

Losi, María Lourdes

**El rol del psicólogo infanto
juvenil en el área de
internación de un hospital
pediátrico polivalente en la
Ciudad de Córdoba**

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

Directora: Perazolo, Sofía

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



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



Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final
Contexto Clínico

**“EL ROL DEL PSICÓLOGO INFANTO JUVENIL EN EL ÁREA DE INTERNACIÓN DE
UN HOSPITAL PEDIÁTRICO POLIVALENTE EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Alumna: Losi, María Lourdes- Clave de alumno: 1908291

Directora: Lic. Perazolo, Sofía

2025

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por confiar siempre en mí y por impulsarme a perseguir mis metas, sin el enorme esfuerzo de ellos no estaría donde estoy hoy.

A mis hermanas, porque cerca o lejos estuvieron siempre presentes. Especialmente Rosario, que escuchó atentamente mi entusiasmo por las prácticas y fue mi gran compañía durante mi último año en Córdoba.

A Lidia, mi abuela, que me transmitió su inmenso cariño a pesar de la distancia y rezó por mí en cada parcial y final.

A Tomás, mi mejor amigo y hermano del corazón, que con su apoyo y amor incondicional fue mi mayor sostén durante los años en Córdoba, cuando estar lejos de casa tenía un gran peso.

A las amigas que me dio la facultad, con las que transité cada etapa de este hermoso camino que significó tanto esfuerzo, fueron el motor más grande para llegar a la meta.

A mis amigas de toda la vida, por acompañarme en cada paso desde hace tantos años.

A Sofía, mi directora, que con compromiso, dedicación y paciencia me acompañó en la redacción de este trabajo de la mejor manera.

A la Universidad Católica de Córdoba y a sus profesionales que me formaron.

Al Hospital Infantil Municipal, por abrirme sus puertas y permitirme reafirmar el inmenso valor de la salud pública, demostrando que el amor y la escucha son la base de todo cuidado.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA	8
2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	9
2.2 HACIA UNA DEFINICIÓN CONTEMPORÁNEA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA	10
2.3 EL PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	11
2.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ÁMBITO INFANTO JUVENIL: EL HOSPITAL PEDIÁTRICO	13
2.5. IMPLICANCIAS ÉTICAS DEL ROL DEL PSICÓLOGO: LEY N° 7106	15
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	16
3.1 BREVE DESCRIPCIÓN HISTÓRICA	17
3.2 EL HIM EN LA ACTUALIDAD	18
3.3 ACTIVIDADES EN EL HIM	20
3.4 ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DEL HIM	22
3. 5 ORGANIGRAMA SALUD MENTAL	23
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	24
5. OBJETIVOS	26
5. 1 OBJETIVO GENERAL	27
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	28
6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA INTERNACIÓN PEDIÁTRICA	29
6.2 REACCIÓN ANTE LA ENFERMEDAD Y LA HOSPITALIZACIÓN	31
6.3 EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE CONLLEVA LA HOSPITALIZACIÓN	34
6.3 ASPECTOS RELATIVOS A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	37
6.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL HOSPITAL	39
6.5 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON PACIENTES HOSPITALIZADOS	41
6.6 EL JUEGO COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN	42
6.7 EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA SITUACIÓN DE INTERNACIÓN	44
6.8 LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO	47
6.9 INTERCONSULTA EN PEDIATRÍA	50
7. MODALIDAD DE TRABAJO	52
7.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	54
7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	55
7.3 IMPLICACIONES ÉTICAS	55
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	57
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	58

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA	64
1. Identificar las intervenciones del psicólogo clínico con los niños/as hospitalizados	64
2. Identificar las intervenciones del psicólogo clínico con los familiares de los niños/as internados en el hospital pediátrico para facilitar la adaptación y el acompañamiento emocional durante la internación de los mismos.	75
3. Describir las intervenciones del psicólogo en un equipo interdisciplinario de salud para una atención integral del paciente internado.	88
9. CONSIDERACIONES FINALES	97
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

ÍNDICE DE SIGLAS

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

HIM: Hospital Infantil Municipal.

SeNAF: Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.

SPD: Servicio de Protección de Derechos

UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final se realiza en el marco de la Práctica Profesional Supervisada, llevada a cabo puntualmente dentro del contexto clínico en el área de Salud Mental del Hospital Infantil Municipal. La misma comenzó en mayo de 2024 y finalizó en noviembre del mismo año. Esta práctica tuvo como objetivo primordial, a través de la experiencia en terreno desde un rol de observador no participante, vivenciar un recorrido que permita una aproximación al trabajo que hace un psicólogo clínico en el ámbito hospitalario. El rol de observador permitió conocer las intervenciones que realizan los profesionales dentro de la institución en diversas instancias que resultan de interés, tales como entrevistas en consultorios de psicología y psiquiatría, interconsultas, revistas de sala, intervenciones en área de internación, ateneos, entre otras.

Como eje de sistematización de la experiencia se plantea: “El rol del psicólogo infanto juvenil en el área de internación de un hospital pediátrico polivalente en la ciudad de Córdoba”. El mismo surge a raíz de los intereses surgidos durante los meses en los que se llevó a cabo la práctica.

Con respecto a la organización y el marco teórico de este trabajo, en un primer momento está destinado a introducir al lector en el campo de la Psicología Clínica a través de una definición pertinente, el cambio que ha sufrido este campo a través del tiempo, las cualidades del rol del psicólogo clínico específicamente en el ámbito infanto-juvenil y las implicancias éticas dentro de las que se enmarcan la práctica y el presente escrito. En un segundo momento, se hablará particularmente de la institución donde se ha desarrollado la experiencia, el Hospital Infantil Municipal. Brevemente se dará lugar a un recorrido histórico y se especificará sobre los servicios que posee, su organización actual y la multiplicidad de tareas que se desarrollan en la institución para contribuir al bienestar de todos sus pacientes.

En una tercera instancia, se plantean el objetivo general y los tres objetivos específicos que nacen del eje de sistematización. Seguido a ello, se desarrollará la perspectiva teórica pertinente para el tema escogido, junto con la modalidad de trabajo llevada a cabo para el proceso de sistematización de prácticas.

Por otro lado, se dará lugar al análisis de la experiencia, que se conforma de dos partes. En primer lugar la recuperación del proceso vivido, vinculada con una recopilación de fragmentos de la experiencia a lo largo del año desde el lugar de practicante, el rol de observador no participante y los aprendizajes, inquietudes y sentimientos surgidos desde dicha posición. Se pretende dar a conocer una reflexión profunda y personal acerca del impacto de la experiencia desde la posición de practicante y futuro profesional. En un segundo momento se plantea el análisis y síntesis de la experiencia, conformado por los tres

objetivos específicos planteados, cuyo contenido está compuesto por lo documentado en los registros de campo y la perspectiva teórica pertinente.

Por último, se plantean consideraciones finales referidas a la experiencia realizada.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Para comenzar hablando sobre el campo de la Psicología Clínica, resulta pertinente tomar algunos aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003). La misma afirma que la Psicología Clínica es una especialidad que se desprende de la Psicología, definida como una ciencia que estudia el comportamiento humano, el cuál puede manifestarse de manera normal o anormal en diversos contextos teniendo en cuenta la cuestión biográfica y particular de cada individuo. La psicología clínica se interesa, a grandes rasgos, en el comportamiento normal y el anómalo, que puede implicar un desorden para la propia persona o para los demás. Además, se enfoca en realizar procesos psicodiagnósticos, para identificar un trastorno y por consiguiente llevar a cabo un tratamiento.

Para hacer un recorrido histórico de la Psicología Clínica, podemos tomar en primer lugar los aportes de Witmer en el año 1896, cuando fundó en la Universidad de Pennsylvania una clínica que ofrecía tratamientos para deficiencias del desarrollo infantil sobre la base terapéutica de un re-aprendizaje. (EFPA, 2003).

Luego, en ese mismo año, Sigmund Freud bautizaría con el nombre de “psicoanálisis” a su propio método clínico. Freud pasaría de la mirada biológica a la escucha biográfica para explicar la neurosis. (EFPA, 2003).

Siguiendo con los hitos fundacionales de la Psicología Clínica, en los primeros años del siglo XX surgirían innovaciones psicodiagnósticas referidas a la medición de la inteligencia, entre ellas la escala Binet-Simon, Wechsler, el inventario MMPI, el test de Rorschach, entre otros. Llegaría en 1913 el conductismo de la mano de J.B Watson, que a partir de sus aportes, amplió el desarrollo de la Psicología del Aprendizaje. Mientras tanto, el psicoanálisis continuaría expandiéndose como así también lo haría el conductismo de Watson. (EFPA, 2003)

Surge un hecho importante que tiene que ver con la separación del psicoanálisis y la medicina, tendencia defendida por Freud en 1927, que lleva a que en el año 1930 los psicólogos clínicos se dediquen no sólo al psicodiagnóstico tradicional, sino también a las funciones terapéuticas. (EFPA, 2003).

En el año 1945, se reconoció en EEUU, mediante certificación legal, la especialización de la psicología clínica. En 1950, la psicología clínica alcanza su reconocimiento social gracias a la diversidad de nuevos sistemas psicoterapéuticos y su

eficacia en las prestaciones. Cabe destacar que posterior a los años 50, se comprobó la eficacia de la terapia psicológica mediante investigaciones correspondientes, donde la psicología clínica conforma su estatuto científico y profesional, amplía el horizonte y llega a un reconocimiento social. (EFPA, 2003).

Tomando los aportes de Lagache (1982), encontramos el surgimiento de la psicología clínica como la convergencia de dos formas de investigación e ideas. El origen se sitúa en la psicología médica del siglo XIX, donde el enfoque estaba puesto en el estudio de trastornos de personalidad y conducta. Además, en el campo médico la psicología afirmó su valor teórico y técnico. Para el autor, la psicología clínica se entiende como una disciplina que estudia en profundidad los casos individuales y pone el foco en la persona en situación,

2.2 HACIA UNA DEFINICIÓN CONTEMPORÁNEA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tomando a otros autores para explorar el campo de la Psicología Clínica, encontramos los aportes de Manrique Tisnés. El autor menciona que la clínica no está asociada únicamente a la patología, sino que la entendemos como una rama de la psicología que analiza e interviene en diversos aspectos desde la perspectiva individual: considerando a un individuo único (un ser humano), a un grupo (plural) o a una comunidad entera (colectivo), abordando cada caso con detalle y profundidad. (Manrique Tisnés, 2011). El autor también habla acerca del rol del psicólogo clínico, que tiene como tarea la evaluación y el diagnóstico, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, asesoría, consultoría a trabajadores escolares, entre otras intervenciones.

Podemos entonces llegar a la conclusión de que la clínica en psicología se trata de, por un lado, analizar lo individual, y por otro lado se trata de un enfoque que se expande en diferentes ámbitos y utiliza diversas técnicas de aplicación en contextos tales como la psicología comunitaria, la neuropsicología, la psicología pediátrica, entre otras. (Manrique Tisnés, 2011). Cuando se habla de psicología clínica, se menciona a la intervención psicológica como un sinónimo. La clínica analítica en la psicología es una práctica más amplia que la psicoterapia y la intervención psicológica, la misma consta de elementos

fundamentales como el encuadre, dispositivo que permite llegar a una situación analítica. Continuando con las intervenciones propias de este campo, el autor habla de herramientas tales como la entrevista, la observación, aplicación de pruebas, anamnesis, semiología, el expediente clínico, etc. En la actualidad, la psicología tiene dos grandes enfoques: el experimental y el clínico. El primero tiende a lo teórico y epistémico, mientras que el segundo es más práctico.

Fernando Ulloa menciona que la tarea del psicólogo clínico es detectar los puntos de urgencia, es decir los síntomas más evidentes que darán lugar a determinar la acción crítica que enfrenta. Siguiendo por las herramientas que tiene el psicólogo en este ámbito, el autor expresa que “El psicólogo clínico se vale siempre de la entrevista, aunque ésta esté encuadrada en un momento dado en el empleo de técnicas específicas, tales como las psicométricas y las proyectivas”. (Ulloa, 1970, p.1). Sobre el método clínico, nos dice que es reconocible cuando se relaciona con lo psicopatológico y con el ámbito institucional-asistencial

Encontramos también pertinentes los aportes de Lagache (1892), que define a la Psicología Clínica como “el estudio de la conducta humana individual y sus condiciones (herencia, maduración, condiciones fisiológicas y patológicas), es el estudio de la persona total en situación” (Lagache, 1892, p.9).

2.3 EL PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Teniendo en cuenta que la práctica se desarrolla en un hospital de carácter público y tomando los aportes de Fuentetaja y Villaverde (2019), quienes hablan sobre los hospitales como un dispositivo cuyo objetivo principal es la atención a la salud y la formación de profesionales especializados, encontramos al psicólogo clínico dentro de dicho contexto.

El contexto hospitalario influye significativamente tanto en los pacientes como en los profesionales, generando un impacto en ambos. Se trata de un escenario donde se encuentran dos desconocidos que deben entenderse, aunque no siempre se encuentren en las mejores condiciones para ello, cada uno inmerso en sus propias circunstancias personales. Si bien

puede parecer evidente, es importante destacar que el hospital es un lugar donde el sufrimiento, tanto físico como emocional, está constantemente presente. Esta realidad es algo que los profesionales sanitarios deben enfrentar con excelencia en su práctica diaria atendiendo a la demanda de intervención psicológica.

La necesidad de atención psicológica en el entorno hospitalario puede ser identificada y atendida tanto desde el servicio de psiquiatría como desde otros servicios hospitalarios. La relación del psicólogo clínico con los distintos servicios hospitalarios (oncología, digestivo, paliativos, neurología, endocrinología, etc.) varía según su integración. Si el psicólogo forma parte del mismo equipo donde se encuentra el paciente, las solicitudes de intervención suelen ser intra equipo, consensuadas y dirigidas a los pacientes de ese servicio. Sin embargo, cuando el psicólogo pertenece al servicio de psiquiatría, como es más común actualmente, trabaja en unidades de interconsulta y enlace, recibiendo derivaciones desde otros servicios hospitalarios. (Fuentetaja y Villaverde, 2019)

Con respecto a las intervenciones en el contexto hospitalario, los autores mencionan las características del trabajo del psicólogo, donde el mismo deberá prestar atención a facilitar la comunicación y explorar temáticas relevantes que puedan ser tratados en el tiempo disponible y que resulten apaciguadores para el paciente en su condición. Las intervenciones pueden ser variadas y abocarse a un plano individual, donde el enfoque del terapeuta se centra en identificar los factores que influyen en la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad, las preocupaciones relacionadas con esta y sus consecuencias, incluyendo el cuidado integral de la persona. Aunque los tratamientos prolongados para pacientes con diagnósticos psicopatológicos suelen estar reservados para los centros de salud mental, en ciertos casos, debido a las características específicas de algunos ingresos hospitalarios, los seguimientos psicológicos pueden extenderse por períodos prolongados. Esto permite una mayor profundización en las variables personales y biográficas, en comparación con aquellos ingresos de corta duración.

Por otro lado, las intervenciones grupales se reservan para pacientes que están en igualdad de condiciones, donde el enfoque puede ser psicoeducativo como psicoterapéutico, y el valor de compartir experiencias y brindar apoyo emocional cobra una dimensión significativa en cómo se percibe, maneja y enfrenta la enfermedad. Están dirigidos tanto a pacientes hospitalizados, ambulatorios como a sus cuidadores, y forman una parte fundamental de los programas de enlace.

Por último, resulta pertinente mencionar que el psicólogo debe tener una visión integrada de tipo clínica, social e institucional aplicada a cada paciente, sus familias y

equipos institucionales. Para cumplir con sus funciones, (Zas, 2011, como se citó en Fuentetaja y Villaverde, 2019, p. 8) enumera una serie de características a tener en cuenta, entre ellas se encuentran el desarrollo de habilidades específicas en comunicación, tener conocimiento sobre principios éticos, poder planificar una intervención según la demanda que recibe y seleccionar estrategias acordes a la situación, conocer los límites de sus intervenciones, realizar supervisiones, evaluar el impacto de sus intervenciones y desarrollar habilidades de gestión y organización.

2.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ÁMBITO INFANTO JUVENIL: EL HOSPITAL PEDIÁTRICO

Es de suma importancia hablar acerca del rol que ocupa el psicólogo en el ámbito infanto juvenil debido al contexto en el que se enmarca esta práctica. Débora Farberman plantea en su obra “El psicólogo en el hospital pediátrico” algunas cuestiones fundamentales que involucran al profesional inserto en dicho contexto y rol.

Como objetivos claros se encuentran, principalmente, disminuir el estado de ansiedad relacionado con lo exigente que es un tratamiento médico, propiciar la elaboración de sentimientos que devienen a causa de la enfermedad, realizar un diagnóstico situacional, el entrenamiento en habilidades específicas, entre otras. (Farberman, 2010).

Alvarez Schwarz (1991) enumera los objetivos de la intervención en el abordaje de problemas pediátricos. Para facilitar la mejoría del niño, el foco de la intervención se dirige a varios sistemas.

1. En el sistema familiar: educar a la familia sobre la enfermedad y los procedimientos médicos, ayudar a la familia a manejar la ansiedad, facilitar las interacciones entre el niño y la familia, indagar sobre experiencias previas de carácter negativo que la familia haya tenido con instituciones o profesionales, expectativas de curación e ideas mágicas o religiosas.

2. Con el niño: ayudarlo a entender su enfermedad, facilitar la expresión de miedos y temores con todo lo relativo a su enfermedad, enseñarle mecanismos para modular su ansiedad.
3. Cuando ocurren impases entre la familia y los profesionales o entre estos últimos y el psicólogo infantil se debe indagar: si se trata acerca de problemas de comunicación entre profesionales de una misma disciplina o distintas, patrones jerárquicos rígidos, luchas de poder, ausentismo, etc.

Los niños con enfermedades crónicas o agudas que necesitan intervenciones invasivas o dolorosas por períodos prolongados suelen requerir atención psicológica y psiquiátrica, por ende dicha atención debe ser de ayuda para sobrellevar la experiencia desfavorable. La importancia de la psicoeducación, de valorar la expresión de cada niño, el papel de la familia y los roles que cumplen en este período son cuestiones que no deben escaparse en el trabajo hospitalario con niños. (Farberman, 2010)

Como expresa Lagache, en psicología la práctica no debe limitarse únicamente a poner en marcha y seguir un manual operatorio, sino que debe tender siempre a ser una adaptación a lo nuevo y lo singular del objeto, enfocándose en la individualidad y totalidad de la persona. (Lagache, 1892). Esto puede vincularse con lo que explica Farberman acerca de la importancia de que el psicólogo conozca características de la patología que padece el paciente. Las evoluciones, las complicaciones que se pueden desencadenar, los cuidados que el paciente debe practicar para recuperarse. Estos conocimientos le van a posibilitar contextualizar mejor al paciente, supervisar la adherencia y anticiparse ante posibles dificultades. (Farberman, 2010).

Está claro que el psicólogo clínico debe tomar al sujeto dentro de un contexto. En el caso del hospital de pediatría, resulta pertinente conocer la situación de cada niño para desarrollar un tratamiento adecuado, ya que cada individuo responde a la enfermedad con un estilo de manejo propio.

El psicólogo deberá estar atento a efectos emocionales y pensamientos que puedan surgir a partir de la enfermedad, los temores, las modificaciones que la enfermedad ha producido en los vínculos familiares. (Farberman, 2010).

2.5. IMPLICANCIAS ÉTICAS DEL ROL DEL PSICÓLOGO: LEY N° 7106

El psicólogo clínico debe estar muy bien informado acerca de las cuestiones éticas que deben considerarse en el ejercicio de su profesión. Este conocimiento no solo es fundamental para guiar su trabajo como profesional, sino que también es esencial para garantizar el bienestar y seguridad de sus pacientes. La comprensión y aplicación de ciertos principios éticos como la confidencialidad, el consentimiento informado, el respeto por los derechos de los pacientes, entre otros, permite al terapeuta ofrecer un servicio seguro.

Además, el conocimiento ético le servirá de gran ayuda en el caso de tener que enfrentar situaciones complejas, poniendo siempre por delante los intereses y el bienestar de sus pacientes.

Con respecto a nuestro país, en el año 1977 se crea la Fe.P.R.A, Federación de Psicólogos y Psicólogas de la República Argentina, una entidad que agrupa a las organizaciones de primer grado de cada una de las jurisdicciones del país, con el propósito de representar a los/as psicólogos/as tanto a nivel nacional como internacional. (Fe.P.R.A, 2012)

En el año 1984, se creó en Córdoba la Ley N° 7106, ‘‘Disposiciones para el ejercicio de la Psicología’’. En lo que concierne a la psicología clínica, esta Ley menciona en el artículo 2 que ‘‘se entenderá por área de la Psicología Clínica: la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión.’’ (Ley N° 7106, 1984, Art.2).

Dentro de la misma Ley, en el artículo 3, propone lo referido al rol del Psicólogo Clínico como:

La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de proyectos experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad, mediante psicoterapias o terapia psicológica; otras actividades que, con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos (Ley N° 7106, 1984, Art. 3)

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital Infantil Municipal es una institución de salud pública situada en Córdoba, ubicada en la calle Juan Antonio Lavalleja 3050 en el barrio Alta Córdoba. Como su nombre lo indica, es un centro médico dedicado a la atención pediátrica. En el hospital se cubren todas las especialidades médicas enfocadas en menores entre 0 y 15 años de vida.

3.1 BREVE DESCRIPCIÓN HISTÓRICA

El edificio abrió sus puertas el 30 de septiembre de 1968, de la mano del médico Sixto Gerardo González, y ha experimentado un significativo crecimiento a lo largo de los años. Me pareció interesante citar una frase pronunciada el día de su inauguración: “Inaugurar una obra pública es siempre momento de alegría y demostración de la capacidad creadora del hombre, pero esta obra nos alegra profundamente por su noble misión, aliviar el dolor de los niños transformando su tristeza en alegría” (González, 2006, p.19).

En el año 1960, el clima social propiciaba cambios significativos de estructuras, de mentalidades, de reformas, de independencia económica, de liberación. Todos estos cambios se dieron en varios escenarios: en ámbitos políticos, económicos, educativos y, por supuesto, se dieron cambios en el campo de la salud. Se inició un proceso a través del trabajo comunitario en toda América Latina, y dicho cambio también llegó a la ciudad de Córdoba. Hubo dos cuestiones que hicieron necesaria la expansión del Hospital, la alta demanda y la complejidad del sector. Se llevó a cabo la construcción de un nuevo edificio adyacente al primero, y en 1986 se inauguró la nueva sede, que triplicó la superficie existente y permitió un desarrollo más efectivo de las actividades.

Los objetivos que motivaron la creación del Hospital Infantil Municipal se centraron en varios aspectos clave: el cuidado de la salud infantil del área programática, concebido como un sistema integral que abarca acciones de protección, promoción, tratamiento y rehabilitación; la función docente, dirigida a estudiantes y graduados de medicina, enfermería, trabajo social, nutrición, entre otros, así como la capacitación en servicio del personal de salud; y la promoción de la investigación científica. (González, 2006)

Para alcanzar aquellas ideas, el autor explica que el sistema asistencial fue estructurado en aquel momento y permanece hasta hoy organizado de la siguiente manera:

consultorios periféricos para atender a los niños y mantener el equilibrio en salud, donde se ofrece a la comunidad la posibilidad de tener en su área geográfica la atención primaria evitando de esa forma el colapso hospitalario. Son cuatro los centros periféricos que dependen de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, los mismos se dividen en; centro periférico Guiñazú, centro periférico Remedios de Escalada, centro periférico Hipólito Yrigoyen y por último el centro periférico Villa Azalaiz.

Cuando ese equilibrio en la salud se quebrara, los niños serían trasladados al Hospital Base, que atendería según dos tipos de demanda: la espontánea, a través de la guardia donde se reciben las emergencias, y la derivada, que a su vez comprendería la internación, consultorios de especialidades y servicios de diagnóstico y tratamiento. El objetivo estaba puesto en que los consultorios periféricos cumplieran el papel principal en las acciones de salud y al Hospital Base se le delegaron las acciones supletorias. Por último, el centro de convalecientes o de recuperación, donde se seguiría el tratamiento de los infantes que hubiesen superado la etapa aguda de la enfermedad. Este centro tenía dos ventajas; el aprovechamiento de la costosa estructura del hospital y la posibilidad de labor educativa a las madres mientras ayudaban en la recuperación de sus hijos. (González, 2006)

El Hospital Infantil se encuentra supervisado por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba. Ha ampliado sus servicios y su capacidad de atención, y en la actualidad recibe a niños de Córdoba y también de diversas regiones que acuden para su internación y cuidado.

