 2010).

En sintonía con lo mencionado por los autores anteriores, una doctora diabetóloga refiere: *“hay diferentes tipos de familias y la expresión de miedos dicen mucho de ellas. Por ejemplo: están las familias muy miedosas que se niegan al alta y están las otras familias más “armoniosas” que se adaptan más rápido aunque también con miedos* (Entrevista Nro.2, 2024). En concordancia con esto, se dirá que la familia de **Luz** presentó recursos psíquicos y emocionales a la hora de adaptarse a la enfermedad ya que, durante la educación diabetológica, la profesional médica refiere que: *“los padres estaban muy atentos a observar y escuchar a **Luz** en los miedos y preocupaciones expresadas, especialmente en torno a los pinchazos e inyecciones de insulina”* (Registro de práctica, 2-08-2024).

Por otro lado, respecto a la familia de **Julián** también mostró recursos psíquicos para adaptarse a la enfermedad, pero en menor medida ya que se presentaba una dinámica familiar singular diferente a la familia de **Luz**. Respecto a esto, se observa que quien escuchaba y brindaba un lugar de expresión a lo emocional era la madre de **Julián**, mientras que el padre ocupaba el rol de “dar las inyecciones”. Esta dinámica situacional se expresó durante todo el periodo de internación de **Julián**. En palabras de los médicos: *“cada vez que se tenía que inyectarle a **Julián** insulina, la madre lo abrazaba y lo sostenía en sus piernas mientras que era el padre quien efectuaba los pinchazos”* (Registro de práctica, 2-08-2024).

Recuperando a Henríquez Tejo y Velásquez (2018) algunas familias pueden gestionar de buena forma las nuevas responsabilidades de tener un integrante con DMT1. Sin embargo, para otras familias se transforma en una carga terrible si además se enfrentan a otros problemas como pobreza, desempleo, falta de tiempo o tener otros miembros con enfermedades crónicas. Siguiendo lo dilucidado por los autores, en el caso de la familia de **Julián**, se ha mencionado en reiteradas ocasiones la falta de tiempo de la madre quien debe trabajar la mayor parte del día. En relación a esto, durante el tercer día de internación la madre refiere: *“me gustaría estar más con el pero no puedo, se tiene que quedar X (el papa)”* (Registro de práctica, 20-07-2024).

El impacto en la vida familiar se reconoce como un factor que afecta el cuidado de la DMT1, ya sea interfiriendo en la capacidad de monitoreo de los padres o creando un ambiente hostil. Incluso las familias con niños de poca edad pueden llegar al aislamiento social debido al miedo, sobre todo al de hipoglucemia. Por estos motivos es de gran importancia el apoyo psicosocial apropiado para la familia y comunidad en el que el niño se desenvuelve (Henríquez Tejo y Velásquez, 2018).

En relación a lo explicitado, los padres de **Luz** expresan una notable angustia por no poder realizar las actividades “normales” de los domingos al mediodía: *“acostumbramos ir de la abuela y le prepara a los nietos cosas ricas, nos pone mal que no pueda comerlas y si se lo damos nos da miedo que le haga mal”* (Registro de práctica, 15-08-2024). En sintonía con esto, la familia de **Julián** expresa una angustia similar al no poder realizar las actividades que normalmente disfrutaban. En este sentido el padre de **Julián** añade: *“no queremos dejar de hacer cosas, nos queremos adaptar”* (Registro de práctica, 15-08-2024).

Tomando lo expresado, se evidencia en ambos casos un cambio en la dinámica familiar. De esta manera, es posible detectar similitudes entre las familias en relación a la presencia de preocupaciones (sobre la alimentación, las inyecciones de insulina, el futuro del niño) y miedos entre los que se destaca: miedo a que el niño vaya solo a la escuela y “le pase algo”, a inyectar insulina, no saber controlarla y hacerle daño. En concordancia con esto, la madre de **Luz** dice: *“Tengo mucho miedo a inyectarle la insulina y no saber que hacer, que darle de comer”*. Adicionalmente, la madre de **Julián** expresa un miedo similar: *“Tengo miedo que le pase algo en la escuela, que le baje la insulina y la maestra no sepa qué hacer”*. En sintonía con el miedo expresado por esta mamá, se recupera los aportes de Henríquez Tejo y Velásquez (2018) quienes enfatizan que se puede generar cierto grado de ansiedad y miedo cuando hay un traspaso de responsabilidades a terceros en lo que respecta al cuidado y el control de la enfermedad.

Recuperando los aportes de Conde et al. (2014), se señala que a medida que transcurren los días de internación, los padres pasan por una fase de ajuste en la que buscan información que les anime para ir acomodando emocional y socialmente a la enfermedad. En este punto, los miedos, temores y preocupaciones que se muestran a un inicio durante el diagnóstico y los primeros días de internación, cesan y se evidencia lo que el autor Montañés (2005) llama la función motivacional de las emociones. Esto implica que las emociones experimentadas ahora pondrán en marcha conductas motivadas, con dirección e intensidad, es decir, ante el miedo de inyectar insulina (expresado por la madre de **Luz** y de **Julián**), se manifestara la conducta motivada por dicha emoción de preguntar a los médicos o en la educación diabetológica cómo inyectar al niño sin lastimar.