3.2 EL HIM EN LA ACTUALIDAD

El hospital brinda atención teniendo en cuenta tres niveles: el primer nivel es preventivo, abarca la promoción de la salud a través de diversos programas, entre ellos se encuentran el de crecimiento y desarrollo, apoyo alimentario, salud escolar, control de enfermedades transmisibles, educación para la salud, saneamiento ambiental, salud mental e inmunizaciones. El segundo nivel de atención se lleva a cabo en centros periféricos y en el hospital base, cuyo fin es el de reparación. Implica un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de las patologías médicas y quirúrgicas del niño. Por último, el tercer nivel tiene

como objetivo la rehabilitación, es decir, busca la recuperación psico-física-social del niño y su reinserción positiva en la familia y en la comunidad.

En lo que respecta a Salud Mental se ha observado en la práctica que el equipo está conformado por cuatro psicólogas, dos psicopedagogas, una psicomotricista y tres psiquiatras.

Con respecto a las actividades desarrolladas encontramos que de lunes a viernes a las 8 de la mañana se realiza en el hospital la “instantánea”, es un espacio abierto a todos los miembros de la institución pero participan en él mayormente residentes de medicina. Se presenta un caso y en media hora los estudiantes y los médicos debaten acerca del mismo, además, los médicos evalúan a los residentes mediante preguntas acerca de los pasos a seguir en cada caso. El equipo de salud mental forma parte de este espacio y siempre se intenta que una de las profesionales esté presente ya que algunas veces surgen cuestiones relacionadas al área, por lo que se pide participación u opinión de quién se encuentre ese día.

Puntualmente en psicología, las cuatro profesionales realizan labores distintas dentro del hospital, relacionadas a la especialización y trayectoria con la que cuenta cada una. Por un lado, una de ellas atiende a los niños de más corta edad, y lo que predomina en el consultorio es la hora de juego. A su vez también coordina un taller psicoeducativo para padres una vez al mes. Por otro lado, participa de la revista de sala de neurocirugía junto con tres neurocirujanos, una fonoaudióloga y una kinesióloga los días miércoles, jueves y viernes desde las 7.30 hasta las 8. En este espacio el equipo visita a los pacientes pre o post quirúrgicos para brindarles asistencia integral. Esto viene unido a la llamada psicoprofilaxis quirúrgica de la que se encarga la profesional, donde se hace un abordaje psicológico a los niños que se someterán a una cirugía o que han atravesado por ella recientemente.

Por otro lado, la psicóloga coordinadora del servicio de salud mental, atiende en consultorio externo a pre-adolescentes y generalmente es quien toma los casos de intento de suicidio, además, es parte del equipo de nefrología junto con múltiples disciplinas.

Otra de las psicólogas además de atender en consultorio externo, realiza intervenciones en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y en el área de oncología donde acompaña a los niños y sus padres en la enfermedad. Los días miércoles es la encargada de coordinar un grupo terapéutico destinado a niños con diabetes y sus padres, cuya finalidad es acompañarlos en el proceso compartiendo miedos, dudas, abordando situaciones que puedan surgir en cada caso. En dicho espacio participan, además de la psicóloga, una nutricionista, una enfermera y dos médicas especialistas en diabetes.

Por último, la psicóloga restante atiende por consultorio externo y se dedica una vez a la semana a la atención de pacientes con diagnóstico y tratamiento de fibrosis quística. El equipo asistencial está conformado por kinesiología, neumonología, trabajo social, gastroenterología, psicología y pediatría. El paciente permanece en un consultorio, y son los profesionales quienes van rotando por el mismo. Además, forma parte del equipo interdisciplinario de obesidad.

Cabe destacar que algunas veces el hospital recibe urgencias por guardia que competen al área de salud mental. Cuando eso ocurre, mediante un teléfono corporativo que tiene el equipo, según quien esté de guardia (van rotando semanalmente) dan aviso y se realiza la intervención.

El servicio de Salud Mental además de recibir ocasionalmente llamados por guardia y solicitudes de diversas especialidades, reciben derivaciones de distintas escuelas, del juzgado cuando se trata de casos graves, de SeNAF (Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia) y de los Servicios de Protección de Derechos del niño (SPD).

Los días viernes se reúne todo el equipo de salud mental en el horario de 9 a 9.30 hs donde comunican cuestiones administrativas, y luego desde las 9.30 a 11 hs se realiza un ateneo con fines de formación, en él se presenta un caso y surgen debates acerca de criterios diagnósticos o de intervención. Cada semana van cambiando las disertantes, y se hace una rotación de todas las profesionales del equipo.

Dentro del hospital resulta fundamental el trabajo interdisciplinario, ya que muchas veces es necesario el abordaje integral. Un caso particular puede necesitar de, por ejemplo, la mirada y tratamiento conjunto de profesionales de psiquiatría, fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad, neurología, oncología, dermatología, psicología, trabajo social, entre tantas otras.

3.3 ACTIVIDADES EN EL HIM

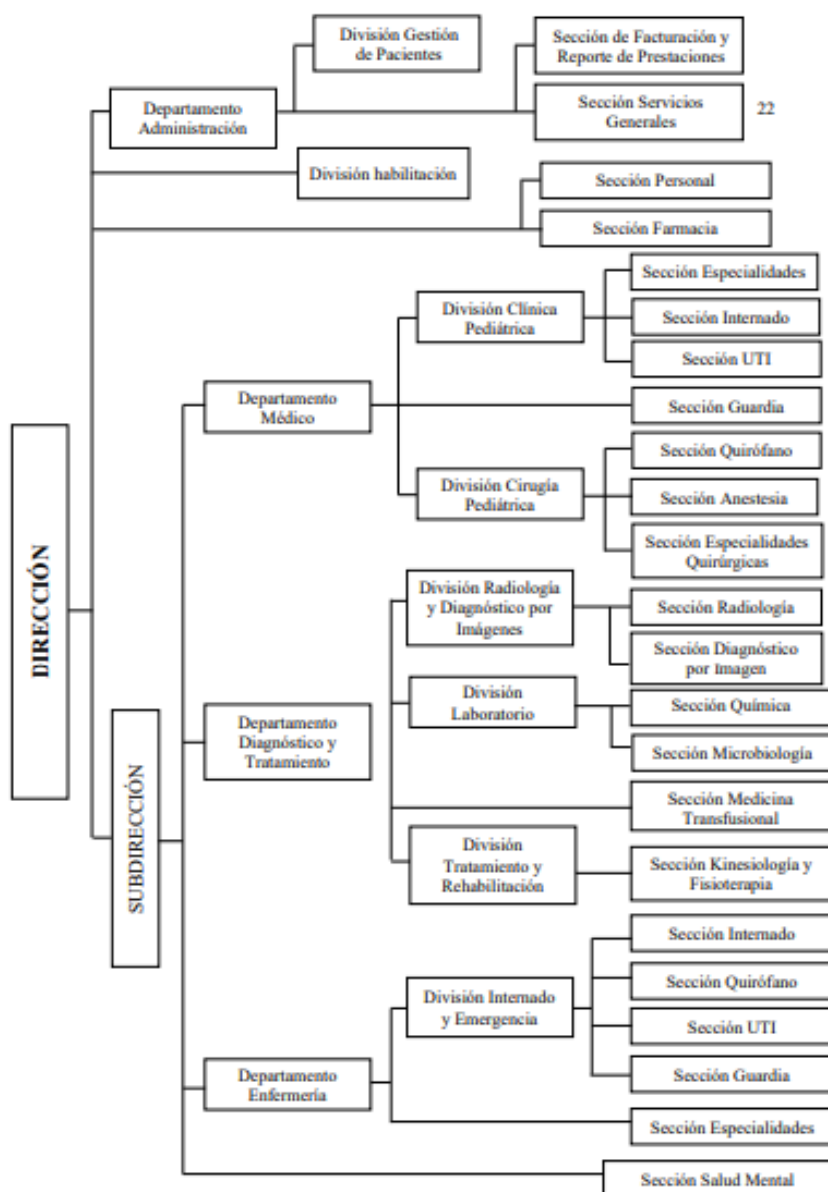
Por un lado encontramos la ludoteca en el edificio anexo, situada en la sala de espera de los consultorios. En ella hay juguetes, libros y diversos materiales artísticos con los que los niños se entretienen mientras aguardan ser llamados. Este espacio apunta a la creatividad, a la exploración y al desarrollo imaginativo de los niños.

La escuela hospitalaria, creada en el año 1998, persigue el objetivo de que los niños que necesitan permanecer internados por mucho tiempo puedan continuar con la escolaridad. El equipo se conforma por una maestra de nivel inicial, una de artes plásticas, una de música y tres multigrado. Este equipo trabaja en conjunto con profesionales de la salud y con los padres de los niños para que el servicio sea lo más completo posible. Hay un aula hospitalaria donde se llevan a cabo estas actividades que se dan en un momento del día, donde los niños deben enfocarse en tareas acordes a su edad, para que una vez finalizado el tratamiento, puedan retomar la escolaridad a la par de sus compañeros.

Otra de las actividades llevadas a cabo en el HIM son las propuestas por la Asociación Hospital Infantil, organización que promueve la defensa de los derechos a la salud de los niños y niñas mediante la creación de proyectos en respuesta de la demanda de los mismos. Se considera a los niños sujetos de derechos, capaces de aportar su participación y cambiar la realidad.

Por último se encuentran los voluntarios. Tiene que ver con una organización sin fines de lucro conformada por un grupo de personas que hacen actividades en el hospital con el fin de brindar contención y apoyo a los niños internados.

3.4 ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DEL HIM



Fuente: información otorgada por el sistema de bibliotecas del HIM.

3. 5 ORGANIGRAMA SALUD MENTAL



Fuente: elaboración propia.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“El rol del psicólogo infanto-juvenil en el área de internación de un hospital pediátrico polivalente en la Ciudad de Córdoba”

5. OBJETIVOS

5. 1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el rol del psicólogo infanto-juvenil en el área de internación de un Hospital Pediátrico Polivalente en la Ciudad de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las estrategias de intervención psicológica utilizadas en la internación pediátrica con los niños/as hospitalizados.
2. Identificar las estrategias de intervención psicológica utilizadas con los familiares de los niños/as internados en el hospital pediátrico para facilitar la adaptación y el acompañamiento emocional durante la internación de los mismos.
3. Describir las intervenciones del psicólogo en un equipo interdisciplinario de salud para una atención integral del paciente internado.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

El desarrollo infantil implica la aparición eventual de alguna enfermedad intercurrente, ya sea aguda o crónica, leve o grave. Las enfermedades leves y benignas pueden brindar al niño una oportunidad para experimentar el amor y la atención por parte de sus padres, quienes generalmente son quienes lo cuidan de manera especial en esos momentos. Por otro lado, una enfermedad crónica pone a prueba la capacidad protectora de los padres y altera de manera dramática la rutina del niño y de la familia. Si la posibilidad de muerte está presente, el dolor afecta profundamente a todo el grupo familiar. (Marín et al., 2017) En este sentido y siguiendo con lo planteado por los autores, tanto la enfermedad como la hospitalización resultan ser eventos emocionalmente perturbadores para el niño y su entorno. Aunque enfermar constituye una experiencia disruptiva para el aparato psíquico, las respuestas emocionales que observamos en cada niño dependen del entrecruzamiento de factores biológicos, sociales y psicológicos.

Vescovo (2020), nos dice que la sala de internación pediátrica presenta características únicas y específicas. Está asociado con situaciones que implican una cierta gravedad en el estado de salud, en este caso, durante la infancia. El sufrimiento, el dolor, las intervenciones quirúrgicas e incluso la posibilidad de muerte forman parte de la realidad en este espacio. Además, la internación es conjunta, ya que el niño o niña es acompañado por un familiar, generalmente la madre. Ambos se encuentran inmersos en un tiempo y espacio diferentes a los habituales, un escenario que altera el ritmo de vida normal de toda la familia.

Lizasoáin y Polaino-Lorente (1992), explican que cuando un niño padece una enfermedad surge un conflicto, y si a la misma situación de salud se le suma la hospitalización, el conflicto se hace aún mayor debido a que genera consecuencias negativas en el paciente y su familia. El niño se ve separado de su entorno conocido y familiar. Además, el ingreso al hospital supone una separación con los vínculos exteriores. Lo anteriormente expresado, es de alto riesgo para la salud psíquica de ese sujeto. La experiencia de hospitalización es vivenciada como negativa, y muchos niños padecen ansiedad y temores vinculados a esta situación. Muchas veces tienen ideas confusas sobre su situación de salud, lo cuál genera fantasías de muerte. Desde esta perspectiva, cabe mencionar los factores que intervienen en el impacto de la internación. Los mismos se sintetizan en: la edad del niño, la

gravedad de la enfermedad que padece, la personalidad del paciente, si tiene o no experiencias previas de internación, la duración de la estadía en el hospital, el tratamiento médico a seguir, las características del hospital, la forma en la que familiares del paciente responden a la situación, la separación del entorno, el contacto con un lugar extraño, los numerosos profesionales que se contactan con el niño y un nulo o escaso conocimiento del paciente sobre lo que ocurre y ocurrirá.

Tomando los aportes de Farberman (2010), es importante destacar que cada niño responde a la enfermedad con un estilo de afrontamiento propio, pero si algo tienen en común estos pacientes es el desorden que implica en la vida de ellos como en la de sus familias una internación, ya que la misma obliga a cumplir con exigencias y obligaciones.

La hospitalización genera cambios a nivel físico y psíquico, por lo que durante la misma es importante atender a la esfera psicológica, orgánica y social de este individuo, que se da cuando los profesionales de salud generan con el niño un vínculo humanizado. (Ortigosa y Méndez, 2000)

Los niños hospitalizados padecen procedimientos dolorosos, el desarraigo, ser testigos del sufrimiento de otros pacientes y la interrupción de la escolaridad, esfera muy importante en sus vidas, ya que además de aprender mantiene lazos de amistad con otros compañeros y la situación de internación impide este contacto. Todo eso atenta contra la calidad de vida de los pacientes pediátricos. La internación desordena la estructura del niño, ya que en el hogar se maneja de acuerdo a ciertas pautas y horarios, pero en el hospital constantemente entran profesionales a la habitación, están sujetos a las órdenes de los médicos y enfermeros mientras que en casa quienes daban órdenes eran los padres. (Farberman, 2010)

Por otra parte y continuando con lo expuesto por la autora, es pertinente resaltar que el motivo de la internación influye en este proceso, ya que si la misma sucede a partir de un acontecimiento repentino como un accidente, el paciente se verá obligado a elaborar estrategias de afrontamiento, por otro lado si se trata de un paciente con una enfermedad crónica, los recursos ya han sido elaborados y el niño se encuentra familiarizado con el contexto hospitalario, aunque a dicha internación se le sumarán el desgaste de las previas.

6.2 REACCIÓN ANTE LA ENFERMEDAD Y LA HOSPITALIZACIÓN

Hay ciertas fases en la adaptación psicológica a la enfermedad, las mismas se dan a partir del diagnóstico de enfermedad que produce un nivel de costo muy alto para el psiquismo. En primer lugar, se encuentra la fase de crisis inicial, donde la negación, el shock, la tristeza y el enojo se hacen presentes. En un segundo momento, la fase de aceptación, donde el paciente comienza a formar una nueva identidad, algunos niños desarrollan un carácter de lucha y logran modificar sus sistema de valores y creencias, otros lo viven con más pesadumbre. Desde nuestro lugar, necesitamos evaluar si existió un proceso psicológico donde se modificaron de manera gradual las vivencias de la etapa inicial. En un tercer momento se encuentra la fase preparatoria, cuyo objetivo es trabajar con los pacientes para mermar estos sentimientos negativos asociados a la enfermedad y ayudarles a mantener relaciones saludables evitando el aislamiento social como también abordar temáticas tales como el rechazo que puedan sentir por parte de sus pares debido a la condición física. (Farberman, 2010)

Entre las reacciones más comunes ante la enfermedad se encuentran los problemas alimenticios como el rechazo de la comida o la ingestión excesiva, alteraciones del sueño tales como insomnio, pesadillas o fobias a la oscuridad, enuresis o encopresis, regresión a comportamientos más primitivos, depresión, inquietud y ansiedad vinculados al terror al hospital, al personal médico, a la ingestión de medicamentos. (Aliaga Muñoz, 2016).

La autora expresa que la reacción ante la enfermedad va a depender de la etapa vital en la que se encuentre el paciente.

Para entender esto, es necesario tomar a Piaget (1947), que explica las distintas etapas del desarrollo cognitivo en el niño. Desde los 0 a los 2 años el bebé se encuentra en la fase sensoriomotora, donde conoce al mundo por medio de los sentidos y se desarrolla la intencionalidad.

La etapa preoperacional, que abarca de los 2 a los 7 años, implica la capacidad de poder pensar en objetos, situaciones o personas no presentes en el momento, se desarrolla la simbolización pero se encuentra lejos del pensamiento lógico. En esta etapa, el juego es fundamental para incrementar el vocabulario, enfrentar nuevas situaciones, y abrir el espacio a nuevos pensamientos y situaciones “actuadas”, lo que favorece la creatividad. En esta etapa son característicos el egocentrismo y la rigidez del pensamiento.

En la siguiente etapa llamada de operaciones concretas, que va desde los 7 a los 11 años, el niño tiene pensamiento más flexible, puede ocupar su mente para resolver problemas sin la necesidad de tener a los objetos presentes, puede imaginar situaciones. Abandona el pensamiento egocéntrico y rígido de la etapa previa, puede clasificar con un orden lógico y sostener más variables y ver cómo influyen en diferentes situaciones.

La última etapa que propone Piaget (1947), la de operaciones formales, abarca desde los 11 o 12 años en adelante. Aquí se presenta de forma completa la lógica, son capaces de imaginarse en situaciones que no han ocurrido, aquí se desarrolla completamente el pensamiento abstracto.

Retomando a Aliaga Muñoz (2016), que realiza una división de las etapas vinculadas a cómo el niño comprende la enfermedad, encontramos al comienzo la primera infancia. La misma abarca desde los 0 a los 3 años, donde no existe una idea de enfermedad, la comunicación es a través del llanto. No puede expresar sus síntomas y las reacciones dependerán de experiencias previas, y de no haberlas el conocimiento será sustituido por la imaginación.

Una segunda etapa llamada preescolar entre los 3 y los 7 años, los niños asumen que el síntoma es la enfermedad, y podrían relacionar la causa con un mal comportamiento. La separación se vive como un castigo, no se sienten enfermos hasta que sus padres o personal sanitario se lo hacen saber. La idea de tratamiento a esta edad se relaciona con creencias de tipo mágico, creen que al ingerir una medicina se van a curar.

La etapa escolar que va desde los 7 a los 12 años implica una idea de la enfermedad más elaborada, pueden diferenciar la salud de la enfermedad y reconocen los inconvenientes de esta última, por ejemplo que no pueden salir a jugar. Con respecto al tratamiento, no comprenden que el mismo deba ser doloroso ya que encuentran la contradicción en el hecho de que para estar bien, tienen que sufrir un efecto negativo. En esta edad la información debe ser transmitida de manera clara, con argumentos lógicos que el niño pueda comprender.

Por último entre los 12 y 18 años, donde nos situamos en la adolescencia, la enfermedad impacta diversas esferas. Entre ellas el ataque a la imagen corporal y la autoestima, la necesidad de depender de otros, un aumento en las sensaciones de soledad, la pérdida de sentimientos de omnipotencia y sentimientos de pudor y vergüenza.

Las reacciones ante la hospitalización se pueden resumir en dos hechos: por un lado la incompreensión, ya que el niño no entiende porque no puede estar con sus padres o con sus amigos, tampoco entiende el porqué de reposar si no se siente cansado y el porqué de estar hospitalizado a pesar de encontrarse bien. Por otro lado surge el miedo, ya que la llegada al

hospital suele ocurrir en un clima tensionado que muchas veces se expresa en desesperación. Incluso puede que haya observado a familiares sufrir la situación de internación y por supuesto teme a la separación de sus padres. A lo anterior se le suma el hecho de relacionarse con extraños cuyo lenguaje muchas veces no comprende, el temor ante una solución agresiva a su problema y el temor a la muerte. (Aliaga Muñoz, 2016).

Siguiendo con los temores comunes en los pacientes hospitalizados, encontramos lo mencionado por Lizasoáin y Polaino-Lorente (1992). La situación de internación implica dos sentimientos: por un lado el miedo a lo desconocido y por otro la esperanza de recuperar la salud. Los temores más comunes son: a la cirugía, a la mutilación, a la muerte, al entorno extraño, a la anestesia, a los pinchazos, al retraso escolar y al distanciamiento con compañeros. Los miedos de los niños varían según las edades, ya que un preescolar ve la internación como castigo y les aterra la posibilidad de separación y abandono de sus padres, mientras que los escolares y adolescentes temen al dolor, a la anestesia y a despertarse en la cirugía.

Para apaciguar estos temores, Farberman (2010) menciona la importancia de brindar información a los niños sobre lo que les está ocurriendo, la misma puede ser provista por los médicos, por los padres o por ambos. Muchas veces se evita informar para no preocupar a los niños, considerando que así cooperará de mejor manera, pero la falta de información sumada a la preocupación que notan en los padres, las salidas para hablar con los médicos a solas, la cantidad de tratamientos y estudios que le practican generan en el niño fantasías más amenazantes que la realidad, que suplantán la falta de conocimientos sobre la situación. Además, el engaño genera en el niño una actitud de desconfianza.

Debido a ciertas intervenciones que se realizan en la internación y son vivenciadas como amenazantes y avasallantes, forman parte de las actividades profilácticas aquellas que informan con antelación los eventos a ocurrir. Anticipar las sensaciones que vendrán a continuación permite implementar defensas y comprender que por más desagradable que sea el momento, son experiencias que contribuyen al bienestar y la recuperación. Preguntas del estilo ¿Cuánto sabe el niño? ¿Le han explicado algo? permite detectar la posibilidad de contención que los padres pueden proveer. Se debe tener en consideración el momento para transmitir la información, graduando el contenido al tiempo de asimilación del niño. Es pertinente comenzar con el diagnóstico y el tratamiento, reservando para más adelante lo relativo a las secuelas y pronóstico. Sin embargo, hay momentos donde no se puede esperar para brindar información, tal es el caso de cirugías de urgencia, donde la intervención se

desplaza principalmente a los padres, donde se controla que hayan comprendido lo esencial. (Farberman, 2010).

La autora resalta la importancia de un diagnóstico diferencial en trastornos psicológicos manifestados con somatizaciones. La somatización es la expresión de síntomas físicos, que parten de un malestar emocional. Es muy común en los pacientes pediátricos porque tienen menos capacidad que los adultos para comunicar su sufrimiento, angustia o preocupación. También se debe mencionar que los niños físicamente enfermos pueden somatizar, y es ahí cuando el diagnóstico diferencial se complejiza. Se debe considerar la cronología de los síntomas, su evolución, la coincidencia entre la aparición y posibles cambios en el ambiente o en coincidencia con cambios en la clínica del paciente.

Rodríguez Bausá (2002), autor que aborda los efectos de la hospitalización infantil, menciona que el problema más grave que puede presentarse tras una enfermedad u hospitalización es la depresión infantil. Para poder diagnosticarla deben estar presentes uno de los siguientes dos síntomas: la irritabilidad o anhedonia, y cuatro o más de los siguientes: pérdida o ganancia de peso, insomnio, enlentecimiento del movimiento, fatiga o falta de energía, sentimientos de desvalorización, disminución de la capacidad de pensar, entre otros. El autor expresa que un porcentaje elevado de niños que ha sufrido una hospitalización prolongada o enfermedad, sufre con posterioridad episodios depresivos que deben ser alertados lo antes posible. La forma de prevenir la depresión infantil se vincula con una detección precoz del problema por parte de quienes trabajan con niños, buscando principalmente que el ambiente sea lo más armónico posible y que tenga hábitos saludables.

6.3 EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE CONLLEVA LA HOSPITALIZACIÓN

Farberman (2010), expresa que los efectos psicológicos de la internación pediátrica sobre el paciente y su familia dependen de diversos factores vinculados a la enfermedad y el tratamiento, personalidad del paciente y características de la dinámica familiar. Aún habiendo aplicado los cuidados pertinentes, la hospitalización puede generar distintos cuadros psicológicos y psiquiátricos, que abarcan reacciones emocionales como enojo, ansiedad y temor. Algunos pacientes por el contrario cuentan con factores resilientes como la

inteligencia, la contención de los más cercanos, la creatividad y el optimismo, los cuáles generan mejor adaptación.

Teniendo en cuenta que la hospitalización es un evento disruptivo para la vida de un niño y su entorno, considero pertinente tomar diversos aportes que colaboren a analizar las respuestas emocionales de los pacientes internados.