En relación a esto, una doctora diabetológica señala: *“La etapa de internación se puede dividir en dos grandes situaciones, la primera que refiere al riesgo mayor en salud donde los padres ven mal a su hijo, se angustian y se expresan miedos y preocupaciones dirigidos a la salud y el bienestar del niño (se preguntan: mi hijo va a vivir o no). Luego, una segunda etapa*

a partir del tercer o cuarto día de internación donde ya el niño está compensado clínicamente y los padres pueden empezar a pensar en la vida cotidiana del niño” (Entrevista Nro.1, 2024).

8.2.2.2 LA REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD SOMÁTICA EN LA FAMILIA

Como se señala en la introducción al presente apartado, se pone especial atención a la singularidad de cada familia, tanto de **Julián** como de **Luz**. Dicha singularidad es observada en la interacción familiar, la delimitación de roles y en cómo se responde emocionalmente y se procesa psíquicamente el diagnóstico de diabetes en el niño.

En sintonía con lo señalado, se recuperan los valiosos aportes de Onnis (1990) quien remarca cómo el síntoma psicossomático se hace decodificable y comprensible en el ámbito en el cual se manifiesta y se perpetúa. De esta manera, siguiendo al autor, se puede afirmar que el cuerpo del niño no solo se expresa a través de movimientos de lo intrapsíquico, sino que también busca su expresión por medio de la situación interactiva de la que el sujeto participa.

Las situaciones interactivas y organizativas de ambas familias se pudieron ver reflejadas especialmente durante el periodo de internación. Sobre esto, Onnis (1990) recupera un estudio realizado por Minuchin y Palazzoli (s.f) donde se revela cómo la familia puede responder psíquicamente a raíz del síntoma psicossomático presentado. En el mencionado estudio se proponen cuatro modelos de los cuales se retoman y relacionan tres.

Respecto a la familia de **Julián** se observa una modalidad de respuesta correspondiente al aglutinamiento ya que durante el periodo de internación se evidencio la presencia de límites interindividuales débiles. Sobre esto, la referente psicóloga señala: *“en las últimas entrevistas con la familia de **Julián** se observaba una posición simétrica del niño con los padres, donde es el niño quien “manda” a los padres mediante pedidos con llanto y quejas” (Registro de práctica, 8-08-2024).* Es decir, el niño se mostraba en reiteradas ocasiones exigiendo no querer caminar, que la madre lo contenga, lo abraze y lo acaricie. Ante estos pedidos, la madre responde afectivamente y el padre reacciona con enojo. Este patrón de interacción que se manifestaba en los días de internación denota límites borrosos entre la madre, el padre y el niño. Esto conlleva, retomando a Onnis (1990) a una confusión de roles y funciones dentro de la familia donde la madre obedece los pedidos del niño y el padre responde mediante la emoción de enojo dirigida hacia **Julián**.

Otra característica del modelo de aglutinamiento que presenta la familia de **Julián** es la escasez de autonomía brindada al niño. Esto se observa especialmente en los momentos de inyección de insulina donde era la madre quien decidía en qué parte del cuerpo de **Julián** se inyectaba y era el padre quien llevaba a cabo la acción de pinchar. En estas situaciones el niño no participaba y era la madre quien decidía por él.

Adicionalmente, la repercusión emocional vivida por la familia de **Julián** a raíz del diagnóstico, denota algunas características pertenecientes al cuarto modelo recuperado por Onnis (1990): la evitación del conflicto. Respecto a esto, se destaca que, durante las visitas médicas a la habitación del Internado, la familia ponía en marcha una serie de mecanismos para evitar el desacuerdo, fundamentalmente entre los padres. Siguiendo este planteo, la madre de **Julián** mostraba cierto enojo dirigido hacia el padre, pero esta manifestación no se dejaba expresar durante el periodo de Internación ya que el niño requería de atención constantemente. En relación a esto, el autor ya mencionado, Onnis (1990) menciona:

No es raro, incluso durante la entrevista, observar que el niño interfiere cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir de forma amenazadora o que, con la aparición del síntoma o de la crisis, consigue el bloqueo del conflicto, atrayendo sobre sí la atención preocupada de los familiares (p.80).

En contraposición a lo señalado, la familia de **Luz** posee otra singularidad y dinámica familiar que se manifiesta en el modelo interactivo y organizativo que presentan ante la enfermedad psicosomática. En este punto, se dirá que es brindada por parte de los padres mayor autonomía a la niña. Esta afirmación se verá fundamentada mediante el siguiente fragmento comentado por una doctora del Internado: *“En varias ocasiones, durante la consulta, ambos padres hacían partícipe a **Luz** de la conversación. Así, le preguntaban: ¿qué te parece este alimento? ¿dónde preferís que te inyecte?” (Registros de práctica, 11-09-2024)*. Las preguntas denotan la intención de los padres de **Luz** en que la niña participe y tome decisiones respecto a su condición y a su enfermedad.

Si se retoman los aportes de Onnis (1990) en relación a las modalidades de respuesta de la familia ante la enfermedad psicosomática, se puede reconocer a la familia de **Luz** dentro del modelo de sobreprotección ya que tanto el padre como la madre muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco, estimulando y suministrando respuestas de tipo protector. De esta manera, se pone de manifiesto como toda la familia se moviliza para intentar proteger a **Luz** de cualquier amenaza o posibilidad de riesgo. Así, se expresa en un fragmento extraído de

los registros: *“La madre tenía una libreta con una organización muy estructurada de la alimentación y los horarios que le inyectaron insulina a Luz. Además, anotaba cada palabra de los médicos y realizaba una lista de los nuevos alimentos que tenían que incorporar. Se observaba una anotación y un cuidado muy meticuloso”* (Registro de práctica, 12-08-2024).