Freud (1926) en “Inhibición, síntoma y angustia”, menciona algunos de los casos donde podemos evidenciar la manifestación de la angustia infantil, tales como: cuando el niño está solo, cuándo se encuentra en la oscuridad y cuando encuentra a una persona desconocida en lugar de una que le resulta familiar, como por ejemplo, la madre. En los tres casos la angustia del niño se presenta como una reacción frente a la ausencia del objeto amado. Con respecto a la actitud del niño frente a las vivencias que le resultan penosas, adopta un comportamiento que va desde la pasividad a la actividad, reproduciendo las vivencias en el juego, donde intenta dominar psíquicamente sus impresiones vitales.

Resulta pertinente en este apartado, mencionar el concepto de trauma. Freud (1920) lo define como una experiencia que desborda la capacidad psíquica del sujeto para procesar la misma, generando una ruptura en su equilibrio emocional.

En el trauma el aflujo de excitaciones es excesivo en relación a la tolerancia del aparato psíquico. (Laplanche y Pontalis, 2013)

Benyakar (2016) nos dice que todo evento tiene el potencial de irrumpir en sujetos, instituciones y comunidades. Si ese potencial se efectúa, altera en los individuos y genera distintas reacciones. De esa manera, se tratará de un evento disruptivo cuando el mismo tiene la capacidad de provocar una distorsión o discontinuidad. Se considera a un evento disruptivo cuando genera desorganización y desestructuración. Sin embargo, hay situaciones que son disruptivas per se, tales como enfermedades graves, la muerte de un ser querido, accidentes, entre otros. Ocurrir de manera inesperada, interrumpir un proceso habitual para mantener el equilibrio, contener rasgos novedosos no interpretables, amenazar la integridad física propia o de personas significativas, distorsionar el hábitat cotidiano, son cualidades que potencian la capacidad de un evento para constituirse en disruptivo.

En el caso del niño, un vivenciar puede ser traumático (como una enfermedad y/o internación) y en la medida que su mundo externo que debe funcionar como sostén, no ofrezca figuras mediatizadoras o factores maternantes que permitan al niño metabolizar lo heterogéneo y sostener la relación entre la pulsión y factor maternante, lo traumático se intensificará. (Benyakar, 2016). Esto se vincula con lo que propone Winnicott (1965) acerca del papel fundamental que tiene el medio ambiente en la crianza del niño, donde menciona la

importancia de que el mismo se encuentre con un ambiente facilitador suficientemente bueno que permitan los logros de integración, personalización y realización.

Por otro lado, se debe mencionar el concepto de duelo, que se define como una reacción frente a la pérdida del objeto, donde el sujeto debe separarse del objeto porque él ya no existe más. (Freud, 1926). La internación en sí implica un duelo ya que al suponer nueva forma de vida, por consiguiente se da la pérdida de contacto con los amigos, el alejamiento del hogar, la pérdida de sus juguetes y objetos significativos.

Toda situación de enfermedad conlleva un proceso de ajuste en la vida del niño y su familia, que implica un proceso de duelo en ellos por la pérdida de un niño sano y de las expectativas que éste niño había generado. La hospitalización tiene un significado de amenaza para la vida, que es transitado con una mayor intensidad por el niño ante procesos agudos graves, cirugías, ingreso a unidad especial como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y ante enfermedades crónicas de mal pronóstico. Se encuentra en estos casos el temor a la muerte, por lo tanto el proceso de duelo se vive con mayor intensidad en el enfermo y su familia. (García y de la Barra, 2005)

Kübler-Ross (1969), desarrolla las etapas del duelo que atraviesa el paciente enfermo. Por ello considero importante mencionar brevemente algunas cuestiones relacionadas a enfermedad oncológica, ya que la misma irrumpe de gran manera en la vida del niño y su familia. Farberman (2010), explica que el diagnóstico de cáncer implica ciertos desafíos psicológicos, y que los profesionales de salud deben estar informados de los mismos. La autora menciona síntomas y cambios físicos adversos propios del tratamiento, entre ellos la alopecia generada por las drogas de la quimioterapia, las náuseas y vómitos, los cambios de conducta que muchas veces son propiciados por los corticoides administrados en el tratamiento oncológico, entre otros.

Con respecto a lo que propone Kübler-Ross (1969), en primer lugar habla sobre la negación, la cuál es habitual en las personas que reciben un diagnóstico de tanta magnitud. Es la primera reacción que tiene el paciente, un estado de conmoción que resultará temporario. Se trata de un mecanismo que funciona como amortiguador, permite al paciente recobrarse y por esto se dice que es provisional, ya que luego será sustituida por una aceptación parcial.

“La negación nos ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Hay alivio en ella. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar.” (Kübler- Ross y Kessler, 2006, p. 26)

Freud (1925), nos dice que la función de la negación es proteger al yo del displacer que genera la realidad, esto permite evitar situaciones dolorosas y/o ansiógenas.

Continuando con las etapas que menciona Kübler- Ross (1969), seguido de la negación aparece la ira. Esta fase es difícil de afrontar para la familia y el personal de salud, ya que la ira se desplaza a varias direcciones y se proyecta hacia lo que los rodea. En esta etapa el paciente encontrará motivos de queja en todas partes. En una tercera instancia se produce una especie de pacto, donde el paciente promete algo a cambio de poder vivir más tiempo. La cuarta fase es la de depresión. Cuando el paciente no puede seguir negando su situación ya que atraviesa diversas hospitalizaciones y presenta síntomas que lo debilitan, su ira será sustituida por una sensación de pérdida, y la misma puede adquirir diversas facetas.

La quinta y última fase es la aceptación, en la que los pacientes que han atravesado las etapas anteriores llegarán a un punto donde su destino no los entristece ni enoja, ya que ha podido expresar sus sentimientos y enfrentará su final con una relativa tranquilidad. Esto no quiere decir que sea una fase feliz, sino que está desprovista de sentimientos. El dolor se esfumó, la lucha terminó. Es la familia la que necesitará más acompañamiento en este momento.

6.3 ASPECTOS RELATIVOS A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio de alta complejidad que pretende brindar atención integral de la salud a un paciente en estado crítico. El ingreso a la UTI constituye en los familiares una situación difícil, ya que tanto la familia como el paciente sufren y están angustiados, intuyendo que de un momento a otro puede darse un desenlace trágico. (Torres Ospina et al. 2016). Según Contreras Moreno y Palacios Espinosa (2014), el ingreso a la UTI se considera un evento que modifica la vida y es descrito como una situación aterrizante.

Tomando los aportes de De Carvalho Chiattoni y Sebastiani (2005) la internación de un niño en la UTIP siempre constituye una situación traumática que es vivenciada como una crisis tanto para el paciente como para sus familiares. La situación lleva a los padres a una utilización de mecanismos primitivos de defensa que mantienen el equilibrio tales como la disociación, la negación y la proyección. En la UTI, la supervivencia se refleja en la urgencia de los procedimientos invasivos y dolorosos, en la tensión permanente y en la convivencia con aparatos intra y extra corpóreos.

Los autores expresan que el diagnóstico de una enfermedad y la necesidad de hospitalización en una unidad de terapia intensiva representan una crisis vital. Esta situación se caracteriza por cambios físicos, alternancia entre períodos de estabilidad y crisis, incertidumbre sobre el futuro, frustración de sueños y proyectos, así como la pérdida del sentido de invulnerabilidad y control sobre la vida. Tanto el niño como sus familiares enfrentan mayormente estos desafíos sin estar preparados para dicho proceso.

De Carvalho Chiattonne y Sebastiani (2005), enumeran una serie de manifestaciones psíquicas y conductuales que suelen presentarse en los niños durante las fases de hospitalización en las unidades de terapia intensiva, tales como negación, culpa, ira, fantasías, impotencia, aislamiento, ansiedad e inseguridad. En aquellos que ya han recibido el alta médica, es posible observar determinadas reacciones psicológicas, como pesadillas recurrentes, angustia por separación e insensibilidad emocional, las cuales son compatibles con el diagnóstico de trastornos de estrés postraumático.

Cuando un niño es ingresado en una unidad de terapia intensiva (UTI), uno de los aspectos más sensibles es el dolor y la intensificación del sufrimiento físico. Esto se debe a que múltiples factores se centran en el cuerpo, lo que lleva al niño a asociar el dolor, por ejemplo, con una amenaza significativa para la integridad de su ser.

Los aspectos inherentes de la hospitalización en la UTI involucran la interrupción de la escolaridad, la privación materna que genera sensación de abandono, el temor a lo desconocido, la percepción de la culpa y castigo, la despersonalización, la limitación de actividades y estímulos y el sufrimiento. A esto se le agregan las características propias de una unidad de cuidados intensivos que aumentan la sensación de malestar, como los niveles de ruidos propios de la UTI que limitan la posibilidad de un buen descanso para el niño y genera una repercusión en el humor del paciente, generando así un círculo vicioso.

De Carvalho Chiattonne y Sebastiani (2005) introducen un concepto llamado humanización de la UTI. Se destacan medidas de humanización adaptadas a la edad y al estado clínico del niño. Entre ellas se incluyen preparar tanto al niño como a sus familiares para la hospitalización en la unidad, crear un ambiente alegre e informal con decoración adecuada, disponer de una sala de descanso para padres y familiares, ofrecer acompañamiento psicológico diario durante la internación (para el paciente y su familia), fomentar la estimulación temprana, y proporcionar apoyo psicológico ambulatorio tras el alta médica.

El psicólogo, en esta tarea de humanización, cumple la función de fortalecimiento de relación de confianza para que tanto el niño como sus padres expresen dudas, fantasías y

temores propios de la situación. Además, evaluará el cuadro psicológico del paciente y sus familiares durante la permanencia en la UTI y estará atento a la detección de alteraciones psicológicas realizando un diagnóstico diferencial adecuado.

Lo anterior se vincula con lo mencionado por Contreras Moreno y Palacios Espinosa (2014) acerca de la intención del psicólogo de reducir el impacto de la situación, permitiendo la adaptación y promoviendo estrategias de afrontamiento. Además, debe poder brindar información médica de manera clara, ya que los familiares del paciente internado requieren de una explicación en términos comprensibles sobre lo que ocurre. Con respecto a las habilidades clínicas, el psicólogo debe llevar a cabo intervenciones en crisis, psicoeducación, manejo de situaciones familiares complicadas, contar con técnicas que permitan a los pacientes y sus familiares adaptarse de manera adecuada, entre otros.

6.4 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL HOSPITAL

En el contexto hospitalario, el psicólogo cumple con múltiples funciones. Entre ellas se encuentran la evaluación, el diagnóstico, la explicación, modificación y prevención de la conducta o respuesta emocional que deviene ante una situación particular. El psicólogo inserto en el ámbito hospitalario reúne información sobre conductas previas del paciente, conocido como repertorio conductual, la capacidad intelectual y el estado emocional cuando el paciente enfrenta una enfermedad crónica. La evaluación incluye como objetivo central a una familia, una pareja o la red de apoyo del paciente en cuestión. (Méndez Venegas y Maya Del Moral, 2011).

Los autores mencionan las decisiones a las que se enfrenta un psicólogo de la salud, donde se destacan: la decisión sobre si el problema corresponde a su competencia profesional, la decisión sobre el nivel de gravedad de la información que se obtiene del problema, el diagnóstico, la especificación del problema en términos operativos y la indicación de un tratamiento. Este último implica una intervención sobre las personas con el fin de aliviar y resolver trastornos emocionales, problemas conductuales, preocupaciones, entre otros. Los objetivos de las intervenciones pueden orientarse a solucionar un problema específico, favorecer la adaptación al ambiente hospitalario o bien prevenir los problemas mediante intervenciones correspondientes. Teniendo en cuenta las características de una

institución hospitalaria polivalente, el contacto permanente entre el psicólogo como consultor y los demás profesionales de la salud son esenciales. La intervención del psicólogo, mencionan los autores, es la de un ‘‘consultor técnico’’.

Farberman (2010), menciona que además de las características a incluir en cualquier evaluación psicológica el psicólogo deberá considerar ciertos aspectos. En primer lugar, la enfermedad que padece. Si hablamos de una enfermedad crónica, revelar la etapa de la misma atraviesa, ya que los aspectos psicológicos y el impacto no serán los mismos si se trata de una internación donde se diagnosticó la enfermedad o si es algo que se viene tolerando hace mucho tiempo. Si se debió a algo ocasional en un paciente previamente sano, debemos indagar las causas y formas en las que sucedió el hecho.

Por otro lado, la autora explica que el psicólogo deberá tomar conocimiento sobre los medicamentos que le son administrados al niño. Ser consciente de la cantidad de medicamentos que toma a diario nos muestra una imagen de lo que vive en su cotidianidad, y es importante interrogar a los padres y al paciente sobre cuánto coopera en la administración, dado que nos aportará información sobre el estilo y grado de afrontamiento. Es un detalle a tener en cuenta la vía de administración de la medicación, si es oral o si debe ser sometido a pinchazos constantes. También es tarea del psicólogo averiguar las posibles reacciones adversas, principalmente cuando se trata de drogas que producen efectos emocionales como irritabilidad y somnolencia.

En tercer lugar, el psicólogo deberá contar con información sobre los procedimientos a los que se somete el paciente, ya que permite comprender las inquietudes y preocupaciones del niño.

Otro dato a tener en cuenta es la personalidad previa del niño y las actividades preferidas. La internación restringe la posibilidad de jugar, y en edades donde el juego es sumamente importante. El niño que está hospitalizado no puede realizar las actividades típicas como correr, andar en bicicleta, salir a pasear, deben aprender una nueva modalidad de divertirse a partir de la situación de internación, adaptando el medio a sus deseos.

6.5 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fuentetaja y Villaverde (2019), mencionan algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de trabajar dentro del contexto hospitalario, escenario en el que la experiencia del sufrimiento, tanto físico como psíquico, está presente en cada momento y es una realidad que se debe afrontar de manera acorde en la práctica habitual, la cual genera un impacto tanto en los pacientes como en los propios profesionales.

En el hospital nos encontramos con el cuerpo del otro mutilado, dañado, desnudo y muchas veces conectado a respiradores y vías. Lo que para muchos profesionales resulta parte de su formación, en los psicólogos genera un impacto considerable. El paciente internado necesita mostrar su cuerpo y ser tolerado, acogido, debido a que lo siente como objeto de fragilidad y desvalimiento.

Vescovo (2020) expresa que en medio de jeringas, tubos de oxígeno y sondas nasogástricas, la infancia en un hospital suele estar conectada a máquinas o bombas dosificadoras. Los niños y niñas son sometidos a transfusiones, cirugías, estudios médicos, reinternaciones o colostomías. Al enfrentar una enfermedad y su tratamiento, no solo se encuentran con diagnósticos difíciles de entender, sino también, en muchos casos, con quimioterapias, neutropenias, pérdida de cabello, corticoides –que inflaman el rostro, provocan insomnio y aumentan el apetito–, recaídas, barbijos y aislamiento. Esta última palabra es advertida a cualquiera que se acerque.

En la situación de internación, el psicólogo ayudará al paciente a dar sentido a las emociones para que pueda ser comprendido por los demás profesionales, de manera tal que no se produzca una disociación entre el estado físico y mental. Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de realizar intervenciones, es la ausencia de intimidad. La mayoría de las veces las entrevistas se dan en un marco de habitación compartida, donde se encuentran otros pacientes y profesionales de la salud que muchas veces interrumpen la continuidad de la entrevista. Es por ello que, como mencionan los autores, resulta imprescindible poner en práctica cuestiones tales como solicitar al acompañante que salga, bajar el tono de la voz, acercarse a la altura del paciente y pedir a los profesionales que esperen para que el paciente se sienta respetado en la intimidad. (Fuentetaja y Villaverde, 2019)

Herrera Floro (2016), menciona estrategias cuyo fin es ayudar a la adaptación saludable del paciente a la situación de hospitalización. En primer lugar se encuentra el

ambiente: decorar las paredes, disponer de pijamas de colores, utilizar uniformes personalizados para el personal de salud, disponer de áreas de recreo, ventanas para ver el exterior y televisión son elementos que ayudan a disminuir la angustia del niño. En segundo lugar y como se mencionó anteriormente en reiteradas oportunidades, la estrategia de la comunicación efectiva y afectiva es de suma importancia. Proporcionar información adecuada, comprensible para evitar falsas expectativas y prevenir la ansiedad. El juego y la terapia musical, las técnicas de relajación y distracción, la creación de aulas hospitalarias. Todas las anteriores se enfocan en un objetivo claro: crear un ambiente hospitalario humano, cercano y protector frente a la vulnerabilidad de ese niño.

Son dos los objetivos de la psicoterapia con pacientes enfermos orgánicamente, en primer lugar se busca transformar la idea de la enfermedad como un castigo en la de una adversidad sin relación con un pecado y facilitar al niño la posibilidad de recuperar su identidad, sin quedar alienado a la enfermedad y el tratamiento médico. (Farberman, 2010).

Con respecto a la fase de preparación psicológica, Ortigoza y Méndez (2000) mencionan tres subfases que podrían agregarse a lo anteriormente planteado. Las mismas son: preparación, intervención y seguimiento. La información debe ser acorde a la edad del paciente, su desarrollo cognitivo, las situaciones previas de internación, el procedimiento a aplicar y la intervención. Debe transmitirse de manera clara, donde pueda ser captado por el niño en cuestión. Además, debe utilizarse una metodología distinta en cada individuo debido a las distintas edades y subjetividades de cada paciente.

6.6 EL JUEGO COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN

El juego es un fenómeno de carácter universal donde intervienen variables físicas, psicológicas, culturales, históricas, políticas, económicas, sociales, etc. Es una necesidad muy importante del ser humano y aún más en la niñez, donde se lo considera fundante y tiene un valor psicomotriz, psicológico, cognitivo, evolutivo y recreativo. (Zachetti, s.f.).

Tomando los aportes del psicoanálisis, encontramos lo postulado por Freud en “Más allá del principio del placer” donde a partir del Fort-Da ubica al juego como una actividad simbólica, de tal manera que el niño escenifica la desaparición y el regreso de la madre. Una

actividad elaborativa, ya que mediante el juego el aparato psíquico haría el intento de dominar las excitaciones recibidas, vinculándose el cese de la excitación con el dominio sobre el objeto, y una forma de acceso a mecanismos identificatorios, en este caso con quien lo abandona, al referirse a los motivos en lo que un hecho desagradable se transformen en el juego. (Freud, 1920, como se citó en Zachetti, s.f.).

Las características del juego van a variar según los diferentes momentos del crecimiento del niño. En un primer momento, desde el nacimiento hasta los dos años, encontramos los juegos de ejercicio. Tienen que ver con conductas de repetición vinculadas al placer, son juegos motores y sensorio-motores, donde el centro de interés es el cuerpo del niño. En un segundo momento del desarrollo que se extiende desde los dos años aproximadamente hasta los 10 años, se expande el aspecto intelectual de la actividad lúdica y surge el juego simbólico y constructivo. Este tipo de juego tiene un significado, puede ser imitativo de la vida cotidiana, aparecen los gustos y tendencias vinculadas al género, a los 3 años es un juego más organizado, entre los 3 y los 6 años son frecuentes los juegos sexuales como a la mamá, el papá y el doctor, entre los 4 y los 7 es una repetición entre real y fantasía, a partir de los 7 realiza juegos vinculados a la escolaridad y aparecen los juegos simbólicos en grupo. En un último momento aparece el juego de reglas, son los llamados sociales y favorecen la adaptación a reglas y competencias. (Zachetti, s.f.)

Con respecto al juego en la internación, “la preparación psicológica basada en el juego aporta muchos beneficios debido a que ayuda a reducir el estrés, facilita la elaboración y el aprendizaje de estrategias eficaces de afrontamiento” (Ortigosa y Méndez, 2000, p.36). Los autores mencionan al juego como parte fundamental en la infancia de todo niño, ya que estimula a nivel sensorio-motor, la creatividad, la imaginación y la autoconciencia. Además, teniendo en cuenta la situación de hospitalización, ayuda a liberar tensiones y evita la ruptura con los hábitos cotidianos en la vida del niño, estas actividades deben adaptarse a la situación hospitalaria. Es decir que los juguetes deben cumplir con las pautas de desinfección correspondientes y estar libre de riesgo tanto para el paciente como para los demás internados, también se debe tener en cuenta la movilidad y estado físico del paciente y el tipo de enfermedad. Otra estrategia que mencionan los autores corresponde a la decoración lúdica, tal como colorear las paredes pegando dibujos con motivos infantiles.

Vescovo (2020) expresa en relación al jugar que los niños y niñas crean un mundo propio y diferente a la realidad, reproducen activamente lo que han sufrido de manera pasiva, es por ello que la actividad lúdica permite ubicar cuestiones diagnósticas, porque señala diferentes momentos por los que un niño está atravesando según como dispone del jugar.

Desde nuestro lugar, no se trata de ir a jugar con estos pacientes porque padecen una enfermedad, sino de crear condiciones de juego.

Retomando a Farberman (2010), quién realiza una comparación interesante donde menciona que el juego significa para los niños lo que el lenguaje para los adultos, menciona la posibilidad de jugar en el hospital como un colaborador para superar las dificultades de una internación, y que el niño quiera jugar nos indica que la adaptación es saludable. Poder ofrecer en el hospital posibilidades lúdicas puede ayudar a superar la situación, si la institución cuenta con sala de juego y el paciente está en condiciones de asistir es un buen recurso. Si no es posible dicha intervención, se puede promover la actividad en la sala de internación. Es importante que los pacientes puedan elegir los elementos, el entusiasmo e interés del niño por los juegos informa sobre el estado anímico del mismo.

Entre los juegos posibles a desarrollar en el contexto hospitalario, la autora menciona el juego del doctor. A través de este juego los niños realizan, desde una posición activa, lo que en el hospital es vivenciado como algo pasivo. Les permite familiarizarse con el instrumental médico y practican conductas que podrían retomar cuando se dé el procedimiento real. La puesta en marcha de este juego previene el carácter potencialmente traumático de las intervenciones médicas, y si las intervenciones hubiesen sido traumáticas, el juego puede ser un modo de resolución terapéutica. (Farberman, 2010)

Por otro lado, la escolaridad también es de gran importancia y se ve alterada en la situación de hospitalización. Debido a que la internación genera ausentismo, muchos hospitales cuentan con escuelas hospitalarias y esto permite que permanezcan actualizados a pesar de no asistir al colegio. En el caso de no estar disponible dicho recurso, los padres pueden solicitar a la escuela las tareas escolares. (Farberman, 2010)

6.7 EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA SITUACIÓN DE INTERNACIÓN

“Dado que los padres son la principal fuente de contención y guía para sus hijos, toda evaluación del caso debe incluir una exploración del estado emocional de los padres.” (Farberman, 2010, p.87)

El papel que tienen los progenitores en la hospitalización de un hijo es decisivo ya que transmiten a los niños a partir de la comunicación emocional. Los autores hacen mención de dos tipos de transmisiones, “la primera es el contagio emocional de la madre al niño, y la segunda tiene que ver con una crisis parental, donde padres con comportamientos desorganizados en situaciones estresantes tendrán hijos con idénticas reacciones” (Ortigoza y Méndez, 2000, p.37). Los autores sitúan al psicólogo como aquél que cumple el rol de asesoramiento, ya que el componente emocional es de suma importancia. El terapeuta debe estar enterado sobre los procedimientos a los que someten al paciente y asesorar al personal de salud acerca de la forma en que deben tratar a los padres desde el aspecto emocional.

Los vínculos familiares son de gran importancia en este contexto, ya que el niño puede padecer la ausencia de familiares con los que tiene un lazo importante, aún más cuando son los dos padres quienes participan de la vida diaria del niño y la situación de hospitalización no permite la permanencia de ambos. Lo mismo sucede con los hermanos, muchas veces cuando faltan experimentan un gran desamparo. Esto viene unido al siguiente punto que propone Farberman (2010) sobre la detección del estado emocional del cuidador principal.

Dado que los padres son la gran contención de los hijos, la evaluación del caso incluirá una exploración del estado emocional de los cuidadores, “los niños miran la realidad a través de la lente que los padres ofrecen con su propia mirada” (Farberman, 2010, p. 87.). Cuando los niños ven la preocupación de los padres, perciben que deben adoptar esa postura, y es así como la mayoría de los cuidadores expresan contener sus emociones negativas. La autora menciona que la sintonía afectiva entre hijos y padres que pasan por una misma situación es beneficiosa ya que propicia una comunicación real y honesta, no así la desesperación. Si los padres transmiten que la actitud se ha salido de control, el niño espera lo peor.

Lizasoain y Polaino-Lorente (1992), consideran que la hospitalización supone la irrupción de una crisis para todo el núcleo familiar, por ello la forma en la que los padres, hermanos y demás familiares responden a la situación de salud del niño es algo relevante a tener en cuenta dado que los pacientes internados experimentan la separación de la familia de una forma muy particular.