8.2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO ANTE UN DIAGNÓSTICO DE DIABETES

Teniendo presente los objetivos desarrollados anteriormente, resulta relevante describir cómo interviene el psicólogo clínico en el equipo de trabajo interdisciplinario dentro del Internado de Pediatría. Para tal fin, se recuperan aportes teóricos acerca de la importancia de la presencia del psicólogo ante un diagnóstico y tratamiento de DMT1 y se complementan dichos aportes con contenido práctico y experiencial proveniente de los registros y las entrevistas realizadas a psicólogas del área de Salud Mental.

8.2.3.1 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN

La diabetes no es una enfermedad incapacitante, pero si es una condición en la que surgen necesidades especiales que requieren una intervención multidisciplinar desde múltiples enfoques. Aquí, se remarca la presencia del psicólogo encargado de apoyar y contener el impacto emocional en el niño y la familia (Entrevista Nro. 2, 2024).

Recuperando los aportes de Henríquez Tejo y Velásquez (2018) el equipo médico que interviene ante un debut diabético debe contar con especialistas en salud mental que contribuyan a generar programas integrales que brinden apoyo emocional al niño y su familia y que atiendan a sus necesidades singulares. Siguiendo a los autores mencionados, en el contexto médico de internación hospitalario, los médicos o profesionales tratantes deben pesquisar la demanda de interconsulta psicológica ante un diagnóstico de tal magnitud.

Siguiendo esta línea, la intervención del psicólogo en el contexto hospitalario y de internación se lleva a cabo respetando el marco institucional y sus normas de ejercicio profesional. Como recuerdan Chafey y Davila (2007), las intervenciones psicológicas en este contexto se diferencian de otras ya que las mismas deben ser adaptadas y ajustadas por los

profesionales para hacerlas lo más compatible posible con el ámbito clínico hospitalario. Esto implica la consideración de distintas particularidades como: la necesidad de llevar adelante intervenciones más cortas e integradas al flujo de la clínica y la demanda de atender en diferentes ámbitos físicos como habitaciones, pasillos y en ocasiones un consultorio.

Fuentetaja y Villaverde (2019) destacan dos modalidades de intervención, entre ellas: interconsulta y tareas de enlace. Sobre estas, se señala que en los casos tomados se llevó a cabo la intervención desde la tarea de enlace ya que la intervención de la psicóloga, en ambos casos, excedió a una participación puntual en el momento de ingreso al Internado. Es decir, resulta más acorde pensar en un mayor grado de colaboración ya que la profesional interviene en todo momento hasta el alta, tanto del paciente **Luz** como de **Julián** y sus familiares.

En sintonía con lo ya explicitado una medica diabetóloga expresa: *“especialmente para el diagnóstico de diabetes se requiere la intervención continua del psicólogo ya que muchas veces la presencia de angustia, estrés alto, falta de sueño y energía puede desencadenar el incremento de insulina y el mal manejo de la diabetes lo que puede desestabilizar médicamente al paciente”* (Entrevista Nro. 1, 2024).

Tomando a Moreno (s.f) la valoración psicológica al momento del diagnóstico, tanto de DMT1 como de DMT2, es esencial ya que se atiende especialmente a la contención emocional del paciente y se busca acompañar al niño y a la familia en el proceso de adaptación a la enfermedad. En concordancia con esto, Chafey y Davilla (2007) refieren que el manejo del impacto emocional ante el diagnóstico va a permitir que posteriormente, se pueda llevar a cabo la ya mencionada educación diabetológica.

Referido a lo explicitado, una doctora pediatra y diabetóloga señala: *“Los psicólogos ven un aspecto que nosotros nunca vamos a poder abordar desde ese enfoque, por eso nos sirve y es necesario su intervención. Es ahí donde se conectan las disciplinas”* (Entrevista Nro.3, 2024). El fragmento tomado enfatiza en la riqueza de abordar un caso de forma integral, desde la mirada de distintas disciplinas, como puede ser medicina, psicología y nutrición, entre otras. En este punto, se retoma el aporte de Perrotta (2014) quien contribuye a pensar la posición crítica del psicoanalista en el equipo de salud. Su presencia y participación permite concebir a los pacientes, **Luz**, **Julián** y sus respectivas familias, como sujetos que se expresan a través de sus cuerpos y la manifestación de síntomas.

Continuando con este razonamiento y desde los aportes de Perrotta (2014), se dirá que la incorporación de un psicólogo desde la mirada psicoanalítica, permite escuchar a los sujetos en su singularidad afectiva y emocional, haciendo un lugar a los padecimientos subjetivos más allá del rótulo diagnóstico de “diabetes tipo 1”. *“En nuestras intervenciones como psicólogos*

tratamos que se dé lugar a un espacio íntimo y de privacidad para que la familia pueda hablar y expresar libremente sus miedos, angustias, temores, enojos” (Entrevista Nro.3, 2024).

Volviendo al caso elegido del paciente **Julián**, la madre dice durante el último día de estadía en el Internado: *“Nos falta un largo camino para aceptar esto psicológicamente. Es todo un tema para nosotros”* (Registros de práctica, 17-07-2024). Lo expresado por esta mamá deja ver un camino singular que recorren los padres del paciente **Julián** a raíz del diagnóstico, donde se denota la presencia de angustia en el relato y una demanda de escucha y de un espacio terapéutico que habilite la palabra.