En el contexto hospitalario, los padres enfrentan diversos factores de estrés que pueden generarles inquietud e incertidumbre respecto a su rol. Estos sentimientos de inseguridad suelen derivar del desconocimiento sobre cómo brindar los cuidados necesarios a sus hijos enfermos y de la ansiedad que provoca su interacción con los procedimientos y

equipos médicos utilizados en el tratamiento pediátrico. Estas circunstancias, entre otras, pueden incrementar sus manifestaciones de miedo e incluso de ira, ambas reacciones que forman parte de una respuesta emocional negativa que como consecuencia se transmitirá, en muchas ocasiones, al paciente internado. (Fernández Castillo y López Naranjo, 2006).

Continuando con lo planteado por los autores, son diversos los motivos que generan estrés parental, entre ellos se encuentran la apariencia física del paciente durante la hospitalización, los tratamientos que recibe, la comunicación con el personal de salud y el impacto en la vida cotidiana de estos padres que se ven obligados a suspender sus actividades para atender a su hijo en los cuidados necesarios y en la sintomatología que presente.

Las familias que cuidan a niños con enfermedades crónicas enfrentan numerosos desafíos, entre los cuales se incluyen presiones económicas y de tiempo, preocupación constante por el bienestar del niño, ansiedad ante la necesidad de cuidados a largo plazo, así como el impacto social y el estigma asociados. Además, los aspectos relacionados con los pronósticos futuros pueden generar estrés, dificultades de adaptación y problemas psicosociales, afectando tanto a los miembros individuales como a la dinámica familiar. (Yantzi et al., 2001).

Muchas veces la presencia de los padres conlleva efectos negativos por el estrés y la ansiedad que experimentan ante la situación, por eso es importante la preparación psicológica para reducir estas emociones y lograr un apoyo positivo a sus hijos. Los padres suelen experimentar tres etapas al momento de la información diagnóstica. En un primer momento aparece la ira y la rebeldía, propias de la negación de la enfermedad. Luego le sigue un período de tristeza y frustración, además del sentimiento de culpa. La tercera etapa incluiría la restauración gradual del equilibrio psíquico donde el enfrentamiento al problema se vuelve real. (Herrera Floro, 2016). La autora recalca además, la importancia de una preparación psicológica temprana de los padres, dado que los sentimientos negativos aparecen cuando el niño enferma y acuden a un centro de salud. Luego se les da un diagnóstico, que muchas veces es incomprensible para los padres y sumado a eso deben realizar trámites administrativos. Una vez que ingresa, el niño es expuesto a procedimientos que los padres observan como dolorosos e invasivos, lo que genera la sensación de pérdida de control.

Unido a lo expresado anteriormente, Lizasoain y Polaino-Lorente (1992), sugieren que la familia debe adoptar estrategias e incluir nuevas rutinas en la dinámica de sus relaciones interpersonales, de manera tal que estas no se vean afectadas por la internación de un hijo. En muchas ocasiones ocurre que el paciente se ve como la causa de alteración del círculo familiar, ya que percibe un trato diferente por parte de sus progenitores o hermanos,

esto genera en el niño un sentimiento de culpabilidad, ansiedad y auto-reproche, que no contribuirán a la situación de hospitalización.

Aliaga Muñoz (2016) menciona las reacciones más frecuentes de los padres ante la hospitalización.

- Sobreprotección: los padres no permiten a sus hijos realizar nada por su cuenta ya que, según ellos, todo es riesgoso y peligroso, intentan protegerlos sobreponiéndose a las necesidades que pueda tener el hijo, el cuál termina desencadenando en una actitud pasiva del mismo.
- Interdependencia mutua: principalmente se da entre la madre que ubica al hijo en lugar de bebé.
- Tolerancia excesiva: cumplen con todos los caprichos de sus hijos, permitiéndoles todo sin límites.
- Escasa educación sobre la enfermedad: los padres evitan hablar sobre la enfermedad para que su hijo no sufra, pero la realidad es que el niño necesita percibir de manera acorde a su desarrollo cognitivo la enfermedad como una situación a afrontar.
- Ansiedad: los padres se encuentran nerviosos, algo que el niño percibe y produce que aumente el estrés.
- Respuesta acorde a la situación: reaccionan razonando las consecuencias de la situación.

6.8 LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Teniendo en cuenta el contexto hospitalario, nos encontramos ante la necesidad de abordar la atención desde la interdisciplinariedad, ya que dentro del hospital hay una convergencia de distintas especialidades. Menendez Osorio (1998), resalta la importancia de la interdisciplina para el abordaje de la salud mental. Menciona que la misma no se trata de una yuxtaposición de teorías sino de una puesta en común, una forma de entender y abordar una problemática determinada. Sin embargo se deben tener claros los límites de cada equipo, respetando el campo de conocimiento de cada uno, delimitar tareas y coordinar intervenciones.

Bennardis y Sambán (2015), mencionan dos aspectos imprescindibles del trabajo interdisciplinario. Por un lado, un diálogo permanente y transversal entre los profesionales, que comparten lo que se considera importante y fundamental en cada caso. Cuando el lenguaje es claro, el discurso se entrelaza y homogeniza. Por otro lado, es necesaria la constitución de perspectivas ideológicas compartidas. Esto no quiere decir que todos los integrantes del equipo deben pensar igual, incluso se apoya la riqueza de las discusiones superadoras, pero si es necesaria una base en común, donde puedan llegar a un mínimo acuerdo grupal para las intervenciones en conjunto. También es importante la intencionalidad de generar cambios, por ello el equipo debe considerar la posibilidad de cambio y que la misma será beneficiosa, aún cuando implique correr riesgos.

Mucci y Benaïm (2006), refieren que la incumbencia del psicólogo es garantizar una asistencia integral, entendida como un conjunto de acciones que atienden a problemas de salud. Se trata de una intervención en distintos niveles: individual, vincular, familiar, del equipo de salud y comunitaria. El psicólogo debe estar formado teóricamente, contar con habilidades y aptitudes, conocer aspectos objetivos y subjetivos de las enfermedades, intervenir en la relación médico-paciente-familia-institución-comunidad, desarrollar estrategias preventivas, identificar factores de riesgo, favorecer las redes de apoyo y contar con aptitudes terapéuticas que faciliten la intervención. (Lenfant, 1998, como se citó en Mucci y Benaïm, 2006).

Por otro lado, resulta pertinente marcar que el perfil del psicólogo de salud debe investigar los aspectos que favorecen o dificultan la adherencia a un tratamiento y el cumplimiento de las prescripciones médicas. (Mars, 2000, como se citó en Mucci y Benaïm, 2006).

Siguiendo a Alvarez Schwarz (1991), encontramos que cuando se interviene con un menor se debe contar con información sobre el niño, como se informó a los padres sobre los procedimientos a seguir en la hospitalización, como se recibió al paciente y cómo fue el trato con los familiares, etc. Al trabajar por ejemplo con médicos o enfermeros, se debe tener en cuenta que estos profesionales tienen una mirada distinta a la del psicólogo sobre la manera de comportarse que tiene el paciente, como también de lo que debe hacer una “buena madre”. Así es como el llanto u otras actitudes del niño pueden ser interpretadas por los profesionales como algo molesto, viendo al niño como malcriado y a su madre una incompetente. De la misma manera un médico cirujano puede tener una visión muy distinta a

la de un pediatra en cuánto a cómo debe comportarse un niño ante la enfermedad y la hospitalización. Al trabajar de manera interdisciplinaria consideramos no sólo los supuestos básicos de nuestra disciplina sino también los concernientes a la disciplina de los profesionales con los que se trabaja. Se debe, mediante un trabajo de colaboración y cooperación en el equipo, compartir y enseñar desde nuestra óptica profesional todo lo que contribuya a un entendimiento del niño y sus procesos de desarrollo.

El instrumento utilizado en el hospital para una atención integral es la interconsulta, espacio de participación interdisciplinario donde se encuentran dos disciplinas con diferentes teorías explicativas, modelos de acción, que emerge ante la presencia de un malestar y que interfieren en el acto de curar y en relación a la atención de un paciente (Alekseiuk, 2014, como se citó en Aquino Cabral & Agüero Pozzo, 2018).

En el hospital, nos vemos atravesados en el contexto hospitalario por múltiples interrupciones, tanto del personal de salud como de los familiares, o incluso de compañeros de habitación. El espacio físico suele ser una habitación compartida con otros pacientes y familiares, lo que diluye la privacidad. A esta habitación ingresan médicos, personal de enfermería y otros profesionales, cuyos tiempos están marcados por la demanda institucional, muchas veces con urgencia. También ingresan los familiares de los demás pacientes, quienes siguen su propio ritmo. (Aquino Cabral & Agüero Pozo, 2018)

En esta misma línea, se encuentra el paciente en una situación excepcional: la hospitalización. Esta experiencia interrumpe su vida cotidiana, ya que una afección física lo ha llevado al hospital, lo que implica la pérdida de su capacidad de decidir dónde quiere estar. A esto se suman otras pérdidas o cambios en sus hábitos, como la privacidad, la alimentación, la movilidad y los cuidados personales. Todo esto genera en el paciente emociones intensas, provocadas tanto por la interrupción de su rutina como por la enfermedad que lo ha llevado a ser internado. En este contexto, el interconsultor aparece como una figura inesperada, no planeada ni anticipada por el paciente, ya que su intervención responde a una solicitud del equipo médico.

6.9 INTERCONSULTA EN PEDIATRÍA

Marín et. al. (2017), nos dice que la interconsulta en salud mental o también conocida como psiquiatría de enlace, se ha convertido en un recurso cada vez más habitual en los hospitales pediátricos. En este contexto, el psiquiatra o psicólogo interviene a solicitud del pediatra, quien requiere su evaluación sobre el estado psicológico del niño, adolescente o su familia. Esta modalidad de intervención se caracteriza por ser requerida por otro profesional de la salud, a diferencia de la consulta psiquiátrica o psicológica tradicional, en la que el paciente, acompañado por sus padres, busca ayuda de manera directa. La psiquiatría de enlace surge ante la necesidad de proporcionar un tratamiento integral a pacientes que presentan tanto una enfermedad clínica como quirúrgica y sintomatología psicopatológica.

En salud mental, la interconsulta tiene la función de proporcionar una mirada holística sobre el padecimiento del paciente y trabaja en la mejora de las habilidades comunicacionales en los equipos de salud, con el fin de mejorar las estrategias de intervención. (Ferrari, et al., 2019).

La interconsulta en pediatría, en primer lugar y teniendo en cuenta que el psicólogo interviene con herramientas propias de la especialidad, debe transmitir a los demás profesionales con un lenguaje claro, sin utilizar jerga demasiado específica. Además, debe seleccionar cuidadosamente la información a transmitir a los médicos, y la misma debe servir para propiciar la empatía de los profesionales hacia el niño y sus padres. En segundo lugar, es importante que el psicólogo conozca las características de la enfermedad padecida por el paciente. Desde las evoluciones, las posibles complicaciones hasta los cuidados que debe poner en práctica para recuperarse. Dichos conocimientos permitirán una mejor contextualización de la intervención y será más fácil armar un plan terapéutico individual para cada niño. Por otro lado, debe formar parte del equipo de salud con el que trabaja y mantener una conversación fluida con el mismo, ya que cuando el contacto es permanente y la relación entre equipos es sólida, las intervenciones son más realistas y aceptadas. Por último, debe seguir el caso de manera periódica y realizar devoluciones a los profesionales y al paciente. (Farberman, 2010)

Fuentetaja y Villaverde (2019) mencionan que las unidades de interconsulta-enlace forman un equipo especializado para atender las diversas demandas relacionadas con la salud

mental de pacientes de otros servicios del hospital. Su labor integra estrategias farmacológicas, psicoterapéuticas y de cuidado, adaptándose a las necesidades planteadas. Este equipo trabaja en contextos dinámicos, interactuando con un amplio grupo de profesionales que poseen distintos conocimientos.

“La institución hospitalaria es una instancia que atraviesa lo individual (de cada profesional y de cada paciente), lo relacional (entre pacientes y profesionales, entre pacientes entre sí y profesionales entre sí, entre familiares y pacientes/profesionales), lo grupal (entre equipos y sub-equipos de un mismo servicio, entre servicios diferentes) y la propia organización (organigrama, jerarquía, liderazgo, funcionamiento, grado de flexibilidad, participación, etc.). Todos esos elementos están presentes e interaccionan en lo que llamamos institución, es decir, la constituyen, la definen, la van modificando a través del tiempo y producen unos determinados efectos en lo que podríamos llamar su objeto de trabajo. A su vez, la organización debe cumplir la función de ordenar el sistema para que los objetivos para los que fue constituida se cumplan.” (Fuentetaja y Villaverde, 2019, p.2)

7. MODALIDAD DE TRABAJO

La práctica profesional supervisada llevada a cabo en el Hospital Infantil Municipal pretende un trabajo de sistematización de la experiencia. Para ahondar en dicho proceso es pertinente mencionar a Oscar Jara, que nos habla de nuestra posición como partícipes “protagonistas” de la experiencia. Este proceso requiere de sujetos con autonomía que no se encuentren totalmente aferrados a ciertos conocimientos, sino que puedan pensar críticamente e ir más allá, sujetos con capacidad para plantearse problemas.

Jara (2011) menciona una serie de pasos para llevar a cabo el proceso de sistematización. Como punto de partida, nuestra tarea principal es llevar a cabo un registro, en el caso de nuestra práctica mediante anotaciones, entrevistas desgrabadas, etc. En las experiencias se vinculan la teoría con la práctica, teniendo en cuenta el pluralismo metodológico y epistemológico, que promueve la apertura a diversas perspectivas y moviliza un diálogo de saberes, donde interactúan diferentes tipos de conocimiento y actores que buscan lograr una comprensión más amplia y enriquecedora. Todas las acciones se encuentran enmarcadas dentro de paradigmas conceptuales, aunque dichos paradigmas nunca son suficientes ya que en el recorrido por la práctica se adquieren otros saberes que van transformando o complementando los anteriores y así sucesivamente. En este proceso de sistematización surgen interrogantes del tipo: ¿Cuál es el objetivo de dicho proceso? La respuesta tiene que ver con a dónde queremos apuntar, cuáles son nuestros intereses y estrategias para alcanzar el objetivo, lo cuál derivará en otras de las posibles preguntas, ¿A dónde queremos llegar? ¿Qué aspectos centrales queremos rescatar de dicho proceso? Es muy importante saber delimitar el objeto, elegir experiencias concretas, definir cómo y dónde se llevará a cabo, entre otras técnicas que nos permitan no irnos más allá del tema de interés.

Todo lo anterior desencadena en una recuperación del proceso vivido, donde se lleva a cabo una recopilación, clasificación y ordenamiento de toda la información, esta recuperación es fundamental ya que el uso que se le dé determinará cuán efectivo es el proceso. Este paso no solo va a jerarquizar la información, sino que también permitirá una confrontación entre lo adquirido y lo teórico conocido hasta el momento, ya que estar insertos en el contexto de práctica dará lugar a muchos cuestionamientos, entre ellos, los teóricos que hemos aprendido. A esto le sigue un proceso de reflexión, que de cierta forma, nos acompaña a lo largo de todo el camino, lo cuál tiene que ver con interpretar críticamente e implica un análisis, una síntesis. Poder cuestionarnos ¿Por qué obtuve estos resultados? ¿Qué se podría hacer diferente? ¿Qué experiencia obtengo de esto? Está relacionado particularmente con cuestionar la realidad y dejarse cuestionar por la misma para, a partir de ahí, poder construir experiencias futuras y fortalecer las actuales desde los hallazgos encontrados en el proceso de

sistematización, lo que también nos posibilitará enfrentar y resolver problemas que se dan en la práctica y dar lugar a nuevos aprendizajes.

Por último, nos encontramos con el denominado por Jara ‘‘punto de llegada’’, donde la idea en esta instancia tiene que ver con arribar a conclusiones, afirmaciones, recomendaciones que son fruto del proceso de sistematización, y poder comunicar el aprendizaje adquirido. Estos puntos de llegada, son a su vez, puntos de partida para nuevos aprendizajes y futuras prácticas. Para el autor, se expresan a partir de varios productos, que tienen que estar especialmente diseñados para la audiencia a la que se intenta llegar.

7.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para poder realizar una sistematización de la experiencia fueron necesarias las siguientes herramientas: registros de campo, observación participante, observación no participante y acceso a historia clínica de pacientes.

En primer lugar, los registros de campo contienen todo lo que emerge en la práctica, tanto lo dicho por la psicóloga como por el niño/a entrevistado. Son redactados con los diálogos textuales de los profesionales y entrevistados, también contienen apreciaciones personales y subjetivas, lo cual permite tener la información lo más detallada y completa posible. Como menciona Jara (2011) es fundamental en el transcurso de la experiencia guardar material de lo acontecido, sean anotaciones, fichas, informes, entre otros.

En segundo lugar, la observación participante ha permitido un rol activo tanto por el contacto con las profesionales referentes del Hospital, con las cuáles he podido compartir ideas, aportar opiniones, como también el contacto con los pacientes internados. Pérez de Maza (2016), menciona que dicho rol implica establecer un contacto directo y estrecho con los participantes.

En tercer lugar, basándome en lo planteado por la autora, la observación no participante requirió de ocupar un rol de observadora más pasivo, tomando distancia de los participantes, sin la posibilidad de intervenir activamente.

En un último lugar, la posibilidad de acceder a la historia clínica fue de suma importancia para la completud de los registros de campo, ya que al entrevistar a un paciente

resulta necesario muchas veces revisar datos pertinentes sobre su paso por el Hospital para entender el contexto y así estar orientada en la situación particular del niño.

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Teniendo en cuenta que la práctica se realiza desde la posición de observador y considerando el eje de sistematización escogido junto con sus objetivos correspondientes, por un lado el sujeto principal a caracterizar es la psicóloga referente que realiza las intervenciones en el área de internación del HIM. Por otro lado, los sujetos a caracterizar son 6 (seis) niños internados con un rango etario entre 4 y 11 años. Se trata de pacientes que se encuentran internados en la unidad de cuidados intensivos, salas de aislamiento y área de oncología. Los niños son ingresados por diversas causas: enfermedad subyacente que padecen, situaciones ocasionales que requieren internación y en algunas situaciones para someterse a cirugías.

7.3 IMPLICACIONES ÉTICAS

La práctica profesional supervisada y el presente trabajo son regulados por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA).

Para comenzar con este apartado, considero fundamental rescatar lo que menciona la FePRA acerca del respeto por la dignidad de las personas, “guardarán el debido respeto a los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas las personas, y no participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho a la intimidad, privacidad, autonomía y el bienestar de las personas, grupos y comunidades.” (Código de Ética de FePRA, 2013, p.4). En el caso puntual de la práctica en el HIM donde trabajamos con infancias, es fundamental tener presentes y respetar los Derechos Humanos que le corresponden a los niños.

Siguiendo con las implicancias éticas, resulta pertinente mencionar la confidencialidad, que está unida al secreto profesional. Los psicólogos deben resguardar los

datos obtenidos en su trabajo con los pacientes, y este secreto protege la dignidad de los consultantes y de sus familias. En el caso de la práctica realizada en el HIM, donde el trabajo se da con los niños y sus padres, es de suma importancia resguardar los datos que pudieran conducir a una identificación de los consultantes, reemplazándolos tanto en los registros de campo como en el presente trabajo por unos ficticios. Teniendo en cuenta que la práctica se desarrolla en un Hospital polivalente, el contacto interdisciplinario con otros psicólogos y profesionales competentes al área de la salud es constante, es por ello que muchas veces se requiere hablar sobre un caso entre varias disciplinas. Sobre esto, la FePRA (2013) menciona que: “ Cuando los psicólogos comparten información confidencial como resultado del trabajo en equipo, supervisiones o bien por las características de la Institución en que se desempeñan, la obligación de guardar secreto se extiende a todos los profesionales participantes.” (Código de Ética de la FePRA, 2013, p. 7)

También encontramos en el Código de Ética el consentimiento informado, él mismo refiere a la autonomía del paciente de decidir por sí mismo y supone la libertad de consentir sobre la práctica en la que participa. Los psicólogos deben informar a sus pacientes acerca de la intervención, esto es, el propósito de la actividad, la protección de la confidencialidad, las posibles alternativas, la capacidad del paciente de retractarse en cualquier momento, entre otros. En el caso de la práctica profesional, las psicólogas referentes en todo momento explicaron a sus pacientes el porqué de mi presencia tanto en consultorio externo como en el internado. Esto le daba la posibilidad a los niños y padres entrevistados a que, en caso de no estar de acuerdo con mi observación, pudieran expresarlo.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

El siguiente apartado tiene como objetivo recopilar la experiencia vivida durante 7 meses como practicante del Hospital Infantil Municipal, que me permitió vivenciar a través del rol de observadora no participante el trabajo que realiza un psicólogo dentro de una institución hospitalaria, en este caso de pediatría. Se busca dar a conocer las actividades realizadas, los desafíos con los que me he encontrado y la riqueza en el aprendizaje adquirido.

Para comenzar, me parece importante marcar el inicio de este proceso desde el primer día de cursada de la materia “Práctica Profesional Supervisada”. Recuerdo que con mucho entusiasmo y curiosidad asistí a la primera clase del año y escuché lo que los diversos contextos y las instituciones tenían para ofrecer. El abanico de posibilidades era inmenso, y todo lo propuesto me parecía muy interesante. Si algo tenía claro era la elección de una práctica que me mostrara el trabajo con una población infanto juvenil debido a mi interés en la intervención con los niños. Así fue como seleccioné aquellas opciones que pudieran ofrecerme dicha experiencia, y si bien mi deseo se sostuvo principalmente en el ámbito clínico ya que quería conocer profundamente el funcionamiento de un hospital y observar el trabajo interdisciplinario, sabía que cualquiera de las opciones que me tocaran resultarían provechosas para mi formación.

La ansiedad tomó protagonismo el día que comunicaron los resultados. Cuando supe que había sido seleccionada para el Hospital Infantil Municipal comencé a generar muchas expectativas y sentí la necesidad de comenzar cuanto antes.

El día 8 de mayo concurrí a mi presentación como practicante en el hospital. Nos recibió tanto a mí como a mi compañera, la jefa de servicio de salud mental, que nos acompañó a recorrer el edificio. Esa mañana nos presentó con parte del equipo de salud mental, conversamos algunas cuestiones de organización donde concluimos que asistiría los días miércoles, jueves y viernes rotando la primera parte del año con una de las psicólogas, para después cambiar con mi compañera y tener una visión total del trabajo que hacen las dos profesionales. Finalizada la mañana nos despedimos hasta el viernes, mi primer día propiamente dicho.

Mientras transcurrían las primeras semanas me preguntaba cual era el impacto de mi presencia en el hospital, tanto para la profesional con la que estaba rotando como para los

niños y sus padres. Por momentos me preocupaba incomodar, ya que algunos chicos, (principalmente los preadolescentes) se avergonzaban ante mi presencia y no querían hablar.

Surgían preguntas del tipo ¿debería decir algo? ¿qué puedo hacer para que esta situación cambie? Con el paso del tiempo me fui sintiendo cada vez más a gusto desde el rol de observadora y pude entender que eso era algo totalmente normal ya que suponía una modificación en el encuadre. Algo que ayudó a que me sintiera cómoda tuvo que ver con la profesional, quien fue muy amable en todo momento. Bastó de unas semanas para que entrara en confianza con ella y le pudiera preguntar dudas que me iban surgiendo, ya que era algo completamente nuevo para mí. Aprendí sobre temas que se nombraban frecuentemente en el consultorio y yo no conocía tales como el CUD (Certificado Único de Discapacidad), el SPD (Servicio de Protección de Derechos) y la SeNAF (Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia). La psicóloga desde su posición estuvo siempre dispuesta a enseñarme, incluso me prestó material bibliográfico que me resultó de mucha ayuda e interés para mi proceso de sistematización.

En cuanto a las actividades de las que pude ser parte los días miércoles y jueves desde mayo hasta fines de julio se centraron principalmente en la atención por consultorio externo que consistía mayormente en entrevistas de admisión con los padres y hora de juego con niños. En esta última, me sorprendió la capacidad de la profesional de captar la atención de todos los niños de diversas edades. Si bien una gran parte de los pacientes proponen actividades, algunos llegan a consulta enojados o angustiados, sin intenciones de jugar o hablar, pero de una u otra forma la psicóloga termina captando el interés de la mayoría de estos pacientes.

Fuera del consultorio externo, tuve el agrado de participar los días miércoles, en la revista de sala de neurocirugía integrada por la psicóloga, tres neurocirujanos, una kinesióloga y una fonoaudióloga. La misma consistía en la atención integral a niños que hayan atravesado una neurocirugía o estén próximos a la misma. La psicóloga cumple la función de responder ciertas dudas y calmar miedos y ansiedades que pueden surgir por parte del niño y de sus padres.

Por otro lado, la profesional coordina un taller psicoeducativo para padres, madres o tutores que se dictó en el aula del hospital los segundos lunes de cada mes. Las temáticas principales a las que apuntó el taller son crianza, límites, juego, entre otras. Desde que se presentó la posibilidad de realizar este taller me invitó a ser parte del mismo, así que juntas planeamos las actividades y temáticas a tratar en los primeros encuentros, incluso la ayudé con tareas tales como el diseño del flyer para reenviar a los padres. Si bien los temas y la

modalidad a implementar en cada encuentro son diseñados por ella, fue muy satisfactorio poder aportar mis ideas.

Algunos días, principalmente los jueves, concurrí a la “instantánea”, que se realizó en el aula del hospital a las 8 de la mañana y tenía una duración de media hora. En este espacio se encontraban presentes los residentes de pediatría y los médicos de planta. Durante esa media hora se presenta un caso y se habla de signos vitales del niño en cuestión, síntomas, laboratorios realizados, historia familiar y diversos datos que remiten al campo de la medicina. Los médicos pediatras les hacen preguntas a los residentes. Salud mental intenta que siempre se encuentre un referente presente debido a que, de vez en cuando, surgen cuestiones relacionadas a nuestro ámbito. Cuando participaba en este encuentro nacía muchas veces la sensación de “no entender nada” porque justamente tratan cuestiones de aspecto médico, pero al fin y al cabo terminó siendo un aprendizaje de los tantos que se dan en la práctica.

Los días viernes asistí al ateneo que realiza el equipo de salud mental integrado por cuatro psicólogas, tres psiquiatras, dos psicopedagogas y una psicomotricista. Dicha instancia fue muy enriquecedora desde un primer momento ya que la actividad consiste en la presentación de un caso clínico, donde las profesionales debaten acerca del mismo. Se organizan de manera tal que las profesionales presentan un caso cada una rotando semanalmente. Es muy provechoso observar la cuestión interdisciplinaria ya que en ese encuentro se genera una dinámica de opiniones muy distintas entre sí que llevan también a que me replantee muchas ideas que he consolidado con el correr de los años.

Además, como la institución es un Hospital Escuela, hay futuros profesionales de muchas disciplinas con objetivos de formación. Es por eso que en el ateneo no sólo asistimos las practicantes de psicología, sino que también asistieron seis practicantes de psicomotricidad. Esto último me hizo sentir muy acompañada durante los meses que duró la práctica ya que nos encontramos todas en la misma situación.

A fines de mayo le planteé la posibilidad a la jefa de servicio de rotar los viernes luego de los ateneos con una de las psiquiatras con las que tuve la chance de pasar una mañana y de manera muy amigable me invitó a ser observadora en sus entrevistas siempre que quisiera. La jefa de servicio accedió sin ningún problema a mi pedido y desde ese momento comencé a presenciar las entrevistas en consultorio externo de sus pacientes. Es un espacio que me gustó mucho ya que no sólo abarca la cuestión médica sino también terapéutica, debido a que las intervenciones que realiza la profesional me resultan muy interesantes. Durante las horas de rotación con psiquiatría he aprendido no sólo mediante la

observación y la escucha, sino también gracias a la profesional que muy amablemente cumple un rol de “educadora” ya que hablamos sobre sus pacientes, me hizo preguntas, me impulsó a cuestionarme mucho sobre diversas temáticas.

Culminada la rotación con una de las profesionales que comprendió desde mayo a julio, llegó el momento de hacer el cambio con mi compañera que estuvo esos meses con otra de las profesionales.

En agosto se realizó el cambio y pude ser parte de entrevistas en consultorio externo, en un grupo terapéutico para pacientes con diabetes y los padres de los mismos y en el área de internación que comprenden las salas de aislamiento, oncología y unidad de terapia intensiva pediátrica. Algo que destaco en la interacción con la profesional, fue que desde la primera vez que tuve que recorrer el hospital con ella me dijo “vení siempre al lado mío, no me gusta que te quedes atrás”. (Registro N°29, 07/08/2024). Estas palabras quedaron grabadas y me generaron un sentimiento de comodidad y alivio al saber que me consideraba, de cierta forma, su “compañera”.

Con respecto al grupo de diabetes, la actividad se realiza todos los miércoles y dura una hora, cada día tiene previsto una temática pero se habla también de cuestiones que el grupo trae a colación. Hay 5 grupos. En uno concurren niños entre los 2 y 3 años, en el segundo hay niños de 4 y 5 años, en el tercero niños de 6, 7 y 8 años, en el cuarto se encuentran preadolescentes de 12/13 años y en el último hay adolescentes de 15 que en poco tiempo dejan de recibir atención en el hospital. En el equipo de diabetes se encuentran la psicóloga, una enfermera, la nutricionista del hospital, y dos médicas especialistas en diabetología. En primer lugar, la actividad se realiza con los padres y la psicóloga, y consiste en hablar con ellos mientras los niños desayunan. En ese tiempo preguntan sobre dudas que surgieron en la semana y situaciones que hayan aparecido ocasionalmente, es un espacio muy enriquecedor para ellos porque se acompañan mutuamente, el encuentro dura media hora y tiene la característica propia de la grupalidad donde emergen situaciones angustiantes y a veces graciosas donde todos se encuentran en similares condiciones. En un segundo momento ingresan los chicos al aula y la idea es que realicen una actividad en conjunto con los padres, se busca que sea algo divertido y dinámico enfocado en la situación de salud que atraviesan, generalmente se trata de derribar mitos sobre la enfermedad y buscar la normalidad dentro de esto que les toca vivenciar. La psicóloga me comentaba que se intenta salir de lo “estructurado”, es decir no hablar tanto de los alimentos permitidos o los no permitidos, como tal vez lo hacen los médicos. El espacio apunta a que entiendan que se puede buscar un equilibrio entre lo que les toca atravesar, la posibilidad de permitirse un gusto, salir de este

rótulo que implica tener una enfermedad crónica a esa edad y por sobre todo acompañarse en este proceso, tanto los niños como los padres entre sí.

Por otro lado, la psicóloga también realiza intervenciones en la unidad de Terapia Intensiva, el internado de oncología y las salas de aislamiento. Se organiza de manera tal que visita a la mayor cantidad de pacientes posibles en el día, habla con los niños si es que están despiertos, y también entrevista a los padres. En cuanto al sector oncológico, recorre las salas donde se encuentran los pacientes que ingresan por sintomatología, para someterse a una punción de médula, a una cirugía o a recibir sesiones de quimioterapia. Es una intervención sumamente importante dado el contexto, ya que los padres se encuentran angustiados, desorientados y muchas veces sucede que los médicos no son lo suficientemente claros para explicar los diagnósticos y tratamientos. Es ahí cuando la psicóloga se encarga de apaciguar el miedo y de aclarar todas las dudas, además de ayudar a los padres con algunas pautas interesantes de aplicar con sus hijos en esa situación. Lo mismo ocurre con la terapia intensiva, en un primer momento charla con las pediatras intensivistas sobre las novedades del día, y luego se acerca cama por cama a brindar atención principalmente a los padres, debido a que algunas veces los niños se encuentran sedados o con incapacidad de hablar. Esta tarea llamó especialmente mi atención debido a que refleja la labor del psicólogo en el hospital, donde el papel que cumple en el internado es muy importante para los niños, sus padres e incluso para los médicos y demás profesionales.

Me parece pertinente resaltar que con esta psicóloga se trabaja muchísimo de manera interdisciplinaria, algo que ha captado mi interés desde un primer momento. Durante las intervenciones en los equipos, no solo habla con los padres y los niños sino también con los pediatras, con los cirujanos, enfermeros, con los profesionales de la UTI, con profesionales de trabajo social, con las maestras de la escuela hospitalaria. Esto se debe a que cuánto más integral sea el abordaje para ese niño, mejor será el resultado. El contacto es permanente con todos los profesionales, donde se tratan cuestiones relacionadas a cada caso para que cada uno de los especialistas esté al tanto y pueda aportar su mirada, es así como los días jueves se reúne el equipo de UTI con la psicóloga, y los viernes se realiza la reunión del equipo de oncología integrado por tres médicos, dos bioquímicas, una kinesióloga, una trabajadora social y la psicóloga. En esta reunión se comunican todas las novedades pertinentes de la semana y se abordan las inquietudes pertinentes a cada caso, donde cada profesional aporta su opinión para contribuir al bienestar del paciente.

Por último, considero necesario destacar que muchos de los momentos de los que he sido parte en estos meses de práctica movilizaron en mí aspectos emocionales. Tanto en el

consultorio externo como en el internado, en los dispositivos grupales y en los ateneos aparecen muchísimas veces, debido al contexto social y hospitalario en sí, situaciones a las que denomino un tanto impactantes.

En el consultorio se encuentran madres desbordadas que expresan problemas económicos y familiares, en el internado están los niños atravesando por una enfermedad sea leve o grave que supone un impacto grande en ellos como en sus padres y en los dispositivos grupales aparece la angustia por las situaciones que los padres viven con sus hijos.

Algunas situaciones que se han presentado me han dejado pensando por mucho tiempo y me impulsaron a hablarlo con mis referentes. En primer lugar, la primera pregunta que surge es: ¿qué se puede hacer? A partir de ahí se desencadenan otros interrogantes, ¿Cómo se ayuda a un niño que está sufriendo? ¿Y a sus padres? ¿Cómo se interviene con una familia en la que su hijo atraviesa una enfermedad que supone una amenaza para su vida? ¿De qué manera se sigue con un niño que ha probado tantos esquemas de medicación psiquiátrica y no mejora? ¿Cómo ayudamos a un niño que ha sufrido abuso sexual? Esas y muchas más son las preguntas que ha conllevado la práctica y que me atravesaron todo el tiempo. Si bien fue una oportunidad para implementar la disociación instrumental desde mi rol de observadora, fue inevitable sentir el impacto cuando los casos estaban cargados de mucho sufrimiento de un niño y de toda una familia.

Con el transcurrir de los meses en el hospital y a partir de los intereses emergentes, pude definir mi eje de sistematización, que se centra en el rol del psicólogo en el área de internación. Llegando al final de la práctica en el mes de noviembre, la emoción se hizo presente. Al mirar hacia atrás pude reflexionar acerca del camino recorrido, las personas que conocí en el mismo, lo mucho que había aprendido y lo enriquecedora que había sido la experiencia en su totalidad.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

En el siguiente apartado se dará lugar al desarrollo de los tres objetivos específicos que surgen a partir del eje de sistematización. Para dicho desarrollo, se tomarán datos registrados de 6 (seis) casos observados durante los meses de extensión de la práctica, puntualmente en el área de internación del hospital, y se realizará una articulación de dichos casos con la teoría seleccionada.

El primer objetivo de este trabajo integrador, pretende identificar las intervenciones que realiza la psicóloga encargada del área de internación del hospital con los niños/as internados. Para ello, se tomarán 3 (tres) casos que reflejan la labor de la profesional.

El segundo objetivo, está destinado al desarrollo de las intervenciones que realiza la psicóloga con los padres y/o cuidadores de los niños/as hospitalizados, parte fundamental y esencial en el trabajo hospitalario con pacientes pediátricos. El mismo se desarrolla a partir de la observación de 2 (dos) casos.

El tercer y último objetivo, se enfocará en la descripción de las intervenciones del psicólogo en los equipos interdisciplinarios de salud, tarea primordial en una institución hospitalaria a la hora de trabajar con situaciones de gran complejidad. Para este objetivo se seleccionaron 2 (dos) casos.

1. Identificar las intervenciones del psicólogo clínico con los niños/as hospitalizados.

Teniendo en cuenta que la hospitalización es un evento displacentero en la vida de un individuo, es importante según Faberman (2010) la presencia e intervención de un psicólogo que pueda evaluar el caso y escuchar los efectos emocionales, los pensamientos que en cada paciente despierta su enfermedad, los temores que surgen y las explicaciones que ellos han armado para otorgarle un sentido. El profesional de salud mental debe estar integrado en el equipo con el que trabaja, no debe actuar de manera aislada.

A lo largo de la práctica se ha podido observar una diversidad de casos, la mayoría de gravedad, en distintos lugares del hospital pediátrico. Tanto en las salas de aislamiento como

en el área de oncología y por sobre todo en la terapia intensiva, el sufrimiento, la tensión y el malestar se hacen presentes.

En primer lugar, para comenzar con el desarrollo del primer objetivo, se tomó el caso de Celeste, de 10 años de edad, diagnosticada desde su nacimiento con una malformación genética denominada mielomeningocele. Esta enfermedad y puntualmente el caso de esta paciente, requirió por sus características una internación prolongada de dos meses en sala de aislamiento y diversas intervenciones médicas, entre ellas una traqueostomía y cirugía de gran complejidad. La niña se encontraba acompañada por su madre, que estuvo con ella desde el comienzo de la internación y se mostró abierta y cooperativa a las intervenciones del equipo de salud. Además, durante las horas de visita se acercaban su padre y su hermana, que algunas veces se turnaban para cuidarla.

Desde la primera visita a la niña se pudo observar la decoración de la habitación y lo colorida que se encontraba a diferencia de muchas zonas del hospital. Sus familiares y algunos médicos habían pegado dibujos, carteles, stickers brillosos en las paredes, había diversidad de juguetes. La psicóloga, mostrando interés en este detalle, le dice a Celeste *“Que hermoso esto que tenés acá! menciona señalando un espejo con dibujos. ¿Con quien los hiciste? La niña sonríe y su madre nos refiere que la maestra de la escuela hospitalaria la visita regularmente y eso la pone muy feliz, se divierte haciendo cosas con ella”* (Registro N°30 08/08/2024). Lo mencionado anteriormente se vincula con lo señalado por Herrera Floro (2016) acerca del ambiente cercano, protector y humano en el ámbito hospitalario. Decorar las paredes y hacer del ambiente un lugar más ameno ayuda a disminuir la angustia del niño y favorecer su estadía durante la internación. Además, la presencia de la maestra es de suma importancia. Siguiendo a Faberman (2010), cuando el paciente no puede asistir a la sala de juego, se promueve que la actividad suceda en la sala de internación. El entusiasmo del niño es un indicador de su estado anímico, y en el caso de la paciente, la visita de la maestra era fuente de diversión y distracción.

Si bien con esta paciente se dificultaban las entrevistas por su limitada capacidad de habla, la psicóloga hallaba la manera de entender lo que la niña transmitía en las entrevistas, para así poder intervenir. La presencia de la madre fue fundamental ya que funcionó como mediadora entre el personal de salud y su hija. Se trata de una figura de apoyo para Celeste, que la conoce y sabe cómo comunicarse con ella y entenderla. Desde la perspectiva de Winnicott (1965), el desarrollo del psiquismo del niño está estrechamente relacionado con la calidad del ambiente en el que se críe ese individuo. En el caso de la paciente, su capacidad

de responder a pesar de sus limitaciones físicas sugiere que ha contado con un ambiente de estimulación que ha permitido la conservación de su mundo interno.

La profesional se encargó de recalcar este detalle tan importante, teniendo en cuenta la condición de salud en la que se encontraba la paciente. *“¿Observaste cómo a pesar de la situación de Celeste, que no puede hablar ni moverse, su psiquismo se encuentra conservado? Entendió todas mis preguntas y con los gestos pudo responder”* (Registro N°30. 08/08/2024).

Considerando que la niña debía someterse a una cirugía muy compleja, la visitamos regularmente para identificar cuán grande era el monto de ansiedad y aceptación ante lo que iba a acontecer. En una de las entrevistas, la madre mencionó que Celeste tenía mucho miedo por la operación debido a que los cirujanos habían comentado frente a ella los riesgos que la misma podía conllevar. Lizasoain y Polaino Lorente (1992), explican que uno de los temores más comunes en los niños hospitalizados son las intervenciones quirúrgicas. *“Desde ahí está muy asustada y me dice que no quiere que venga el doctor malo, (haciendo referencia a uno de los cirujanos)”* (Registro N°30. 08/08/2024). Podemos inferir que la ansiedad de Celeste se intensificó al escuchar de los profesionales los posibles riesgos de la cirugía, lo que generó en su mente asociaciones negativas acerca del procedimiento.

“La psicóloga le planteó a Celeste la posibilidad de que se acerque un médico pediatra con el que ella tenga confianza para que pueda explicarle qué le iban a hacer, ya que la incertidumbre genera fantasías y miedo, como ocurre con todos los niños que atraviesan una enfermedad.” (Registro N°30. 08/08/24)

Tal como explica Farberman (2010), las actividades profilácticas apuntan a la posibilidad de que un adulto de confianza, sea un médico o un familiar, pueda explicar lo que está ocurriendo para ayudar a apaciguar los temores propios de la situación. La autora expresa que la falta de información puede generar fantasías amenazantes más intensas que la realidad. Fue así como la psicóloga solicitó a los pediatras que se acerquen a la paciente y le expliquen lo que ella quisiera saber.

Mendez Venegas y Maya del Moral (2011), sitúan al psicólogo de la salud en el lugar de consultor técnico que interviene con un objetivo específico, aún más cuando se trata de instituciones polivalentes donde el contacto entre profesionales es constante. En el caso de esta paciente, la psicóloga identificó la necesidad de una intervención específica y actuó como un puente entre la niña y el equipo de salud, acudiendo a los pediatras con el fin de aliviar la preocupación de Celeste acerca de la cirugía. *“Uno de los médicos referentes se mostró inquieto ante la posibilidad de no poder responder preguntas específicas de la cirugía*

en sí, pero la psicóloga expresó: no va a preguntar nada de eso, necesita que le lleven tranquilidad". (Registro N°32. 14/08/24). Cuando ingresamos a verla el día previo a la cirugía, acompañadas de una residente con la que la paciente había generado un vínculo de confianza, la niña se mostraba inquieta y mostraba actitud de enojo.

"¿Querés preguntarle algo a la doctora? Niega con la cabeza. ¿Hay algo que quieras saber? pregunta la médica. Contame a ver si yo te puedo responder para que vos estés tranquila...vas a estar dormida mañana, no vas a sentir nada, vas a descansar y cuando te despiertes va a estar tu mamá acá. La psicóloga interviene diciendo: a veces la cirugía genera que nos hagamos ideas que no son ciertas, por eso está bueno preguntar.. para que vos te puedas quedar tranquila, mañana vamos a estar todos acá esperándote. Cuando te despiertes vas a ver a mamá, papá y la hermana que te van a estar esperando, y nosotros.. los doctores, voy a estar yo, allá en la terapia también las doctoras te conocen y me preguntan mucho por vos". (Registro N°32. 14/08/2024)

Surgió en un momento de la entrevista el miedo que tenía la niña de ser trasladada a otro hospital. Preguntaba si iba a seguir allí o si la iban a mover en ambulancia, a lo que la psicóloga se encargó de despejar esta duda.

"No Cele... te vas a quedar acá, capaz mañana estés un rato en la terapia ¿te acordás de la terapia? allá están las doctoras que vos conocés y me preguntan mucho por vos, vamos a estar todos. La madre menciona que está muy ansiosa por irse a su casa, hace dos meses que viven en el hospital. Es el pasito que falta para irte a casa, expresa la médica. Ya no queda nada, queda la cirugía, unos días que te recuperes y te podés ir a casa, mirá todo lo que has avanzado, queda lo último". (Registro N°32. 14/08/24).

Se puede ver reflejado en las entrevistas con la niña, que tal como dice Vescovo (2020), el hospital presenta ciertas características que están asociadas al sufrimiento y al dolor, y además altera la vida normal de la familia. Si bien esta paciente requería de cuidados constantes que no permitían el desarrollo de una vida con total normalidad, estuvo viviendo dos meses en la habitación de un hospital, alejada de su hogar y de sus vínculos cercanos. Lizasoain y Polaino Lorente (1992), mencionan que esta separación con el afuera supone un

riesgo para la salud psíquica de ese individuo. Además, los niños internados muchas veces tienen ideas confusas sobre su situación de salud y hay factores que intervienen en el impacto de la internación, entre ellos se encuentra la duración de la estadía en el hospital, algo que para Celeste fue una carga importante a medida que pasaba el tiempo y se acercaba el alta médica.

Farberman (2010), expresa que se debe explicar al niño que por más desagradable que sea el momento de las intervenciones, las mismas contribuyen a su bienestar y recuperación. La psicóloga, como se observa en las intervenciones citadas, remarcó este hecho al momento de la cirugía, haciendo hincapié en que era el último paso antes de volver a su casa.

El siguiente caso elegido para el desarrollo del primer objetivo es el de Camilo, un niño de nueve años que había sido ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva por una crisis asmática y se encontraba acompañado por su madre. Al momento de presentarnos, la psicóloga le explicó a Camilo cuál era el motivo de nuestra presencia.

“¿Has escuchado alguna vez la palabra psicólogos? (el niño asiente). Nosotras como psicólogas los ayudamos cuando están con miedos, enojados, preocupados, con sus emociones. Mientras los doctores los curan nosotros los ayudamos con la parte emocional. Todo lo que te ponen los doctores lo hacen para curarte tus pulmones, y esa máquina (señalando al monitor) es para controlar tu corazón, yo mientras tanto te puedo ayudar con tus emociones. Se lo observaba muy nervioso durante la entrevista.” (Registro N° 49. 26/09/24)

Méndez Venegas y Maya Del Moral (2011), expresan que las intervenciones del psicólogo en el ámbito hospitalario tienen como finalidad aliviar los trastornos emocionales, preocupaciones, entre muchas otras. En el caso de Camilo el objetivo fue ayudar a disminuir la ansiedad que presentaba.

“¿Es la primera vez internado? La madre refiere que es la primera vez en UTI, pero antes ha estado en sala común por el mismo motivo. La psicóloga agrega: lo noto bastante nervioso, es normal porque hay muchos ruidos, es un lugar nuevo. Camilo, ¿a vos te ayudaría que yo le diga a los doctores y enfermeros que cada vez que hagan algo te expliquen? así sea medirte la fiebre, tal vez te dejaría más tranquilo. El niño responde que sí.” (Registro N°49. 26/09/24).

Se puede observar a partir de la pregunta de la psicóloga, lo que expresan Mendez Venegas y Maya Del Moral (2011) sobre la tarea que tiene el psicólogo hospitalario con los pacientes que padecen una enfermedad crónica, como el caso de Camilo. Entre ellas se encuentran reunir información sobre conductas previas, la capacidad intelectual y el estado emocional del paciente. La profesional, a partir de las preguntas que realiza al niño y a su madre, intenta recabar información sobre internaciones previas. Además, Farberman (2010) destaca la necesidad del psicólogo de estar informado sobre la enfermedad que padece, si es crónica o si fue un episodio repentino u ocasional en un paciente previamente sano, ya que no será igual en un paciente que ha enfrentado diversas internaciones y ha elaborado recursos, aunque sí se sumará el desgaste de las previas. En el caso de Camilo, se suma la internación en UTI, ya que se trata de un lugar desconocido para él en el hospital. Según De Carvalho Chiatone y Sebastiani (2005) la internación en la unidad de cuidados intensivos es vivenciada como una crisis ya que genera un monto muy alto de angustia, donde el paciente convive con aparatos intra y extra corpóreos y vivencia la urgencia propia de dicho lugar.

“Los médicos de UTI se dirigen a la psicóloga diciendo: lo vemos nervioso a él y a su madre también. Como todo asmático tiene un componente emocional... por eso queríamos que vos lo valores”. (Registro N°49. 26/09/24)

“La psicóloga se dirige a la madre preguntándole si había habido alguna situación de estrés o malestar, a lo que ésta responde que no. Pregunto porque a veces las cuestiones emocionales complejizan lo orgánico, estaría bueno que hagan algo que a él le guste para disminuir el malestar, algo que lo agote así puede descansar, porque sino se aburre y se pone irritable. La madre menciona que había pensado traer dinosaurios para jugar.” (Registro N° 49. 26/09/24)

Se puede inferir a partir de los dichos por la profesional, que la intención de la misma era valorar una posible somatización por parte de Camilo, teniendo en cuenta también el pedido de los médicos cuando nos presentaron el caso.

Como menciona Farberman (2010), los enfermos orgánicamente pueden somatizar, lo cuál complejiza el diagnóstico. De todas maneras, es importante en el caso de estos pacientes,

estar atentos a la posibilidad de que los síntomas sean multideterminados y no actuar desde un pensamiento dicotómico.

“Segunda entrevista: ¿Cómo has pasado la noche? el niño responde: Bien, pero dormí mal. Estuve con el teléfono. La madre refiere que está muy nervioso. La psicóloga expresa: estaría bueno preguntarles a los doctores que hace falta para que vos te vayas a casa. Ellos buscan que te puedas ir rápido pero quieren que vos estés bien, que estés sano, así no tenes que volver al hospital. ¿Querés que cuando se acerquen los doctores les digamos que te expliquen que hace falta para que vos te puedas ir? Asiente con la cabeza. La psicóloga continúa diciendo: Si vos te ponés nervioso no ayudamos a tus pulmones para que terminen de curarse. Si a vos te preocupa cuando podés irte a tu casa, yo le digo a los doctores que te expliquen, no vas a estar siempre acá, esto es pasajero. Su madre intervino diciendo: él está bien con el asma pero se pone nervioso y tose.” (Registro N°50. 27/09/24).