Por otra parte, la madre de **Luz** expresa durante la internación: *“Son muchos cambios juntos y eso me angustia y me preocupa, no sé cómo vamos a hacer”* (Registro de práctica, 12-08-2024). Tomando lo explicitado por la madre, se observa otra similitud entre las familias: la presencia de angustia ante la adaptación y la aceptación a la enfermedad. Esta angustia reflejada en las familias, tanto de **Julián** como de **Luz**, demanda un espacio terapéutico que excede el contexto clínico de atención psicológica dentro del Internado de Pediatría. Por este motivo, como parte del rol del psicólogo, es pertinente y necesario recomendar explícitamente en ambos casos continuar un proceso terapéutico, por fuera de la Clínica, una vez finalizado el periodo de internación. En este punto, se remarca que la atención psicológica que se recibe durante el periodo de Internación no continua a nivel ambulatorio, pero si se puede recomendar iniciar tratamiento con otro profesional de salud mental por fuera del Internado. Este aspecto forma parte del reglamento de la Clínica y enmarca las intervenciones de los psicólogos dentro del ámbito hospitalario.

Como precisa la referente psicóloga: *“Dentro del Internado, el objetivo del psicólogo es brindar asistencia y acompañamiento en el proceso de transición y aceptación de la enfermedad. Este proceso conlleva transcurrir por la experimentación de miedos, angustia y preocupaciones en torno a cómo será la vida de su hijo en un futuro”* (Registro de práctica, 2-08-2024). En sintonía con esto, se implementa la escucha analítica como herramienta principal del psicólogo para propiciar como sostén y apoyo. Como señala una psicóloga entrevistada: *“la escucha estará orientada sobre la resonancia psíquica y emocional de la familia y el niño en torno a la enfermedad. Esta resonancia será particular de cada familia, por esto debemos ir caso por caso”* (Entrevista Nro. 3, 2024).

Como profesionales debemos escuchar analíticamente desde la singularidad de cada niño y familia. Así, retomando a Fuentetaja y Villaverde (2019) toda intervención psicoterapéutica debe contemplar la subjetividad del paciente, acompañando el sufrimiento e implementando estrategias que propicien hacerlo más tolerable. *“Como psicólogas entendemos*

que mediante la palabra y la escucha del relato hay elaboración psíquica de lo acontecido. Esto deja notar ciertos recursos y dinámicas familiares que se ponen en marcha ante la situación vivida” (Registros de práctica, 24-06-2024).

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, Fuentetaja y Villaverde (2019) reflejan que la inclusión del psicólogo clínico en el ámbito médico hospitalario genera un cambio de expectativas en el trabajo con el paciente y también un cambio o ajuste de roles por parte de otros profesionales. De esta manera, los autores enfatizan que la tarea o el plan de intervención conjunta debe ser complementario y colaborativo aportando la visión específica de los procesos psicológicos observados. Siguiendo esta lógica, se llevó adelante el plan de intervención interdisciplinario con las familias de **Julián** y **Luz**. Así lo refleja una medica diabetóloga que trabajo en ambos casos: *“para elaborar el plan de tratamiento se tuvo siempre en cuenta el aspecto psicológico del niño y la familia, cómo se vinculan emocionalmente con la enfermedad, que indicaciones médicas podían receptar y cuáles no y cómo repercutía en el niño ser pinchado y en los padres el pinchar”* (Entrevista Nro.3, 2024).

Otra instancia en la que se requiere la intervención del profesional de Salud Mental constituye el periodo donde se comienza a pensar en el alta. En este punto, se evalúa interdisciplinariamente si el paciente “está listo” para dejar los cuidados del Internado. Dicha evaluación consiste en contemplar el aspecto biológico- médico, observando los niveles de glucosa en sangre, la dimensión nutricional y los aprendizajes adquiridos sobre la enfermedad. En relación a la intervención del psicólogo en este momento, una psicóloga entrevistada precisa: *“Como decisión profesional entre todas las áreas se ha llegado al acuerdo de no demorar la espera al alta ya que siempre van a existir miedos y temores en la familia cuando llega el momento de irse a casa y poner en práctica todo lo aprendido”* (Entrevista Nro.3, 2024).

En los casos tomados, ambas familias pudieron aceptar el tiempo de alta pero aun así expresaron miedos en torno a la posibilidad de que ocurra algo y no sepan qué hacer. *“Los padres de Luz y Julián tenían miedo a manejar la insulina en su casa y a olvidarse de los cuidados aprendidos”* (Entrevista Nro. 2, 2024). En esta última instancia, el rol del psicólogo consiste en brindar soporte y contención a los padres y al niño y , a su vez, remarcar la importancia de continuar con terapia psicológica y con los controles médicos ambulatorios.

En concordancia con lo ya explicitado, resulta preciso remarcar que el trabajo interdisciplinario es necesario desde el primer día de ingreso al Internado hasta el momento del alta. Siguiendo a Fuentetaja y Villaverde (2019), el trabajo en la institución hospitalaria presenta ciertas complejidades y desafíos ya que el psicólogo debe insertarse en un ámbito

complejo que demanda intervenciones psicológicas específicas como ya fue señalado y que requiere que el profesional mantenga contacto con otros profesionales de otras disciplinas. Sobre esto, los autores precisan diferentes instancias a tener en cuenta: lo individual, lo relacional, lo grupal y la propia organización.