Nuevamente se observa en esta viñeta, al igual que en el caso de Celeste, la importancia de la transmisión de información en los pacientes hospitalizados. La psicóloga, al observar el estado de nerviosismo y ansiedad en el que se encontraba el paciente, insiste con solicitar a los médicos que brinden a Camilo información que lo tranquilice. Herrera Floro (2016), destaca la necesidad de informar para prevenir la ansiedad, como así la implementación de técnicas de relajación y respiración. Ortigoza y Mendez (2000), dicen que la información debe ser acorde a la edad del paciente y transmitida de manera clara.

En el caso de Camilo y tomando los aportes de Aliaga Muñoz (2016), se sitúa al paciente dentro de la etapa escolar, ya que el mismo tiene nueve años. Es decir que cuenta con una idea más elaborada de la enfermedad en comparación a niños más pequeños, y a eso se suma su diagnóstico temprano. Considerando su edad y el nivel de comprensión y razonamiento que alcanza, debe ser informado con palabras claras y argumentos lógicos sobre su enfermedad y los procedimientos a los que será sometido. Además, se debe ser sensible en cuanto a los niveles de demanda de información. Algunos niños demandan para calmar su ansiedad, mientras que otros la rechazan por miedo a que aumente el malestar.

Podemos inferir en el caso de Camilo, que la estrategia terapéutica estaba destinada a calmar su ansiedad, ya que la misma no sólo impedía un buen descanso y recuperación, sino

que además incrementaba los síntomas de la enfermedad. De Carvalho Chiattonne y Sebastiani (2005), mencionan a la ansiedad como una manifestación psíquica propia de los pacientes internados en UTI. Los autores también explican que debido a las características propias de la UTI tales como los ruidos constantes de monitores, existe una limitación en el buen descanso como es el caso de Camilo que expresa no haber dormido bien.

“Cami, tus pulmones son como un globo que se inflan, si vos te ponés nervioso esos globos no se terminan de curar. ¿Que te ayudaría a estar más tranquilo? El niño contesta que pintar, dibujar, ver películas en el teléfono. La psicóloga expresa: los doctores te ayudan con los medicamentos pero la parte de estar tranquilo te toca a vos, somos todos un equipo. Podemos intentar respirar así mirá, respiramos hondo y contamos hasta 3, aguantamos y soltamos el aire (hace la técnica). Yo ahora lo estoy haciendo con mi cuerpo y mamá te puede ayudar a hacerlo juntos. ¿Lo intentamos? (Hacen la técnica juntos). Probemos eso, porque al ponerte nervioso te hiperventilas. Vamos hasta 3, sostengo y largo. Cuando estés nervioso acordate de ponerlo en práctica, mientras más tranquilo estés más rápido te vas a curar.” (Registro N°50, 27/09/24)

En el fragmento extraído anteriormente se observa una estrategia clara de intervención psicológica centrada en la psicoeducación emocional y la enseñanza de una técnica de autorregulación emocional con el fin de reducir la ansiedad y facilitar la recuperación del paciente.

En primer lugar, la psicóloga realiza una comparación de los pulmones con globos que se inflan, mediante un lenguaje sencillo y metafórico. Este recurso, teniendo en cuenta la edad de Camilo que se encuentra en la etapa de operaciones concretas, permite que pueda comprender de forma visual, lógica y accesible lo que ocurre en su cuerpo sin la necesidad de verlo directamente. Piaget (1947), explica que el niño a esa edad tiene un pensamiento más flexible, puede ocupar su mente para resolver problemas sin estar presentes los objetos y tiene la capacidad de imaginar situaciones.

Durante la intervención, la psicóloga le enseña al paciente una técnica de respiración con el fin de aliviar su ansiedad. Méndez Venegas y Maya del Moral (2011), mencionan que el psicólogo inmerso en un contexto hospitalario, incorpora estrategias puntuales y eficaces que sean de ayuda al niño hospitalizado. Tal como explican Herrera Floro (2016) y

Farberman (2010) lo que se busca es una adaptación saludable a la situación de internación, haciendo en este caso a Camilo participe activo de su proceso de regulación emocional.

Farberman (2010), expresa que las técnicas de respiración están dirigidas a evitar el incremento de activación vegetativa. Actúan por un lado sobre el componente psicofisiológico de la ansiedad, mientras que por otro lado operan como un factor de distracción. La psicóloga le propone al niño practicar la técnica cuando se sienta nervioso, lo cuál permite que se anticipe a situaciones futuras, algo propio del pensamiento flexible que se despliega a esa edad.

Por otro lado, cuando la profesional consulta al paciente que considera que sería de ayuda para tranquilizarse, responde que “dibujar, pintar, jugar”. Según Ortigoza y Mendez (2000), el juego y las actividades lúdicas en el contexto de internación ayuda a descargar tensiones. En el caso de Camilo, poder dibujar y/o jugar mientras se encuentra internado, puede ser de ayuda para elaborar la angustia de manera simbólica.

Para culminar con el desarrollo del primer objetivo se tomarán algunos fragmentos del caso Jazmín, de 11 años de edad. La paciente se encontraba internada en el área de oncología, en tratamiento por un diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA) diagnosticado desde hacía varios meses. Era acompañada por su madre y en ocasiones su padre. La visitamos semanalmente ya que se mostraba muy enojada debido al tratamiento y los síntomas que la quimioterapia producían, que en ocasiones implicó que permaneciera internada por varios días.

En un primer acercamiento con la niña, su madre nos refiere estar muy preocupada por el comportamiento de su hija, ya que la misma no quería comer.

“Está muy enojada, cuando entramos la madre nos dice que no quiere comer, hace 15 días viene con ese comportamiento.” (Registro N°33. 16/08/2024)

Farberman (2010), indica que entre las reacciones más comunes ante la enfermedad se encuentran los problemas alimenticios, como el rechazo de la comida.

“La psicóloga charla con ella y le dice ¿Cómo es eso Jaz? ¿No te gusta la comida? ¿Sabías que la comida es un combustible para los humanos? y nosotros somos como un auto, ¿qué le pasa al auto cuando no tiene combustible? Deja de funcionar, entonces nosotros tenemos que alimentarnos para que nuestro cuerpo

funcione, si vos comés bien, el remedio cumple su función más rápido, en cambio si no comés los doctores no te pueden poner el remedio y el proceso va a ser más largo. O como un celular, ¿Viste lo que le pasa al celular cuando no tiene batería? -Se apaga (responde ella). Claro, lo mismo con nuestro cuerpo, necesitamos los alimentos para estar funcionando bien. ¿Qué comida te gusta a vos? -Los fideos con ketchup. ¿Y te dejan los doctores comer? -Sí, un poco. -Bueno, pensalo... cuanto mejor comas más rápido va a ser todo y vas a tener que venir menos al hospital, podés quedarte mas en tu casa.” (Registro N°33. 16/08/2024)

Se puede observar nuevamente, como en el caso de Camilo, que la intervención de la psicóloga supone una estrategia simbólica adaptada al nivel de desarrollo y edad de la niña.

A través de la metáfora del auto y el celular, intenta que la paciente comprenda que el acto de alimentarse es necesario para su recuperación y el cuidado de su cuerpo. Esto puede vincularse nuevamente con lo que propone Piaget (1947), ya que Jazmín se encuentra en la etapa de operaciones concretas, próxima a la de operaciones formales, por lo que puede comprender de manera lógica relacionando el concepto de alimentación con un objeto que ella conoce y utiliza (celular, auto). Además, la psicóloga agrega que al alimentarse bien el remedio cumplirá su efecto y por ende podría irse a su hogar, palabras motivacionales y tranquilizadoras para el paciente que permanece internado por mucho tiempo.

“En una tercera entrevista con la niña, al momento de ingresar a la sala, estaba llorando porque le tenían que limpiar la boca. Estaba triste, enojada, no quería hablar. La psicóloga le explica que eso que los doctores y enfermeros hacían era para que no se le hagan ampollas que duelen mucho. La paciente pregunta ¿por qué no puedo comer fiambre? A lo que la psicóloga le responde que eso tendría que preguntárselo al doctor, pero que todo lo que ellos dicen es para cuidarla, para que ella esté bien, y cuando se cure va a poder comer todas esas cosas que ahora le hacen mal. La madre nos cuenta que había estado con dolor de panza y vómitos, y que algunos alimentos la descomponen enseguida, por eso hay que cuidar mucho la alimentación.” (Registro N°35. 22/08/2024)

Farberman (2010), explica que dentro de los efectos adversos de la quimioterapia se encuentran las náuseas y vómitos, algo que a Jazmín, como a todo paciente oncológico, le aquejaba durante su tratamiento. Es por ello la importancia de los cuidados en cuánto a que se

puede comer y que no. La psicóloga explica a la paciente que los médicos buscaban que se recupere, y que por dicho motivo su alimentación se encontraba limitada.

“Nosotras nos vamos así te dejamos descansar, es entendible que te enojés, vos sabés porqué estás internada, los doctores te están curando. Falta poco, es un paso más. Hay que tenerle mucha comprensión, todas la entendemos que esté enojada y yo creo que ella también entiende porque está acá, es para curarla, para que termine todo cuanto antes.” (Registro N°60. 25/10/24)

Lo dicho por la psicóloga puede vincularse con lo que Aliaga Muñoz (2016) describe en las etapas en las que el niño, según su edad, comprende la enfermedad. Puntualmente en el caso de esta paciente que se encuentra situada en la etapa escolar, sabemos que tiene una idea elaborada de la enfermedad, diferencia la salud de la enfermedad y comprende los inconvenientes de esta última. Lo que resulta incomprensible para el niño de esta edad es el hecho de que el tratamiento deba ser doloroso e invasivo si la finalidad es la curación, encontrando en esto una gran contradicción. Es por ello de fundamental importancia la transmisión de información de manera clara tal como lo hace la psicóloga, que menciona a la niña que ella sabe el motivo de su internación y su dolor, y que si bien resulta desagradable la curación de las zonas afectadas del cuerpo como los límites en la alimentación, es por su bienestar.

En el caso de Jazmín, la intervención de la profesional se volvió clave para disminuir la carga traumática de la situación hospitalaria y de enfermedad. Según Benyakar (2016), una enfermedad grave puede constituirse como un evento disruptivo por se debido a la desorganización que genera, y a ello se suma la percepción subjetiva que el paciente tiene sobre, vivenciándolo de manera traumática. Para Freud (1920), un evento se define como tal cuando el psiquismo no puede tramitarlo adecuadamente, generando un desborde emocional.

Desde esta perspectiva y retomando también a Farberman (2010), encontramos que los niños hospitalizados viven la internación como un quiebre en su rutina y una pérdida de la sensación de control. Podría interpretarse que en esta paciente, el rechazo hacia los alimentos sería una forma de recuperar el control sobre su cuerpo, desobedeciendo las normas que impone la hospitalización. Es por ello que las estrategias puestas en marcha por la psicóloga se centraron en validar sus emociones y hacerla sentir comprendida, intentando modificar la idea negativa que tenía la niña sobre su tratamiento utilizando un lenguaje adaptado a su

edad, transformando la imagen obligatoria de la alimentación a una acción importante para su recuperación.

Para concluir con el desarrollo del primer objetivo específico, habiendo analizado los casos de Celeste, Camilo y Jazmín, observamos en los tres niños respuestas emocionales intensas a la situación de hospitalización, tales como el miedo, el enojo y la ansiedad. Esto requirió de la presencia y el acompañamiento del profesional de salud mental, que con cada una de las intervenciones implementadas podemos ver que no solo fue una figura de contención emocional, sino que cumplió el papel de facilitador de recursos para el afrontamiento de la hospitalización.

Las intervenciones psicológicas mayormente utilizadas que se pudieron observar en la práctica se centraron en la utilización de metáforas pertinentes, técnicas de regulación emocional, psicoeducación y validación emocional. Si algo encontramos en común en el trato con los pacientes, es la importancia que tiene la transmisión de información. Explicar qué es lo que ocurre, que va a suceder a futuro y por qué, es tranquilizador para un niño que se encuentra en condiciones de internación.

2. Identificar las intervenciones del psicólogo clínico con los familiares de los niños/as internados en el hospital pediátrico para facilitar la adaptación y el acompañamiento emocional durante la internación de los mismos.

Siguiendo a Farberman (2010), al evaluar el caso de un paciente hospitalizado debemos incluir la exploración emocional de los padres, ya que son fuente de contención y el sostén de los niños en situación de internación. El siguiente objetivo pretende dar a conocer las intervenciones que realiza la psicóloga con los padres y/o familiares de los niños/as internados.

En primer lugar se tomará el caso de Emilio, paciente de 4 (cuatro) años de edad que permaneció internado de gravedad por un período prolongado de tiempo debido a un tumor cerebral del sistema nervioso central. Se encontraba acompañado por su madre y su padre.

Cabe mencionar que este paciente comenzó con síntomas a los 3 años y los médicos indicaron una biopsia para poder decidir cuál era el tratamiento adecuado. Cuando realizaron la cirugía, la muestra no fue suficiente para detectar el tipo de tumor por lo que debían practicarle una nueva. Esta primera cirugía tuvo secuelas en el niño afectando el equilibrio y generando dificultades para caminar, algo que estaba dentro de las posibilidades. Ante la sugerencia médica de una nueva biopsia, los padres decidieron ignorar la indicación, argumentando que se veía desmejorado como consecuencia de la primera intervención quirúrgica.

“Los padres y los abuelos se encontraban negados a realizarle la segunda biopsia. “Ustedes lo enfermaron así, antes él estaba bien” exclamaban la abuela y la madre refiriéndose a la cirugía que le provocó deficiencias para caminar. Estuvieron desaparecidos por un tiempo hasta que volvieron porque el niño ‘se cayó jugando con la hermana’”. (Palabras de la madre). Es ahí cuando vuelven a psicología porque pelea mucho en el jardín, se porta mal. Se lo vuelve a ‘captar’ para hablar sobre el tema de la biopsia, y lo dejan internado por desnutrición.” (Registro N°30. 08/08/24)

Herrera Floro (2016), menciona que al momento de la comunicación diagnóstica los padres suelen experimentar tres etapas, la primera de ellas caracterizada por sentimientos de ira y rebeldía propios de la negación. Freud (1925) nos dice que la función de la negación es proteger al yo del displacer que genera la realidad, lo cual permite evitar el dolor y la ansiedad. La negación ayuda a dosificar el dolor, se encuentra alivio en ella. (Kübler- Ross y Kessler, 2006). Podemos observar a partir del enojo de estos padres como opera el mecanismo de la negación propia de esta primera etapa, donde la realidad, en este caso la enfermedad de su hijo, resulta intolerable y genera un deseo de huida de la situación, teniendo como consecuencia una desmejoría progresiva del niño al que se ha dejado sin tratamiento. Tal como dicen García y de la Barra (2005), la enfermedad y la hospitalización suponen un proceso de duelo, ya que se pierde a este niño sano y las expectativas que él mismo había generado en los padres.

También hallamos en este caso lo que propone Kübler- Ross (1969) acerca de la ira, que se desplaza hacia varias direcciones y es proyectada en lo que los rodea, en el caso de Emilio, sus padres y abuelos desplazan su enojo hacia el equipo médico argumentando que ellos lo habían enfermado.

En el primer contacto con el niño, pudimos notar la dinámica familiar en la que se encontraba inmerso.

“¿Cómo está Emilio? Lo veo bastante irritado... (el niño da vueltas sobre la cama, llora y grita). El papá dice que sí, está muy molesto, que no se quiere ni sentar, le tienen que dar líquido con una jeringa porque quiere estar acostado. Desde la cama el niño da órdenes a gritos. ‘¡Dame! ¡Tapame! Tráeme!’”. La psicóloga les dice que aun así es importante que ellos como padres le den ciertas pautas, que coma sentado, que se intente parar un poco. Al salir, hablamos sobre la dinámica familiar que observamos, en donde el niño se encuentra en un lugar de bebé a la par de sus padres, que al verlo en esa situación cumplen con lo que él quiere.” (Registro N°30. 08/08/24).

Observamos en el anterior fragmento que la psicóloga intenta transmitir a los padres la importancia de poner límites, ya que el niño era quién daba las órdenes. Aliaga Muñoz (2016), enumera las reacciones más frecuentes de los padres frente a la hospitalización, y entre ellos se encuentra la tolerancia excesiva, donde los padres cumplen todos los caprichos de sus hijos permitiéndoles todo sin ningún límite. También encontramos la interdependencia mutua, en la que los padres ubican al hijo en un lugar de bebé. Esto se vincula con la negación ante la enfermedad, que les impide ser un sostén emocional para su hijo. *“La madre no contestaba o asentía con la cabeza, ella es la que menos ‘cae’ en la situación, incluso cuando lo lleva a la guardia porque el niño se había caído, lo relata como algo ocasional, no dimensiona en ningún momento que puede ser por la enfermedad, menciona la psicóloga” (Registro N°30. 08/08/24)*

Luego de que los padres finalmente aceptaron la indicación médica y una vez realizada la biopsia, debió permanecer en UTI porque presentaba sintomatología que según los médicos se daba a causa del avance de la enfermedad. No podía ser medicado ya que aún no se sabía el resultado de la muestra y por consiguiente, no había tratamiento adecuado aún. *“El padre está muy angustiado, expresa ‘se nos vino el mundo abajo, todo se puso peor’”, no solo por la situación de salud del hijo sino porque lo están por despedir del trabajo, como no puede ir, está en una situación complicada. La psicóloga le dice que tiene que consultar en servicio social para que lo ayuden a solucionar ese tema.” (Registro N°37. 28/08/24).* Las dificultades económicas son un desafío que enfrentan muchos padres en el contexto de

internación prolongada (Yantzi et al.,2001). En el caso de este paciente, su padre es el sostén económico de la familia y era quién permanecía mayor tiempo con el niño. La psicóloga le sugiere consultar en servicio social para que puedan brindarle información.

“La psicóloga les recomienda a los padres tener su propio espacio terapéutico, dice que va a intentar conseguirle un turno con psiquiatría al padre para que lo valoren y puedan darle un certificado con el que tal vez lo contemplen en el trabajo. La psicóloga expresa: Emi los necesita fuertes, más fuertes que nunca, los quiere ahí como papás, lo demás tiene solución. Nada les puede garantizar que el mejore rápido o que tarde más tiempo, esto es el día a día, no podemos ver nada a futuro”.

(Registro N°37. 28/08/24)

Fernández Castillo y López Naranjo (2006) expresan que durante la internación los padres enfrentan diversos factores de estrés tales como la desorganización en la vida cotidiana, ya que deben suspender sus actividades para dedicarse al cuidado pleno de sus hijos. Teniendo en cuenta que los padres de Emilio se encontraban desbordados por la situación, la psicóloga recomienda que busquen un espacio terapéutico. Además, había un hermano pequeño de Emilio que debió quedar al cuidado de los abuelos pero que reclamaba la presencia de la madre, la cuál se veía obligada a alternar su tiempo entre el hospital y su casa, movilizándose constantemente de un lugar a otro.

Con el correr de los días y al llegar el resultado de la biopsia, los médicos pudieron indicar medicación acorde a la patología y fue trasladado a sala de aislamiento.

“Cuando entrevistamos nuevamente a su padre, refiere que estuvo molesto ayer y hoy igual, con náuseas, por la medicación oncológica. Refiere que le duele la panza. La psicóloga le explica que hay medicamentos que dan efectos adversos que son esperables, que esté nauseoso por ejemplo. Puede ser eso o puede ser la misma internación, que aparezca el enojo es esperable. El tema es ver si ese enojo es transitorio o es todo el tiempo. Si está enojado todo el tiempo puede estar depresivo, los niños muestran su depresión con el enojo. Acá es difícil observarlo porque está internado, pero juntos vamos a ir viendo si el enojo es saludable o si es un enojo que entra en enfermedad emocional. Si vos observás que su enojo es todo el tiempo y no hay nada que lo calme, ahí me ponen en alerta a mí. Tratemos de que no llegue a ese estado depresivo, necesitamos conectarlo, la pantalla sobreestimula (refiriéndose al

celular), si bien es un gran aliado, necesitamos que el haga algo.” (Registro N°44. 12/09/24)

Farberman (2010) explica que el psicólogo debe estar informado sobre la medicación que consume el paciente y los posibles efectos adversos que conlleva la misma. En este caso, la psicóloga le aclara al padre que algunos síntomas son esperables en el consumo de medicación oncológica.

Por otro lado, teniendo en cuenta que Emilio se mostraba inquieto y enojado en cada entrevista, la psicóloga menciona la importancia de una exploración emocional del paciente para descartar un estado de depresión. Tomando a Rodríguez Bausá (2002), podemos encontrar a la depresión infantil como una consecuencia de la hospitalización prolongada que muchas veces se manifiesta con irritabilidad, y por eso es tan importante estar alertas como profesionales de la salud para lograr una detección precoz. Vemos como la psicóloga solicita al padre que se encuentre atento a la evolución del enojo y que lo conecte con algo que le guste para evitar llegar a un estado depresivo, evitando el uso del celular.

“ ¿Con que le gusta jugar? -Con plastilina, con sus juguetes, pintando, responde el padre. La psicóloga explica que jugando de esa forma ese enojo se procesa de otra manera, lo va a activar a él. La plastilina está buena porque la puede destruir y volver a armar, voy a traer mañana. Tratemos de que no llegue a ese estado depresivo, cuando ustedes lo vean bien de ánimo, estimúlenlo mediante el juego. Hablá con la mamá para que le traiga autitos, algo con lo que él haya jugado en su casa, por mas roto o feo que esté el juguete. El juego es tan importante como la alimentación, es tan o más importante, necesitamos estimularlo, más que nada ustedes que son los papás y saben cómo hacerlo. Ustedes traigan los juguetes, es ese enlace entre el hospital y su casa. Esto para él es una amenaza, entonces hagamos este espacio lo más familiar posible para él, necesita jugar, ya tiene muchas intervenciones, muchos ingresos a quirófano. Lo que él hace con la plastilina nos va a dar la pauta de su estado de ánimo.” (Registro N°44. 12/09/24).

Se observa a partir de la anterior viñeta, una intervención de la psicóloga enfocada en la importancia del juego. Sabemos que el juego es en los niños lo que el lenguaje es para los adultos (Farberman, 2010) y según Ortigoza y Méndez (2000), la actividad lúdica en la internación ayuda a reducir el estrés, facilita la elaboración y el aprendizaje de estrategias de

afrentamiento. Para Vescovo (2020), los niños al jugar reproducen activamente lo que sufren de manera pasiva, por ello la actividad lúdica nos permite arribar a cuestiones diagnósticas, ya que señala los momentos que atraviesa un niño según como es su juego. En el caso de Emilio la psicóloga ubica a la plastilina como un recurso valioso, ya que a partir de la misma se podrá observar según el uso que el niño le de, el estado anímico en que se encuentra. Retomando a Farberman (2010), que un niño quiera jugar en el contexto de hospitalización es un indicador de adaptación saludable.

La psicóloga también explica al progenitor que sería importante que ellos, que son sus padres y por lo tanto figuras de apoyo, traigan sus juguetes e interactúen con Emilio cuando lo vean animado. Recordemos que la internación, como dice Farberman (2010) desordena la estructura del niño, lo distancia de su hogar y de sus pertenencias, por lo tanto sería importante acercar a él sus juguetes más preciados, generando así un enlace con su hogar, lugar cálido y de confianza a diferencia del hospital. Se observa que la psicóloga remarca a los padres la función que cumplen con su hijo, haciendo hincapié en que ellos saben cómo jugar con Emilio porque lo conocen. En el contexto hospitalario, donde todos los profesionales parecen saber más del niño que ellos mismos, la psicóloga intenta restituirlos en su rol.