Tomando los aportes mencionados, se hará especial énfasis en la dimensión relacional entre los profesionales y a la dimensión grupal en lo que respecta al trabajo de equipo, en este caso el equipo de profesionales que se conforma para atender un debut diabético. Sobre la dimensión relacional y grupal, la psicóloga entrevistada expresa: *“Hay un tiempo para construir el equipo y entablar relaciones con los profesionales. En este sentido, existe un desafío muchas veces de tolerar la diferencia principalmente respecto a la lectura que se haga del paciente y su situación”* (Entrevista Nro.3, 2024). Sin embargo, la riqueza del trabajo conjunto entre disciplinas permite apreciar desde diferentes aristas al paciente. En estas aristas, se puede encontrar un punto en común que generalmente es una meta y objetivo del tratamiento y las intervenciones, esto es: la evolución positiva del paciente, su mejoría.

Sobre lo mencionado anteriormente, la profesional psicóloga adhiere: *“por parte del psicólogo debe haber un deseo de confluir lecturas, de trabajar interdisciplinariamente sin perder la riqueza de su aporte”* (Entrevista Nro. 3, 2024). En sintonía con esto, Perrotta (2014) refiere que el aporte del psicoanalista permite hacer lugar a los sujetos y sus padecimientos subjetivos, intentando escuchar más allá de la demanda concreta, aportando su escucha al equipo de salud para diseñar estrategias de acción.

Por último, adoptando una mirada crítica sobre la incorporación del psicólogo al equipo de trabajo interdisciplinario, Chafey y Dávila (2007) precisan que aun cuando la comunidad científica y los profesionales de la salud han aceptado la importancia de la psicología en el tratamiento de la diabetes, todavía la posición del psicólogo no ha sido integrada activamente como parte del equipo de tratamiento primario del paciente con diabetes en muchas clínicas y hospitales. Esta cuestión se refleja en el siguiente fragmento extraído de los registros: *“Hay un desafío a nivel general en los hospitales que tiene que ver con la construcción de un equipo interdisciplinario permanente en el que se incluya al psicólogo para el tratamiento de la diabetes”* (Entrevista Nro.2, 2024).

9. CONCLUSIONES

Con el propósito de adentrarse en lo que conforma el apartado final del desarrollo de este Trabajo Integrador Final, se buscará exponer diferentes conclusiones que surgen de la elaboración del presente escrito como así también del proceso y la experiencia de Práctica Profesional Supervisada llevada a cabo desde el rol de practicante.

Como se explicó anteriormente, la experiencia de práctica se realizó en el año 2024 en una Clínica Polivalente de la ciudad de Córdoba. En esta institución se brindó la posibilidad de asistir, en un rol de observadora no-participante, a las Revistas de Sala del Internado de Pediatría de la Clínica. Mediante las visitas efectuadas al Internado, se pudo observar detalladamente la modalidad de trabajo del psicólogo clínico en el contexto de internación y como este puede trabajar conjuntamente con otros profesionales pertenecientes a otras disciplinas como: médicos, enfermeras, kinesiólogos, nutricionistas, entre otros.

En adición a lo expresado, se destaca en primera instancia el trabajo interdisciplinario ya que todas las situaciones de los pacientes observados a lo largo de la experiencia de práctica demandaban la intervención del equipo médico de salud y el trabajo conjunto entre distintas disciplinas. En este sentido, desde un inicio, se presentó curiosidad y entusiasmo por observar pacientes pediátricos que, conjuntamente con sus familias, ingresaban al Internado debido a su debut diabético. Es así como en torno a esta temática se construyó el eje del presente trabajo.

El tema elegido busca brindar información a otros acerca de las **repercusiones emocionales** que puede tener el diagnóstico de diabetes tanto en el niño o niña que es diagnosticado como en la familia del paciente. Adicionalmente, se precisa que estas repercusiones no pueden pensarse por fuera del contexto de internación ya que es en este contexto donde se brinda el diagnóstico, los cuidados necesarios y la educación diabetológica al niño y los cuidadores primarios.

El marco teórico desarrollado giró en torno al eje de sistematización propuesto, buscando indagar y fundamentar las cuestiones planteadas en el mismo, y a su vez, enriquecer lo observado en la experiencia de práctica con aportes teóricos pertinentes y relevantes desde una mirada integral tomando aportes de la perspectiva psicoanalítica para abordar la concepción sobre la diabetes, la singularidad de cada niño y familia ante el diagnóstico y el rol del psicólogo como profesional de la salud que sostiene, acompaña y escucha.

Además, se tomaron aportes de la perspectiva sistémica que ayudaron a identificar los cambios, interacciones y reorganizaciones que a nivel familiar sucedían ante el diagnóstico de diabetes y la internación del niño. La utilización de esta mirada fue enriquecedora y necesaria

para indagar en las repercusiones emocionales singulares de cada familia. En adición a esto, se consideró pertinente incorporar artículos psicológicos específicos sobre internación y diabetes pediátrica ya que el eje y los objetivos propuestos demandan una especificidad de abordaje.

En relación a la **articulación teórico-práctica** se buscó profundizar en la mirada del síntoma psicosomático del niño no como mera manifestación médica o biológica sino como un síntoma que parece adquirir un significado simbólico o metafórico que conecta con algo que debe ser comunicado y lo hace a través del cuerpo del niño (Onnis, 1990). Se pudo observar que este síntoma se expresa en el cuerpo del niño y es el que permite al equipo de salud detectar la diabetes. Este proceso diagnóstico se lleva a cabo en el Internado de Pediatría, contexto hospitalario que debe ser tomado en consideración al identificar los estados emocionales presentes tanto en el momento del diagnóstico como posteriormente.

Una vez definido el eje del presente trabajo, se plasmaron tres objetivos específicos en los cuales se tomaron principalmente dos casos clínicos (**Julián** y **Luz**) de la experiencia de práctica y entrevistas llevada a cabo a dos médicas pediatras especialistas en diabetes y a una psicóloga clínica del Internado. Además, fueron esenciales los aportes extraídos de las reuniones con la referente psicóloga, la experiencia de trabajo interdisciplinario con médicos y la participación en los Ateneos de Salud Mental. Estas instancias permitieron visualizar y comprender el rol que el psicólogo clínico desempeña en el contexto hospitalario y de internación.

En cuanto al primer objetivo, se identificaron los estados emocionales de los niños **Julián** y **Luz** en dos momentos diferenciados: la devolución del diagnóstico y el periodo de internación. En el primer momento se señaló la presencia en ambos niños de miedo, en el caso de **Luz** se expresa concretamente hacia la inyección, manifestando temor a los procedimientos médicos desconocidos y a que le hagan algún daño. Por otro lado, en el caso de **Julián** también se manifestó miedo hacia la situación de diagnóstico concretamente. Esta emoción fue expresada mediante la palabra acompañado de pedidos constantes hacia la madre como se expresó a lo largo del trabajo.

Sin embargo, se destaca la singularidad en la expresión de la emocionalidad frente al mismo diagnóstico. En este sentido, tanto **Julián** como **Luz** recorrieron caminos particulares a pesar de manifestar una emoción común como el miedo. De esta manera, en el caso del paciente **Luz** se hipotetiza acerca de una posible regresión en las relaciones vinculares notándose un vínculo extremadamente dependiente con su mama en relación a lo esperado por la edad cronológica del niño y teniendo en cuenta la manifestación de angustia ante la separación de la figura de apego (Fernández, 2010).

Por otro lado, la situación de la paciente **Luz** presenta otra singularidad frente a la comunicación del diagnóstico ya que el mismo es recibido con mucha tranquilidad por parte de la niña quien permanece sentada y en silencio. En este punto, Conde et al. (2014) afirma que unos de los mecanismos para afrontar el diagnóstico pueden ser la supresión de cualquier tipo de emoción positiva o negativa que pueda ser causada por la nueva situación.

Respecto al periodo de internación, se destaca en ambos pacientes la presencia de episodios de enojo. En el caso de **Luz** la emoción era manifestada en el momento donde se le inyectaba insulina y en el caso de **Julián** se expresaba mediante gritos y llantos cuando los médicos se acercaban a la habitación o querían revisarlo. Adicionalmente, el paciente **Julián** presentaba episodios de angustia y ansiedad por salir del ámbito hospitalario.

En relación a lo explicitado, se remarca a lo largo del trabajo la importancia de considerar las particularidades del contexto de internación y todo lo que demanda psíquicamente en el niño su estadía allí ya que pierde contacto con su medio habitual y se inserta sorpresivamente en un contexto extraño y en ocasiones amenazante. En esta sintonía, se precisa como síntomas producto de la hospitalización la presencia de desobediencia y conductas de oposición en los niños (Lizasoain y Ochoa, 2003).

Por otra parte, como desarrollo del segundo objetivo, se identificaron los estados emocionales presentes en la familia en los dos momentos ya mencionados: la devolución del diagnóstico y el periodo de internación. Para este fin, se concibió a la diabetes como enfermedad familiar que afecta a todos los miembros de la familia y que suele suponer un evento traumático para los padres. En este sentido, se precisó que, al conocer el diagnóstico de sus hijos, la reacción principal de los progenitores es de shock y sorpresa apareciendo emociones como la culpabilidad, síntomas depresivos, conflictos internos y angustia, sintiéndose en muchas ocasiones incapaces de encontrar soluciones a los problemas que se les van planteando, tomar decisiones o manejar las situaciones cotidianas del niño (Conde et al., 2014).

Las expresiones de los padres, tanto de **Julián** como de **Luz**, al momento del diagnóstico deja entrever que este actuó como un shock inesperado en la familia y a su vez, produce una fractura en el proyecto de los padres del hijo sano esperado (Zapata, 2017). De esta manera, aparecen en los padres emociones como tristeza, angustia, sentimientos de pena y ansiedad acompañado de afirmaciones como: *“Que vamos a hacer ahora?”*, *“No me esperaba esto”*, *“No sé cómo lo vamos a controlar”*.

Posteriormente, durante el periodo de internación se manifestaron preocupaciones y miedos en torno a las implicancias de la enfermedad en la vida y salud del hijo. En relación a

esto, se precisa como los padres tienen que adaptarse a las características de la enfermedad en sus diferentes fases (diagnóstico y tratamiento) reestructurando su vida familiar (Grau y Hawrylak, 2010). Esta reestructuración conlleva en las familias de **Luz** y **Julián** cierto miedo y angustia ante el nuevo desafío que implica el diagnóstico.

A su vez, se remarca la situación de hospitalización de un hijo, la cual constituye, en los casos tomados, un hecho inesperado para los padres que provoca angustia y que afecta a todos los miembros de la familia (Fernández, 2010). Durante el transcurrir de los días en el Internado, los padres comienzan a familiarizarse con los cuidados requeridos y se les brinda la educación diabetológica, instancia que les permite despejar dudas, preocupaciones y miedos.