Teniendo en cuenta que el niño debía ser ingresado nuevamente a quirófano en los próximos días y luego sería internado en UTI, la psicóloga expresa a su padre:

“La explicación tiene que ser acorde a la edad, contarle cuestiones básicas y concretas, que el pueda ver y pueda comprender, no hay que explicar de más, sino le generamos más ansiedad. No tener información es como si a vos te llevan sin decirte nada, te imaginarías lo peor. La información ayuda a disminuir la ansiedad de lo desconocido, si no la fantasía es terrorífica. Los niños entienden que los van a pinchar, etc. Es importante que digas ‘ahora vamos a otra salita porque los doctores te van a poder cuidar mejor, no hace falta decir terapia intensiva, le explicamos para que el entienda’. Lo que aparece en estas situaciones es el miedo, que ustedes como padres le digan que lo van a llevar para cuidarlo, calma. No hay que entrar en detalle, si vos no das información genera ansiedad, y si das de más también genera el mismo efecto. Llévale su juguete a la UTI, es su mundo interno concentrado en ese juguete, el juego no hay que minimizarlo, lo mismo la información, minutos antes o una hora antes de que lo lleven hay que explicarle. ¿Se va a poner mal? seguramente, es esperable que pase, lo ideal es que el sienta el menor malestar posible. Tratemos

de comprender que es válido que esté así, si el los ve mal a ustedes se lo va a guardar; todos los niños cuando ven mal a sus padres se lo guardan, entonces si ustedes están tranquilos, él también. Verlos mal es de riesgo en su situación, eso favorece la depresión. Estaría bueno que se lo transmitas a la mamá también.” (Registro N°44. 12/09/24)

Aquí aparece nuevamente la importancia de la transmisión de la información a los niños internados. Emilio tiene 4 años, por lo que según Aliaga Muñoz (2016), se encuentra en la etapa preescolar. Los niños de esta edad asumen que la causa de la enfermedad está relacionada con un mal comportamiento, no se sienten enfermos hasta que sus padres se lo hacen saber. Según el planteo de Piaget (1947), este paciente se encuentra en la etapa preoperacional, por lo que no comprende de manera lógica y necesita de la mediación de los adultos.

Esto se vincula con la intervención de la psicóloga sobre qué información deben transmitirle sus padres, figuras que deben ayudarlo a construir un significado sobre su internación y su enfermedad. No dar información detallada, no usar términos innecesarios, explicar acorde a su edad sería importante para no incrementar la confusión y el miedo, ya que como expresa la profesional, no dar información genera ansiedad, pero dar de más también tiene un efecto negativo. Tal como dice Farberman (2010), muchas veces se evita informar para no preocupar a los niños, pero la falta de información sumada a la preocupación que notan en sus padres, genera fantasías más amenazantes que la realidad, que suplantán la falta de conocimiento. La psicóloga explica al padre del paciente que si su hijo no recibe la información adecuada genera una fantasía terrorífica y por ello la importancia de que sus padres le expliquen para transmitir tranquilidad.

La postura que toman los padres de Emilio suele ser algo esperable, según Aliaga Muñoz (2016), en el contexto hospitalario. La escasa educación sobre la enfermedad, donde los padres evitan hablar de la enfermedad para no ver sufrir al hijo, es una reacción muy frecuente. La realidad es que el niño, tal como mencionan diversos autores, debe ser informado acorde a su edad y desarrollo cognitivo.

Por otro lado, la psicóloga menciona la importancia del llamado por Ortigoza y Méndez (2000), “contagio emocional”. Se trata de qué y cómo transmiten a sus hijos a partir de la comunicación emocional. En el caso de Emilio, se resalta la importancia de que se muestren tranquilos, ya que no es favorable para la recuperación del paciente que vea a sus

padres angustiados y preocupados. Fernández Castillo y López Naranjo (2006), refieren que las respuestas emocionales a la hospitalización tales como el miedo y la ira pueden ser transmitidos negativamente de padres a hijos.

“Esta situación tiene un costo emocional, eso queremos evitar que sea mayor y necesito de la ayuda de ustedes. Empezamos por los juguetes, a mi eso me sirve para valorarlo. Él nos está mostrando lo que está pudiendo hacer, que lo va a hacer, que lo va a afrontar. Si ustedes lo ponen en el lugar de pobrecito no ayudamos, hay que cambiar la postura, que los papás confíen en él y él los vea confiados. Sería lindo el juego del doctor, a los niños les ayuda a jugar eso porque van procesando lo que le hacen. El poner jeringas, jugar a pinchar, a cambiar el catéter. Lo mismo la plastilina, el va a descargar en eso, y el doctor lo ayuda a ponerse en ese lugar. Que pueda ir sintiéndose más adentrado en el ambiente hospitalario.” (Registro N°44. 12/09/24)

Se puede ver reflejado en la viñeta citada que la psicóloga deja ver a los padres que la situación de internación por la que ha atravesado Emilio durante todo este tiempo tiene un costo emocional para todos, no solo para el paciente. Es importante resaltar que se encontraba internado hacía mucho tiempo, durante el cual había sido sometido a diversas intervenciones quirúrgicas.

Méndez Venegas y Maya Del Moral (2011), expresan que la tarea del psicólogo inserto en el ámbito hospitalario puede estar orientada a la adaptación favorable del paciente a la situación de internación y a prevenir problemas según las correspondientes intervenciones. En el caso de Emilio, la psicóloga intenta por medio de la figura de los padres que estos lo incentiven a jugar con el fin de que el costo emocional no escale a un nivel mayor, y que pueda sentirse adentrado en el hospital. Además, menciona la importancia de mostrarse tranquilos para que Emilio también lo esté.

El juego del doctor, según nos dice Farberman (2010), permite ubicar al niño en un rol activo, procesando lo que en el hospital vivencia desde la pasividad. La autora expresa que este juego previene el carácter traumático de las intervenciones, y en el caso de que las intervenciones hayan sido traumáticas, funciona como método de resolución terapéutica. La psicóloga recomienda al padre del niño poner en marcha este juego, poner jeringas, pinchar, sería beneficioso para su condición ya que reproduce lo que ha vivido en el hospital. Es

pertinente traer aquí lo que dice Freud (1926), acerca de la actitud del niño frente a las vivencias que le resultan penosas. El niño adopta un comportamiento que va desde la pasividad a la actividad, reproduciendo las vivencias en el juego, donde intenta dominar psíquicamente sus impresiones vitales.

Tomando a Benyakar (2016), podemos inferir que la situación del paciente lo predispone a vivenciar el proceso como traumático, tanto por su enfermedad en sí, como por el contexto en el que ha transitado dicha enfermedad, ya que sus padres se encontraban desbordados y con muy poca receptividad a las indicaciones. García y de la Barra (2005), expresan que la hospitalización supone una amenaza para la vida, y es transitado con mayor intensidad aún si el niño ingresa a UTI, si es sometido a cirugías y si la enfermedad es de mal pronóstico.

En el caso de Emilio nos encontramos ante un evento disruptivo que reúne características potencialmente traumáticas, mencionadas por Benyakar (2016) como contener rasgos no interpretables (es un niño pequeño que no tiene idea elaborada de enfermedad), amenazar la integridad física (su vida está en constante riesgo), distorsionar el hábitat cotidiano (permaneció en el hospital mucho tiempo, ingresó a quirófano y a UTI con regularidad).

En la siguiente entrevista el niño ya se encontraba en UTI, por lo que entrevistamos nuevamente a su padre.

“Ayer estuvimos jugando, se comió toda la comida y hoy verlo conectado así...dormido... cuando siempre está activo el a esta hora. (Expresa el padre angustiado) -La psicóloga indaga: ¿A él le gusta que vos lo acaricies, le hagas mimos, le des abrazos? Pregunto desde antes de la internación, ¿cómo es él? El padre responde que sí, y que ahora también lo hace, lo abraza. La psicóloga expresa: él necesita ese contacto, necesita ver que vos estás, hay que tener en cuenta que lo va a ayudar a estar más tranquilo... mimarlo a vos también te va a ayudar. -Si.. encima hoy se vino abajo, la verdad estoy mal, responde. -A veces por más sedados que estén los niños ellos escuchan la voz, más que nada la voz conocida. Y esa voz en esta situación tiene otro valor. Por eso poder mimarlo, cantarle, él está escuchando a pesar de estar dormido, recibe estímulos. Contale sobre vos y la mamá, sobre su hermanito. Que él sepa que vos estás, él los necesita. Pensemos que dentro de todo esto negativo, él le está poniendo fuerza, nos está mostrando que puede. Hay

que evitar que se venga abajo, lo que le transmitan a él le va a dar mucha fuerza, por eso hago hincapié en el tema de los mimos, hablenle. -Verlo así todo tan conectado la verdad es muy feo, dice el padre. La psicóloga le responde: yo se que es impactante verlo así, pero es él, ustedes saben como darle fuerzas, él los siente y los necesita fuertes.” (Registro N°45. 13/09/24)

Se observa en el anterior fragmento el impacto que significaba para el padre de Emilio ver la condición en la que se encontraba su hijo. Fernández Castillo y López Naranjo (2006), expresan que la apariencia física del paciente es motivo de estrés para los padres. De Carvalho Chiattonne y Sebastiani (2005), explican que la internación en UTI siempre es vivenciada como una crisis para el paciente y su familia. El aspecto más sensible tiene que ver con el incremento de dolor y sufrimiento físico.

La psicóloga intenta reunir información sobre la personalidad y el repertorio conductual previo del paciente, preguntando al padre si al niño le gustaba el contacto físico. Esto, según Méndez Venegas y Maya del Moral (2011), es propio del trabajo del psicólogo hospitalario. Con el fin de hacer más leve el impacto de la situación y de calmar tanto al paciente como al padre que se encontraba muy angustiado, la profesional insiste con que este último lo acaricie, le hable, lo estimule para darle fuerzas. Winnicot (1965), enfatiza la importancia de la contención que el ambiente brinda al niño, ya que como expresa Benyakar (2016), si el mundo externo no ofrece figuras que permitan al niño metabolizar lo heterogéneo, lo traumático se acentuará.

Los vínculos familiares son de suma importancia en este contexto, para Farberman (2010), los niños pueden sufrir la ausencia de familiares con los que tiene un vínculo, aún más cuando el contexto hospitalario no permite, por ejemplo, la presencia de ambos padres. Lo mismo ocurre con la ausencia de los hermanos. Tal es el caso de Emilio que al estar ingresado en UTI, solo uno de sus padres podía acompañarlo. Por dicho motivo la psicóloga le dice a su papá que le hable acerca de su madre y de su hermano, ya que el niño puede vivenciar esa distancia como angustiante.

Como breve conclusión, se observa que el caso de Emilio pone en evidencia la complejidad a la que se enfrentan los niños hospitalizados y sus familias cuando se trata de enfermedades graves e internaciones prolongadas. La psicóloga intenta desde sus intervenciones que la hospitalización sea lo menos costosa emocionalmente para el niño, por lo que insiste en estar alertas a su conducta, evitando que llegue a un estado depresivo. Se

puede ver como la negación de estos padres dificulta la adhesión al tratamiento en un primer momento, por lo que la figura de la profesional resulta fundamental ya que interviene, psicoeduca y da pautas a estos padres que se encontraban desbordados, para que ellos desde su rol favorezcan la adaptación del paciente en el proceso de hospitalización, fortaleciendo el vínculo con el niño desde el juego, el contacto afectivo y la transmisión de información.

Para continuar con el desarrollo del segundo objetivo se tomará el caso de Clara, una paciente de 11 años que sufrió un accidente automovilístico. Debió ser internada en UTI por la gravedad de sus heridas y estaba próxima a ingresar a quirófano ya que debían hacerle una traqueostomía. Con esta paciente no hubo intervenciones directas ya que se encontraba sedada, por lo que las entrevistas fueron siempre con sus padres.

“¿Qué novedades tienen sobre Clara? - Va evolucionando, responde el padre, se complicó con la tensión y la fiebre, esta semana si todo sale bien le van a hacer la traqueo, por suerte la tensión la estabilizaron. ¿Ustedes saben lo que es la traqueo? pregunta la psicóloga. El padre asiente: si, es para que ella pueda respirar mejor. -Claro, tienen que tener en cuenta que ahora ella está cuidada por el equipo pero luego quienes se van a encargar en casa de los cuidados son ustedes, por eso está bueno que sepan lo que eso implica, por ejemplo si la madre en un momento necesita salir, alguien en casa tiene que saber cómo manejarla. Por eso se pide que varios integrantes del grupo familiar conozcan sobre los cuidados necesarios que implica la traqueostomía. Todo eso les van a enseñar acá, porque en la sala va a depender enteramente de ustedes como en la casa. Los van a ir entrenando, a veces puede causar impresión pero tengamos en cuenta que se trata de un bien para ella. Se tienen que ir preparando poco a poco para ingresar y conocer los cuidados.” (Registro N°58. 23/10/24)

¿Ustedes se están quedando? La madre refiere que no los dejan quedarse, entonces van y vienen. -Eso está bueno, responde la psicóloga, para poder recargar energías, tengan en cuenta que cualquier cosa los doctores los van a llamar. Cada papá tiene sus tiempos, por ahí muchos piensan que en la ausencia les puede pasar algo, pero ustedes conocen a los doctores. Esto es paso a paso, en la UTI avanzan 10 y retroceden 9, o avanzan 8 y retroceden 2. Está bueno que se apoyen mutuamente, escuchen los informes entre todos, a veces alguno está cansado y no retiene toda la

información, por eso es importante estar juntos. Yo también sugiero que escriban las preguntas para poder sacarse todas las dudas, a veces los doctores les tiran demasiada información y se olvidan de preguntar. Por otro lado, tienen que ir a descansar para que cuando ella pase al piso estén fuertes para los cuidados. Ahora ella está en la uti donde permanentemente la cuidan, pero en el piso no hay tantas enfermeras como acá. Ustedes van a tener que estar fuertes para los cuidados que se vienen". (Registro N°60. 25/10/24)

Considerando que el ingreso a la UTI se debió a un accidente, estamos frente a lo que define Benyakar (2016) como situación traumática, en este caso para la niña como para también su familia, debido a las características de la situación, principalmente la ocurrencia inesperada del hecho que lo constituye como un evento disruptivo.

Yantzi et al. (2001) argumentan que la hospitalización pediátrica altera significativamente la dinámica familiar, generando nuevos desafíos en términos de organización, tiempo y recursos emocionales. En el caso de Clara, la psicóloga cumple un papel fundamental en la preparación y orientación de sus padres, ya que, según Farberman (2010), brindar información clara y estrategias de afrontamiento permite reducir la ansiedad y mejorar el acompañamiento emocional del niño.

Podemos observar que la psicóloga quiere conocer cuánto saben y entienden de la información médica los padres de la niña, que debía ser sometida a una traqueostomía. Se trata de una intervención que genera cambios muy drásticos en la vida del paciente y sus familiares, quienes a partir de ahí deben hacerse cargo completamente del cuidado. Muchas veces ocurre que los familiares no terminan de entender con claridad las cuestiones médicas, allí es donde el psicólogo brinda información en términos comprensibles y cumple la función de psicoeducar, como expresan Contreras Moreno y Palacios Espinosa (2014). Entre los objetivos de intervención con pacientes pediátricos, encontramos que las intervenciones se dirigen al sistema familiar, como es el caso de Clara, ya que al encontrarse sedada la psicóloga debió intervenir con sus padres. La tarea del psicólogo es educar a la familia sobre la enfermedad y los procedimientos médicos y ayudar al manejo de la ansiedad. (Alvarez Schwarz, 1991)

Farberman (2010) también refiere que el psicólogo debe estar informado sobre los procedimientos a los que es sometido el paciente, ya que permite, como en este caso, conocer las inquietudes que puedan emerger. La profesional recomienda a los padres de Clara, con el

fin de prepararlos para lo que vendrá luego, que descansen y se apoyen entre sí para estar fuertes. También menciona que en la UTI los pacientes muestran avances y retrocesos constantes, esto se relaciona con lo que explican De Carvalho Chiatone y Sebastiani (2005), acerca de la urgencia que se refleja en la unidad de cuidados intensivos, junto con la tensión que es permanente. A partir de esto, aclara a los padres que en cualquier situación los doctores les informarán, y que Clara se encuentra en permanente cuidado.

“¿Han ingresado a verla? Pregunta la psicóloga. ¿Los doctores que les han dicho sobre hablarle o tocarla? Su padre refiere: nos dijeron que no podemos hablar ni tocarla, porque el otro día me escuchó y se fue para arriba, empezaron a sonar las alarmas. La psicóloga expresa: eso es muy común que suceda porque está ansiosa, angustiada o contenta incluso de escucharlos a ustedes. Tengan en cuenta que si ustedes se ponen mal o muy intensos, ella se va a angustiar y no queremos eso. Lo importante es la tranquilidad, que ustedes puedan decirle ‘tranquila, estamos acá, los doctores te están cuidando’, siempre relajados para transmitirle eso a ella.”
(Registro N°60. 25/10/24)

Nuevamente surge el llamado por Ortigoza y Méndez (2000), contagio emocional. La psicóloga busca que los padres, a través de sus actos y palabras, transmitan tranquilidad a la niña que se encuentra internada de gravedad. Fernández Castillo y López Naranjo (2006), mencionan que los padres en el contexto hospitalario atraviesan situaciones de estrés que incrementan respuestas emocionales de miedo o incluso ira. Lo que se busca en este caso es que los padres no transmitan estas emociones negativas a la paciente con el fin de promover que la permanencia en la UTI sea lo más amena posible, ya que como menciona su padre, al escuchar su voz y notar su presencia se dispararon las alarmas.

Para concluir con el desarrollo del segundo objetivo se observa en primer lugar, tomando el caso de Emilio, que la tarea de la psicóloga se orientó a reducir el impacto psicológico que el contexto hospitalario generó en los padres desde un primer momento poniendo en marcha la psicoeducación, la contención emocional y la implementación de estrategias de afrontamiento para que pudieran sostener el rol de cuidadores de manera saludable, transmitiendo tranquilidad a su hijo y permitir así una adaptación favorable del

niño a la internación. La principal intervención en este caso se hizo a partir de la sugerencia de que los padres jueguen con su hijo, ya que ayudaría a aliviar el contenido traumático de la internación.

En el caso de Clara, si bien su descripción ha sido breve en comparación con el caso Emilio, podemos notar que las intervenciones apuntaron a una adaptación progresiva de los padres ante la situación de internación de su hija, que había sido de gran impacto. La psicóloga se enfocó en averiguar cuánto sabían y entendían de los procedimientos médicos a los que había sido sometida la niña, procurando que comprendan los cuidados que iba a requerir Clara posteriormente al alta médica, con el fin de prepararlos para la labor que iban a desempeñar una vez que los médicos y enfermeros no se encontraran presentes. Además, sugirió una serie de estrategias tales como escuchar los informes juntos, descansar en la medida de lo posible, transmitir tranquilidad al hablar, con el propósito de hacer la internación más llevadera tanto para la paciente como para ellos.

3. Describir las intervenciones del psicólogo en un equipo interdisciplinario de salud para una atención integral del paciente internado.

Tal como nos dicen Fuentetaja y Villaverde (2019), las unidades de interconsulta-enlace funcionan como un equipo integrado para atender las diversas demandas relacionadas a la salud mental de los pacientes del hospital. El equipo está conformado por profesionales que poseen distintos conocimientos.

Cuando se trata de pacientes hospitalizados, la psicóloga realiza interconsultas con los médicos de distintas especialidades tales como cirugía, pediatría, intensivistas, oncólogos, entre otros. En el hospital está estipulado de manera rutinaria que los días jueves se realice una reunión con médicos de UTI, mientras que los días viernes se reúne la psicóloga con los oncólogos. En algunas ocasiones se da un pedido explícito de interconsulta por parte de los médicos al observar conductas que los preocupan tanto de los niños como de sus cuidadores y otras veces la psicóloga es quien la solicita para entender en profundidad cuestiones médicas y conocer la opinión de los especialistas sobre situaciones que emergen. Con respecto al contexto, en ocasiones las interconsultas se dan en los pasillos, en la sala de médicos o

incluso fuera de la sala donde se encuentra un paciente. De acuerdo a lo que se ha podido observar, estas reuniones improvisadas se dan a causa de la falta de tiempo y espacio que caracteriza a la institución hospitalaria.

Para abordar el siguiente objetivo se tomaron distintos fragmentos de interconsultas realizadas por casos observados durante la práctica. En primer lugar se retomará el caso de Emilio, que fue analizado en el objetivo anterior. Debido a la complejidad del caso y los impedimentos que fueron surgiendo en el transcurso de su internación, fue necesaria la comunicación constante con los profesionales que se encontraban a cargo del paciente. Menéndez Osorio (1998), expresa la importancia de la interdisciplina en el contexto hospitalario, ya que permite una puesta en común, una forma de abordar y entender una problemática determinada.

“Los pediatras preocupados nos comentan que quieren que se haga una reunión en la que estén presentes cirujanos, trabajo social, psicología, oncólogos, donde se les informe claramente a los padres los riesgos de la operación. Quieren dejar bien claras las consecuencias que puede tener esta biopsia. Todos acuerdan que a pesar de ser un niño de cuatro años se comporta como un bebé, y en ese rol lo ponen los padres. Los médicos están desorientados acerca de cómo llevar la situación, porque en cierta parte temen que se desencadene un problema luego de la cirugía.” (Registro N°30. 08/08/24)

Considerando lo desarrollado en el segundo objetivo específico, inferimos que en los padres de Emilio operaba la negación como mecanismo de defensa característico de estas situaciones, lo que derivó en una actitud poco receptiva en cuanto a las indicaciones médicas. Esto generó gran malestar e incertidumbre en los médicos de UTI, oncología y neurocirugía, que eran los principales servicios de referencia. Todos los equipos médicos se encontraban muy preocupados por la desnutrición del paciente, ya que necesitaba aumentar de peso para poder ser sometido a un tratamiento lo antes posible. Los padres del niño, al no tolerar su angustia, lo consentían con galletas y dulces ignorando las reiteradas recomendaciones de alimentación.

“En una interconsulta con oncología, descubrimos que hay mucha diferencia en cómo trata a los médicos a cómo nos trata a nosotras, ya que con los médicos la reacción de los padres es un tanto violenta. La psicóloga considera que las formas de

transmitir la información son las que determinan la actitud de los padres. El oncólogo, bastante enojado, nos comentó que le dijo a sus padres: basta de galletas, no más galletas, y ellos se lo tomaron mal. En cambio la psicóloga lo comunicó de otra manera, diciendo: empecemos por comer toda la comida saludable que corresponde y si se la termina, podrá tener la galleta. La galletita, más allá de la anécdota, es el significante de otras cosas, explica la psicóloga a los médicos. No pueden poner límites, la situación familiar de este niño hay que pensarla de esa manera. Es un significante que va más allá de lo que es la galleta en sí” (Registro N°45. 13/09/24)

Observamos en el fragmento anterior que la forma en la que se transmite la información genera un impacto diferente en los padres, y por ello la diferencia en el trato con cada equipo de profesionales. La psicóloga le explica a los médicos que los padres no pueden poner límites porque la situación los sobrepasa, y que la galleta representa eso. Tal como expresa Mars (2000, como se citó en Mucci y Benaim, 2006) la tarea del psicólogo en salud es averiguar cuáles aspectos son los que favorecen o dificultan la adherencia terapéutica, en este caso, podríamos inferir que la manera en la que la información es transmitida tiene un efecto diferente, ya que si bien la indicación sobre la importancia de alimentarse saludablemente es la misma, el oncólogo transmite las indicaciones de manera tal que los padres la reciben como “restrictiva” o “impositiva”, algo que genera malestar en ellos. En cambio la psicóloga lo dice en términos flexibles, lo cuál es aceptado de mejor manera en los cuidadores.

Farberman (2010), explica que el psicólogo debe transmitir de manera clara la información a los demás profesionales, sin utilizar jerga demasiado específica. Dicha información debe servir para propiciar la empatía de los profesionales hacia el niño y sus padres. En el fragmento citado anteriormente, la psicóloga explica a los médicos que la galleta simboliza eso que los padres no pueden controlar, a lo que no pueden poner límites, con la intención de que entiendan el porqué de esa actitud con la alimentación.

Alvarez Schwarz (1991), expresa que al trabajar con médicos se debe tener en cuenta que estos profesionales tienen una percepción distinta a la del psicólogo sobre la forma que tiene de comportarse un paciente, como también de lo que debe hacer una “buena madre”.

Así es como muchas actitudes pueden interpretarse por los profesionales como algo molesto, o considerar a la madre/padre incompetentes. Es por ello que al trabajar de manera interdisciplinaria debemos informar desde nuestra óptica todo lo que contribuya al

entendimiento del niño. En el caso de este paciente, los médicos se encontraban molestos con la cuestión alimentaria ya que habían reiterado muchas veces la importancia de no darle galletas al niño. La psicóloga, en lugar de molestarse, explica a los profesionales que se trataba de una actitud propia de la negación y de la incapacidad de poner límites.