El paso de cada familia por el Internado es singular y particular a pesar de ser diagnosticado el niño con la misma enfermedad crónica. Dicha singularidad tiene que ver con los recursos psíquicos y emocionales con los que cuenta cada padre, madre y niño para afrontar el diagnóstico y la internación, la dinámica familiar existente y los modos de relacionarse entre el niño enfermo y los miembros de la familia.

Teniendo en cuenta lo anterior, como parte del segundo objetivo, se hizo hincapié en cómo las familias elegidas pueden responder psíquicamente a la enfermedad psicosomática que desarrolla el niño. Para tal fin se tomaron los aportes de Onnis (1990) y se observaron y registraron las modalidades singulares de respuesta de ambas familias a la enfermedad. Esta incorporación teórica conjuntamente con la integración práctica fue enriquecedora para el presente trabajo ya que permitió observar más allá de un estado emocional concreto, una dinámica de funcionamiento familiar que se despierta a raíz del diagnóstico de enfermedad psicosomática como lo es la diabetes infantil.

En cuanto al último objetivo, se pudo describir el rol del psicólogo clínico dentro de un Internado de Pediatría, en contexto de hospitalización. En este sentido, se hizo referencia a las intervenciones psicológicas que se realizan a los pacientes y sus familias las cuales se encuentran enmarcadas en el formato de tareas de enlace ya que él o la profesional interviene en todo momento desde el ingreso del paciente hasta el alta. En este punto, se recalca la importancia del trabajo interdisciplinario con médicos y nutricionistas, dada la complejidad de abordaje que se requiere ante un diagnóstico de diabetes en un niño.

Recuperando lo dicho, se enfatiza en el rol del psicólogo con una mirada psicoanalítica que se posicione desde el acompañar y sostener la emocionalidad singular de cada familia, propiciando un lugar seguro de expresión dentro del contexto hospitalario. De esta manera, se busca brindar un espacio íntimo y de privacidad para que la familia y el niño pueda hablar y expresar sus miedos, angustias, temores, enojos.

Por último, se considera pertinente hablar de cuestiones personales referidas a la experiencia de inserción como practicante de psicología en el ámbito clínico. Sobre esto, se señala que fue un largo camino de aprendizaje en el que se incorporaron conocimientos teóricos y principalmente prácticos referidos al trabajo interdisciplinario con otros profesionales ya que la situación de los pacientes que ingresaban al Internado demandaba un abordaje integral y un trabajo continuo entre diferentes disciplinas.

La incorporación como practicante de psicología al ámbito de internación no fue sencilla ya que era la primera vez que una pasante ingresaba a este sector. En este sentido, se requirió de paciencia y mucha perseverancia para lograr insertarse poco a poco en las actividades que realizaban los profesionales y adaptarse a los tiempos del Internado. De esta manera y con ayuda de la referente psicóloga, se logró encontrar un tema de gran interés que permitió tener una aproximación cercana al ejercicio profesional del psicólogo dentro del contexto clínico.

Siguiendo este razonamiento, las reuniones con la referente psicóloga, la participación en la Revista de Sala del Internado y en los Ateneos de Salud Mental fueron instancias de gran aprendizaje no solo de conocimientos sino también de habilidades para la comunicación y la interacción con pacientes, familias y entre profesionales. Estas instancias fueron una oportunidad muy valiosa para el ejercicio del rol de futura profesional.

Por último, en lo que respecta a la elaboración del presente trabajo, fue vivido y realizado con gran entusiasmo y emoción ya que constituye una instancia final de tantos años hermosos de carrera y estudio que fueron transitados con esfuerzo y dedicación. Toda la experiencia vivenciada y el trabajo realizado han permitido tomar noción de la complejidad que esconde el trabajo interdisciplinario para el abordaje de una enfermedad crónica como puede ser la diabetes infantil. Asimismo, se remarcó la importancia de que el psicólogo, desde su rol, sostenga, escuche y dé espacio a la emocionalidad y al sufrimiento.

Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana. (Carl. G. Jung)

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnechea García, M. M., & Morgan Tirado, M. D. L. L. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias y retos*, 1(15), 97-107.
- Boris, I. M. S. (2020). Los trastornos psicosomáticos en el niño y el adolescente. *Medisan*, 24(05), 943-961.
- Carvajal, C. (2017). El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 841-848.
- Chiozza, L. (2019). La historia que se oculta en el cuerpo (Fundamentos para una psicopatología psicoanalítica). *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 30(145, mayo-jun.), 204-212.
- Chiozza, L. (2008). *Obras completas de Luis Chiozza. Tomo XI: Afectos y afecciones 2* (Vol. 11). Libros del Zorzal.
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. <http://www.clinicareinafabiola.com.ar/>
- Conde, A. B. Q., Díaz, M. D. J., López, M. R., & Berbén, M. T. G. (2014). La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 569-576.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Psicólogos, F. E. D. A. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Ética, C. (1999). Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe. PRA).
- Diputados, C. (2009). Ley 26.529/09: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Congreso Argentino.
- Ferrero, A. (2000). La ética en psicología y su relación con los derechos humanos. *Fundamentos en humanidades*, (2), 21-42.
- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.

- Fernández-Castillo, A., & López-Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 631-645.
- Fernández, G. (2010). Paciente pediátrico hospitalizado. *Departamento de psicología médica. Área Materno Infantil Facultad de Medicina. UDELAR. Recuperado de: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO>*.
- Fuentetaja, A. M. L., & Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), e1
- García, M. D. L. Á. V., Barreiro, M. V. C., & Álava, L. A. R. (2018). Intervención del psicólogo clínico en la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* marzo.
- Grau, C., & Fernández Hawrylak, M. (2010, August). Familia y enfermedad crónica pediátrica. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 33, No. 2, pp. 203-212). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Haz, A., Díaz, D., & Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20(1), 23-28.
- Henríquez-Tejo, R., & Cartes-Velásquez, R. (2018). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. *Revista chilena de pediatría*, 89(3), 391-398.
- Isla Pera, M. P. M. P. (2012). Repercusiones de la diabetes en el niño y el adolescente. *ROL. Revista Española de Enfermería*, 2012, vol. 35, num. 6, p. 434-439.
- Jara, O. (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. *Decisio*, (28), 67-74. Recuperado de [https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf]
- Jiménez Chafey, M. I., & Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 126-143.
- Lizasoáin, O., & Ochoa, B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz*, 5, 75-85.
- Montañés, M. C. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. *Universidad de Valencia*, 3.
- Moreno, G. J. (s.f) Aspectos emocionales en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. *Revista diabetes.org*. Recuperado de <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Aspectos-emocionales-en-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-diabetes-1.pdf>

- Muñoz, M. M. A. (2014). De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos. *Revista electrónica Psyconex*, 6(9), 1-9.
- Ochoa, M., Cardoso, M., & Reyes, V. (2016). Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante. *Enfermería universitaria*, 13(1), 40-46.
- Organización Mundial de la Salud. Hoja informativa sobre la diabetes. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Otero, J., & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Aperturas psicoanalíticas*, 16.
- Perrotta, G. (2014). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud. *E. Trimboli, Cuerpo y Subjetividad*, 373-375.
- Pérez-Marín, M., Gómez-Rico, I., & Montoya-Castilla, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Revisión. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(2), 158-162.
- Rosselló, J., Méndez, Y., & Chafey, M. I. J. (2005). Reacciones psicológicas de padres/madres de un/a hijo/a con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 16(1), 71-89.
- Tisnés, H. M. (2011). Sobre la clínica en la psicología. *Poiésis*, (21).
- VALENCIA, H. G. H. (2005). *Manual de técnicas de investigación conceptos y aplicaciones*. Hector Guillermo Huaman Valencia.
- Vera, V. L. Z., Cabrera, J. J. L., Bazurto, V. O. C., & Carrillo, M. J. D. (2022). La diabetes infantil y sus consecuencias en el desarrollo físico y emocional. *Revista Científica Higía de la Salud*, 6(1).
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. M., & Freire, M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. In *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto Gino Germani.
- Zapata, M. (2017). Un niño y su cuerpo enfermo. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 36(3), 126-130.

11. ANEXO

ENTREVISTA ABIERTA A DOCTORA - ÁREA DIABETOLOGÍA PEDIÁTRICA

1. ¿Porque eligió la especialidad de diabetes?
2. ¿Qué tipo de diabetes trae más dificultades al paciente? (pueden ser dificultades emocionales, médicas o síntomas que irrumpa en la vida cotidiana)
3. ¿Has detectado algún cambio relevante en la pandemia? Por ejemplo: la presencia de más o menos casos.
4. ¿Cómo es para usted la transmisión del diagnóstico en las distintas etapas evolutivas?
5. ¿Qué edades predominan en los debuts diabéticos?
6. ¿Qué tipo de diabetes se observa con más frecuencia en la Clínica?
7. ¿Hay situaciones psicológicas que puedan determinar el debut diabético?
8. ¿Hay casos de más gravedad que requieren un tratamiento específico diferenciado?
9. Generalmente, ¿por dónde ingresa el paciente? (consultorio, guardia, de urgencia)
10. ¿Hay, en general, interconsulta psicológica cuando se transmite el diagnóstico de diabetes?
11. ¿Los pacientes y padres expresan preocupaciones en torno al desarrollo futuro de una vida "normal"?
12. ¿Se plantean resistencias o quejas (de padres o niños) a la hora de seguir indicaciones médicas recomendadas?
13. ¿La diabetes presenta comorbilidad con otras enfermedades? ¿cuales?
14. ¿Cuáles son las dudas o cuestionamientos más frecuentes de la familia ante el diagnóstico de diabetes?

PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE EL MOMENTO DE INTERNACIÓN

1. ¿Cómo describiría el momento en el que una familia recibe el diagnóstico de diabetes en el internado?
2. ¿Qué emociones considera que están más presentes en este momento?
3. ¿En qué medida considera que el psicólogo aporta a la intervención con el paciente y la familia?
4. ¿Cómo definiría el trabajo interdisciplinario con el psicólogo en este ámbito?

ENTREVISTA ABIERTA A PSICÓLOGOS REFERIDA A LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO ANTE DIAGNÓSTICO DE DBT

1. ¿Con qué herramientas /técnicas trabaja el psicólogo en la intervención por diagnóstico de dbt en pacientes pediátricos en la primera infancia?
2. ¿Con qué dificultades puede encontrarse el psicólogo en el ámbito de la interconsulta por dbt?
3. ¿Qué intervenciones puede realizar el psicólogo ante la presencia de angustias o temores en el niño y la familia?
4. ¿Qué recursos de simbolización (que ayuden a aceptar, poner en palabras lo que sucede) se pueden poner en práctica en una sesión con el niño teniendo en cuenta su edad?
5. ¿Cómo trabaja el psicólogo interdisciplinariamente con otros profesionales? ¿Qué aspectos el psicólogo debe tener en cuenta para este trabajo?
6. ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?