“En interconsulta con una de las terapistas por el caso de Emilio, la médica muestra alivio al ver a la psicóloga y le dice, ¡menos mal que viniste, te estábamos esperando! Se encontraba preocupada por la complejidad del caso de Emilio y pregunta: ¿Ellos cayeron en la situación en la que está el nene? -No.. están shockeados, contesta la psicóloga. La médica continúa diciendo: a mí me parece que tienen una visión imaginaria del nene. La psicóloga afirma: sí, totalmente...incluso cuando tenía síntomas propios de la enfermedad, antes de realizar la biopsia, la madre no lo reconocía. Cuando llegó a la guardia porque se cayó dijo que era porque estaba jugando. La psicóloga les dijo, ¿no será por el avance de su enfermedad? a lo que ellos no reaccionaron. Están en shock. Continúa diciendo: tenemos que armar red para estos padres. No se puede contar con los abuelos que decían que el hospital lo había empeorado, tendríamos que buscar por otro lado como armar una red para sostenerlos, ya que ellos no están pudiendo. Tienen una negación patológica. La médica refiere: a mí me parece, lo que veo en la mamá es que está esperando a ver qué hacemos mal. Con el tema de sus síntomas, le explicamos que son por la medicación, pero ella está empecinada en que los doctores lo lastiman. La psicóloga concluye: es todo muy persecutorio, la abuela decía lo mismo, que los doctores le hacen daño. Es muy patológico.” (Registro N°44. 12/09/24)

Tal como expresan Bennardis y Sambán (2015), el diálogo permanente con los profesionales es fundamental, y cuando el lenguaje es claro el discurso se entrelaza y homogeniza. En el caso de este hospital, los equipos médicos mantienen una buena relación con la psicóloga y valoran mucho su postura, es por ello que se alivian al verla ya que hay cuestiones que se escapan de la medicina como tal y necesitan de la valoración de psicología.

Podemos observar que en el anterior fragmento la psicóloga y la médica integran sus perspectivas, poniendo en palabras la negación de los padres del paciente. En la interconsulta se encuentran dos disciplinas con teorías explicativas diferentes, que emergen ante la presencia de un malestar e interfieren en el acto de curar y la atención de un paciente. (Alekseiuk, 2014, como se citó en Aquino Cabral & Agüero Pozzo, 2018).

La médica considera que tienen una visión imaginaria de su hijo, es decir que lo perciben sano a pesar de lo evidente de su enfermedad. La psicóloga respalda esta observación desde una perspectiva propia de su disciplina, explicando los mecanismos que se ponen en juego en esta negación parental, que se daba incluso antes del diagnóstico propiamente dicho. En este caso la interconsulta permite una mirada integral del caso, donde la médica detecta una resistencia a la información que ellos brindan y la psicóloga profundiza en la cuestión psíquica que sostiene dicha resistencia.

Por otro lado, la psicóloga manifiesta a la médica la necesidad de armar una red de apoyo para estos padres, pensando en alguien más de la familia que pudiese sostenerlos ya que ellos no estaban pudiendo manejar la situación. Dicha sugerencia es propia del abordaje integral que realiza el psicólogo, que con el fin de facilitar la intervención, debe favorecer las redes de apoyo e identificar factores de riesgo, además de estrategias preventivas. (Lenfant, 1998, como se citó en Mucci y Benaim, 2006).

“En una nueva interconsulta con médicos de UTI, la dra expresa: a Emi no lo pudieron extubar luego de la cirugía, hablamos con los padres para que no se asusten porque estaba intubado con respirador, la madre no quiso hablar, se fue. Se pelearon entre ellos, había insultos. Al primer informe de que el niño está mal, la mamá no puede tolerarlo. El padre dice ‘a mi no me cree nada de lo que le explico’, le ofrecí explicarle a la madre lo que necesite pero ella no quiere, está negada. La psicóloga agrega: es una negación tremenda. La dra retoma diciendo: nosotros vemos que la lesión está aumentando, y eso desde oncología no se lo transmiten a los padres. Están generando falsas expectativas y hay que ir preparando a los padres por si este tratamiento no funciona. Además, la madre quiere saber la opinión del equipo. La psicóloga dice: yo voy a hablar con ellos porque este tipo de situaciones aumenta el estrés y el malestar en la pareja, ellos están solos, no hay nadie que haga de sostén y cada vez se va complejizando más la situación porque hay negación. La dra menciona que la madre dijo que el niño ayer vomitó porque su pareja le dio leche de más y porque los médicos le dieron antes de tiempo, es decir no puede ver la gravedad del asunto y lo lleva por otro lado. -Si hay distinta información es difícil conectar con la realidad, deberían reunirse, plantear en equipo un discurso en común y que estos padres puedan tolerar, lo que hace el nene de regurgitar la comida es lo que hacen los padres emocionalmente con estas cuestiones, expresó la psicóloga. Hay

que sentarse a hablar en equipo, yo los acompaño en que transmitir a los padres pero hay que hablar de este tema, concluyó la psicóloga". (Registro N°49. 26/09/24)

En la viñeta anterior, se puede ver nuevamente que los padres seguían sin tolerar la realidad ya que no querían escuchar los informes médicos, atribuían el vómito a la alimentación en lugar de la enfermedad y se generaron conflictos parentales. Observamos a partir de esto la importancia del discurso unificado que deben tener los equipos médicos a la hora de tratar a un paciente. Tal como expresan Bennardis y Sambán (2015), el discurso debe ser claro y homogéneo, algo que no estaba ocurriendo en su totalidad con el caso de Emilio, ya que mientras un equipo observaba un aumento de la lesión, el otro equipo no lo estaba comunicando de la misma manera a los padres. Esto genera falsas expectativas y mayor negación, lo cuál dificulta aún más la adherencia terapéutica.

La psicóloga hace énfasis en lo fundamental de que los equipos se pongan de acuerdo en que transmitir, ya que la angustia y la desorganización de los padres iba en aumento y la contradicción no permitía que la información sea procesada por ellos de manera progresiva. En salud mental, tal como mencionan (Ferrari, et al., 2019) la interconsulta permite una mirada holística sobre el padecimiento del paciente, y se enfoca en mejorar las habilidades comunicacionales en los equipos de salud, con el fin de mejorar las intervenciones.

Alvarez Schwarz (1991), refiere que cuando se interviene con un menor se debe tener en cuenta, entre muchas cosas, como se informó a los padres sobre los procedimientos de la hospitalización.

Observamos que la tarea de la profesional se basó en lo que Lenfant (1998, como se citó en Mucci y Benaim, 2006) menciona como una intervención en la relación médico-paciente-familia.

Farberman (2010), expresa que el psicólogo debe mantener una conversación fluida con los equipos con los que trabaja, ya que cuando el contacto es permanente las intervenciones son más acertadas. En este caso la psicóloga mantiene una relación permanente con el equipo de UTI y oncología, en ocasiones siendo una mediadora entre ambos, tal como se pudo leer en la cita anterior. Vemos que insiste en realizar una reunión para que ambos equipos se pongan de acuerdo y transmitan un discurso unificado con el fin de ayudar a los padres, para que ellos puedan ayudar a su hijo.

Para finalizar con el tercer y último objetivo, se seleccionó el caso de Manuel, un paciente de 11 años que se encontraba desde los 6 años en tratamiento por un tumor cerebral.

Durante los 5 años atravesó por muchas cirugías y se debía enfrentar a la decisión de operarse nuevamente.

“Presentación del caso en un ateneo: la figura del psicólogo es diferente porque no invade al niño como si los médicos, generó buena relación con Manuel. Cada equipo tiene lo suyo, el psicólogo se encarga de cuestiones como ‘este chico no puede entrar a cirugía, está angustiado’. En terapia trabajan con muñecos, donde le pinchan para ir probando la tolerancia al dolor. Siempre le tuvo miedo a los pinchazos, desde que era chiquito. Es muy manual, siempre está intentando manualidades, la mamá había hecho canciones, canciones de los pinchazos, canciones para la psicóloga, canciones para los médicos, encontró esa forma de descarga. El padre tiene una conducta más evitativa, no tiene trabajada la situación de la muerte como si la madre. El niño tiene muchos recursos cognitivos, pero de tantas operaciones ha sido afectada la memoria a corto plazo. Ahora debe ser operado de nuevo y no quiere saber nada” (Registro N°36. 23/08/24)

Teniendo en cuenta que la operación significaba mucho riesgo para su vida pero era la única opción viable junto con un tratamiento de radioterapia, el niño, que se encontraba en tratamiento psicológico desde el diagnóstico, estaba negado a someterse a la operación ya que decía encontrarse muy cansado de todo los procesos que venía soportando desde que era pequeño. Su madre apoyaba esta decisión, ya que lo veía muy triste y cansado. Su padre, por el contrario, no estaba de acuerdo con la decisión del niño, algo que generó discusiones familiares y momentos de tensión, como así también en los equipos médicos de referencia, que promovían la decisión de la cirugía.

“Fuimos a la reunión de equipos médicos, donde se enfrentaron las opiniones de los oncólogos que dicen que es su única salida. Los neurocirujanos dicen que al operarse puede quedar con secuelas graves. Se da una especie de ‘enfrentamiento’ entre equipos ya que los oncólogos (según los cirujanos), son demasiado optimistas y edulcorados. Y los oncólogos dicen que ellos son muy negativos, que tienen poco tacto para comunicar las cosas. La psicóloga les pide que intenten dejar las diferencias de lado para acordar de qué forma van a comunicar todo a los padres, que están esperando una respuesta de los equipos médicos. El cirujano considera que el paciente no está en un estado capacitado para tomar semejante decisión por sí

mismo, ya que las diversas operaciones afectaron su memoria a corto plazo. Estuvieron discutiendo un buen rato para luego hablar con los padres, ambos equipos médicos consideran que la cirugía es la única opción de cura o de al menos estirar su posibilidad de vida. Si bien difieren en muchas cosas, entre ellas la forma de comunicar las noticias, están de acuerdo en la parte médica”. (Registro N°39. 19/08/24)

Observamos en el fragmento citado que se da una confrontación entre equipos médicos debido a las formas de trabajar que tiene cada uno, algo común y esperable en la institución hospitalaria llamada por Fuentetaja y Villaverde (2019), como una instancia que atraviesa lo grupal, en este caso, entre equipos de servicios diferentes. Se puede ver claramente que existe un choque de discursos, donde los equipos médicos no siempre coinciden entre sí. Alvarez Schwarz (1991), expresa que un médico cirujano puede tener una visión muy distinta a la de un pediatra sobre cómo debe enfrentar la enfermedad y la hospitalización un niño. En el caso de Manuel, el cirujano considera que el paciente no se encuentra en condiciones de tomar una decisión de tal magnitud.

Bennardis y Sambán (2015), expresan que no es necesario que todos los profesionales coincidan entre sí, incluso las opiniones distintas son apoyadas, lo importante es llegar a un acuerdo para las intervenciones grupales. En el caso de Manuel, era fundamental que los oncólogos y cirujanos se pusieran de acuerdo sobre qué transmitir a los padres acerca de esta cirugía, algo que la psicóloga recalca desde su intervención.

Se observa también que Manuel, en su situación, es un sujeto activo con voz, con deseos, con miedos y con capacidad de decidir por sí mismo. Si bien esta capacidad de decisión es puesta en duda por algunos profesionales a causa de las secuelas cognitivas, también es sostenido y escuchado por la psicóloga interviniente, que reconoce en el paciente recursos varios y no se limitó a evaluar las capacidades cognitivas sino a ayudar al niño a transitar la angustia a través de actividades lúdicas y simbólicas.

La profesional, desde su posición, habilitó al niño la escucha de su deseo, la posibilidad de decidir por su cuenta como continuar. En cuanto a la posición en la interconsulta, funciona como intermediaria de los equipos médicos que debían enfrentarse a una gran decisión y en la forma en cómo esa decisión iba a ser comunicada a los padres.

Para concluir con el desarrollo del tercer objetivo, podemos decir que el caso Emilio nos muestra el impacto emocional que la enfermedad tenía en sus padres que no podían

cumplir con las indicaciones médicas, algo que inquietaba a los equipos tratantes. La psicóloga acompañó este proceso de tramitación psíquica durante la internación, explicando a los médicos, desde sus saberes, lo que veía en el entorno, haciendo hincapié en la importancia de armar red de contención. La comunicación con los médicos de UTI resultó fundamental para poner en palabras lo que cada equipo veía desde su posición.

Con respecto al caso de Manuel, observamos las dificultades a las que se enfrentan los equipos de salud cuando se trata de decisiones de tal magnitud como era la cirugía a la que se enfrentaban. Además, pone en evidencia las diferencias entre equipos de distintas especialidades resaltando lo crucial que fue la comunicación clara, donde a pesar de la discusión y las opiniones diferentes, se centraron en tomar la decisión más acertada para la curación del paciente. La psicóloga, además de trabajar con el niño los aspectos relativos a su enfermedad y a la cirugía, aparece también como una figura mediadora entre equipos médicos.

9. CONSIDERACIONES FINALES

Como se mencionó en apartados anteriores, la práctica profesional supervisada se desarrolló desde la posición de observador no participante, que permitió a lo largo del año 2024 presenciar el trabajo que realizan diversos profesionales en una institución hospitalaria de salud pública destinada a la atención de niños y adolescentes. El foco de observación estuvo puesto en el servicio de Salud Mental del hospital, principalmente en el trabajo que realiza una de las psicólogas que forma parte de dicho servicio. Al ser una práctica tan completa en todo sentido, fue difícil la elección de un eje de sistematización ya que los intereses eran diversos.

A partir de las actividades desempeñadas en la segunda mitad del año, hubo algo que despertó notablemente mi interés: el trabajo que realiza el servicio de salud mental en el área de internación del hospital. La experiencia habilitó una aproximación al quehacer del psicólogo infantil en dicho espacio, presenciando escenas clínicas que pusieron en evidencia la complejidad del trabajo en salud mental con los niños y sus familias en situación de internación.

El internado es un escenario atravesado por múltiples tensiones clínicas y vinculares, por ello la figura del psicólogo es indispensable para sostener el entramado emocional y subjetivo que se activa a partir de la enfermedad y/o la internación, ya que se trata de una presencia que escucha, aloja y traduce el sufrimiento, en un marco muchas veces caracterizado por la urgencia y los procedimientos médicos.

¿Cómo son las intervenciones con un niño internado? ¿Qué significa para el niño la presencia del psicólogo? ¿Con sus padres cómo se interviene? ¿Qué función cumple la psicóloga en los equipos interdisciplinarios? ¿Hay receptividad a las intervenciones psicológicas por parte del equipo médico? Fueron esas las preguntas que comencé a hacerme ni bien tuve la posibilidad de rotar en dicho espacio, conformado por el área de oncología, la unidad de terapia intensiva y las salas de aislamiento.

Este trabajo integrador da a conocer, a lo largo de su desarrollo, el impacto que genera en un niño y en su familia la enfermedad y la hospitalización, por más leve o grave que sea la misma. Considero fundamental que en esa situación tan angustiante y muchas veces disruptiva se encuentre un agente de la salud mental, que a diferencia de los médicos, enfermeros y demás profesionales, se ocupa de observar el estado emocional de todos los usuarios afectados en la internación.

La práctica permitió el abordaje de multiplicidad de casos que derivaron en el objetivo general, analizar el rol del psicólogo infanto-juvenil en el área de internación de un hospital pediátrico polivalente. Por consiguiente, se desprenden los 3 objetivos específicos

relativos a dicho eje. En primer lugar se plantea identificar las intervenciones del psicólogo con los niños hospitalizados, en segundo lugar se busca identificar las intervenciones con los padres y/o familiares de los niños internados, y por último, describir las intervenciones del psicólogo en el equipo interdisciplinario. Dichos objetivos se conforman de una articulación entre los registros de práctica y el marco teórico elegido.

En lo que respecta al primer objetivo, se utilizaron para la ejemplificación de las intervenciones del psicólogo los casos de Celeste, Camilo y Jazmín. Si bien cada uno de ellos se encontraba internado por diferentes motivos, la psicóloga se centró en construir un espacio de contención y validación para estos pacientes. Pudimos observar que además de la explicación y la transmisión de información necesaria para apaciguar las fantasías que aparecen en estas situaciones, la psicóloga utilizó técnicas lúdicas, de respiración, diversidad de recursos simbólicos adaptados a la edad de cada paciente con la intención de que transitaran la hospitalización de forma más amena. En este objetivo se observa que la figura del psicólogo, a diferencia de la del médico, intenta construir un vínculo terapéutico con cada niño y por sobre todo, ofrece un espacio posible para que emerjan las dudas, el miedo, las fantasías, el juego y la palabra. Las intervenciones se alejan del formato clásico de la entrevista para adquirir una forma dinámica, adaptada a la condición de cada paciente y de su internación.

En el segundo objetivo específico, se busca identificar las intervenciones del psicólogo con los padres y/o familiares del niño internado para favorecer la adaptación a la situación de internación. Como se detalla en el marco teórico, la exploración emocional de un niño que se encuentra internado implica una exploración emocional de los padres, ya que estos transmiten a sus hijos las emociones y son fuente de contención en el contexto hospitalario, siendo los encargados de cuidarlos en el período que dura la internación.

Además, la situación a la que se enfrentan sus hijos impacta significativamente en la subjetividad de los padres responsables, por ello la importancia de tenerlos en cuenta a la hora de intervenir. Dichas intervenciones buscan transformar la posición pasiva que viven muchos padres y hacerlos partícipes, favoreciendo la función parental en el contexto crítico que viven. El objetivo principal de la psicóloga es lograr que, mediante las intervenciones, los padres puedan sostener a sus hijos en la situación que atraviesan y no impacten negativamente en ella.

En el caso de Emilio se pudieron comprender los mecanismos psíquicos manifiestos tales como la negación y la sobreprotección, y cómo estos influyen de manera negativa en las indicaciones médicas y terapéuticas. La psicóloga intentó que los padres del paciente,

mediante el juego, la explicación acorde y la demostración de afecto, pudieran ayudar a su hijo a transitar la enfermedad y la internación. Por otro lado, en el caso de Clara, la profesional se enfocó en que los padres de la niña comprendieran lo que significaba esta internación y el post de la misma, que iba a requerir de intensos cuidados de salud.

Por último, en el tercer objetivo específico, se pretende dar a conocer la importancia del trabajo interdisciplinario, que se centra en la herramienta de la interconsulta. Los casos de Emilio y Manuel permitieron profundizar en la interconsulta como un dispositivo clínico central en el contexto hospitalario, donde se prioriza el diálogo, la construcción de una mirada integral y la elaboración de estrategias de intervención en conjunto. En el caso de Emilio, la interconsulta permitió poner en palabras la dificultad comunicacional entre el equipo médico y los padres. La psicóloga ayudó a decodificar las reacciones de los cuidadores desde una lectura psicológica, acompañando al equipo médico en la reformulación de las intervenciones promoviendo la empatía. En el caso de Manuel, se evidenció la complejidad en diferentes niveles. No solo existían diferencias entre los padres, sino también entre los equipos médicos.

En esta complejidad, la psicóloga fue una figura de mediación, promoviendo la escucha mutua y la colaboración de un discurso unificado. En ambos casos se evidenció que la interconsulta es una herramienta indispensable en el trabajo hospitalario, que se construye como un espacio de palabra, escucha y contención.

En síntesis, la experiencia como practicante en un hospital pediátrico ha permitido no solo observar la práctica profesional del psicólogo en el contexto hospitalario y comprender el alcance de las intervenciones que él mismo realiza, sino superar el gran desafío que significó como estudiante adentrarse en un hospital y conocer su funcionamiento, el cuál superó ampliamente las expectativas que tenía antes de comenzar la práctica.

A través de la sistematización de los registros de campo, se pudo observar que el profesional de salud mental tiene una función imprescindible en el sostenimiento emocional del niño y su entorno en el momento de internación, ya que no se encarga del cuidado del cuerpo sino del psiquismo que se encuentra transitando un momento de gran vulnerabilidad.

La práctica y la redacción de este trabajo me ha permitido reafirmar la vocación comprometida con el sufrimiento infantil, procurando ser una profesional que pueda escuchar y validar este sufrimiento, transformándolo en una salida posible que apunte al bienestar del paciente internado.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliaga Muñoz, B. (2016). *Actuación del profesional sanitario ante el niño y adolescente enfermo. Publicaciones Didácticas*, 70, 296-301.
- Alvarez Schwarz, M. (1991). Pediatría comportamental: manejo clínico psicológico de niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23, 361-381.
- Aquino Cabral, M. F., & Agüero Pozzo, J. P. (2018). El observador no participante en la interconsulta y la transmisión en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(3), 555-559.
[https://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/#8203::contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](https://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/#8203::contentReference[oaicite:0]{index=0}).
- Bennardis, M. E., & Sambán, L. (2015, octubre). Las distintas posibilidades de intervenir en la gestión de Servicios de Internación: momentos transdisciplinarios. Trabajo presentado en la 3as Jornadas de Salud Mental y Adicciones, Buenos Aires, Argentina.
- Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas (E. Ramos, A. Taborda & C. Madeira, Comps.). Nueva Editorial Universitaria.
- Caracterización de la interconsulta médico-psicológica en un hospital pediátrico de alta complejidad. Recuperado el 13/05/2019 de:
http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2017/xxiv_2_119.pdf
- Contreras Moreno, A. M., & Palacios Espinosa, X. (2014). Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 46(1), 47-60.
- De Carvalho Chiattonne, H. B., & Sebastiani, R. W. Humanización de la UTI. Aspectos pediátricos.

- De la Barra M, Flora, & García S, Ricardo. (2009). Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 228-237. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300008>
- Entrevista a Oscar Jara. La sistematización de experiencias aspectos teóricos y metodológicos. *Decisio* 28. Enero-Abril 2011: 67-74. Recuperado de http://www.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio_28/decisio28_testimonios1.pdf
- Farberman, D. (2010). *El Psicólogo en el Hospital pediátrico. Herramientas de Intervención*. Editorial Paidós.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA) (2003). *Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10
- Fernández, Castillo & López Naranjo, A. I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Ferrari, H., De Notrica, S., Rucker, S., Araujo, F., Cambrero, M., Cifarelli, A., ... Zalzman, D. (2019). Vigencia de la interconsulta. UBA. Ciencias Médicas. <http://saludmental-jornadas.fmed.uba.ar/2019/xvi/7.1.pdf>
- Freud, S. (1925). *La negación*. En *Obras completas* (Vol. XIX). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, S.G. (2006). *Hospital Infantil Municipal de Córdoba*. (2da ed.). Graphic.
- Herrera Floro, T. (2016). Ansiedad en la hospitalización del paciente pediátrico. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 4(15), 15-21.

[https://doi.org/10.5538/2385-703X.2016.4.15​;contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](https://doi.org/10.5538/2385-703X.2016.4.15​;contentReference[oaicite:0]{index=0}).

Jara, O. Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias. Recuperado de

http://www.bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf

Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos* : etapas del duelo.

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.

Lagache, D. Ficha de cátedra en base al texto de "Psicología clínica y método clínico" de Lagache D., Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y métodos clínicos. Otros estudios (pp. 141-156). Buenos Aires: Paidós.

Ley N° 7.106. Ley de Disposiciones para el ejercicio de la psicología. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 27 de septiembre de 1984. Recuperado de

https://fepra.org.ar/wp-content/uploads/2021/06/Cordoba_Ley-7106.pdf

Lizasoáin, O. y Polaino-Lorente, A. (1992). Efectos y manifestaciones psicopatológicas de la hospitalización infantil. *Revista Española de Pediatría*.

López Fuentetaja, A. M, & Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 10, 1-19. <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>

Manrique Tisnés, H. (2011). Sobre la clínica en Psicología. *Revista Electrónica de Psicología Social Poíesis*, 21, 1-9.

Méndez-Venegas, J., & Maya-del Moral, A. (2011). Psicología pediátrica. *Acta Pediátrica de México*, 32(4), 231-239.

- Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18, 145-150.
- Mucci, M., & Benaim, D. (2006). Psicología y Salud. *Calidoscopio de Prácticas Diversas. Psicodebate-Psicología Cultura y Sociedad*, 6, 123-137.
- Ortigosa, J.M. y Méndez, F.X. (2000). Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Pérez de Maza T. (2016). Guía Didáctica para la Sistematización de Experiencias en Contextos Universitarios. (1a ed). Ediciones del Vicerrectorado Académico.
- Piaget, J. (1947). Psicología de la Inteligencia. Psique.
- Pontalis, J. y Laplanche, J. (2013). Diccionario de psicoanálisis. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Rodríguez Bausá, L. (2002). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. *Docencia e Investigación: Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo*, 27 (12), 179–206.
- Torres-Ospina, Julio Nicolás, Vanegas-Díaz, César Augusto, & Yepes-Delgado, Carlos Enrique. (2016). Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 190-201. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.acpf>
- Ulloa, F. (1970) “El Método Clínico. Las herramientas clínicas”. Resumen textual de las ideas del autor expuestas en “El Método Clínico en psicología” (Ulloa, F: Ficha de cátedra de Psicología Clínica. UBA. 1970).
- Vescovo, C. . (2020). Hagamos como que... El Espacio de Juego en Sala de Internación Pediátrica*. *Barquitos Pintados. Experiencia Rosario*, 3(3), 75–91. <https://doi.org/10.35305/barquitos.v3i3.39>

Winnicott, D. W. (1965). *El niño y su familia*. Buenos Aires: Gedisa.

Yantzi, N., Rosenberg, M.W., Burke, S.O. y Harrison, M.B. (2001). The impacts of distance to hospital on families with a child with a chronic condition. *Social Science & Medicine* 52, 1777–1791.

Zachetti, M. (s.f.). El juego en el niño. Ficha de cátedra.