

**Cervantes, María Victoria**

---

**El rol del psicólogo clínico en  
la unidad de terapia  
intensiva de un hospital  
pediátrico polivalente**

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

Directora: Aguilera, María Belén

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



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



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA**  
*Universidad Jesuita*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Licenciatura en Psicología**

Trabajo Integrador Final

Proyecto de Sistematización de Prácticas

**EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO POLIVALENTE**

Alumna: **Cervantes, María Victoria. 2108123**

Directora: **Aguilera, María Belén.**

**2025**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia, por acompañarme y apoyarme a lo largo de toda la carrera, por ser un sostén incondicional y hacer posible la concreción de este recorrido académico y personal.

A mis amigas y compañeras de carrera, quienes fueron un pilar durante estos años de formación, compartiendo esfuerzos, aprendizajes y desafíos, y brindando apoyo y contención en cada etapa del camino.

A María Belén Aguilera, mi referente institucional y directora, quien con compromiso, dedicación y paciencia me acompañó durante todo proceso, compartiendo su conocimiento y realizando aportes teóricos y clínicos que enriquecieron la elaboración del presente trabajo.

Al Hospital Infantil Municipal, por abrirme las puertas y permitirme realizar las Prácticas Profesionales Supervisadas, brindándome un espacio de aprendizaje que resultó fundamental en mi proceso de formación.

A la Universidad Católica de Córdoba y sus docentes, por la formación académica recibida, la calidad educativa y los aprendizajes construidos a lo largo de la carrera.

## ÍNDICE GENERAL

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>II.</b>	<b>CONTEXTO DE PRÁCTICA.....</b>	<b>9</b>
	II.1 DEFINICIÓN Y OBJETO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	10
	II.2 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	11
	II.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	12
	II.4 MARCO LEGAL DEL PSICÓLOGO .....	13
<b>III.</b>	<b>CONTEXTO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>15</b>
	III.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL HIM.....	16
	III.2 ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DEL HIM.....	18
	III.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL.....	19
	III.4 ORGANIGRAMA DE SALUD MENTAL.....	20
<b>IV.</b>	<b>EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....</b>	<b>21</b>
<b>V.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
	V.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
	V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
<b>VI.</b>	<b>PERSPECTIVA TEÓRICA.....</b>	<b>25</b>
	VI.1 EL PSICÓLOGO INFANTO JUVENIL EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO.....	26
	VI.2 UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.....	27
	VI.3 EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE INTERNADO EN LA UTI.....	28
	VI.3.1 EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA INTERNACIÓN EN LA UTIP.....	29
	VI.3.2 MECANISMOS DE DEFENSA FRENTE A LA INTERNACIÓN EN LA UTIP.....	32
	VI.4 LA FAMILIA DURANTE LA INTERNACIÓN.....	33

VI.5	EL EQUIPO DE SALUD EN LA UTIP.....	33
VI.6	LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.....	36
<b>VII.</b>	<b>MODALIDAD DE TRABAJO.....</b>	<b>40</b>
VII.1	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
VII.2	CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA.....	42
VII.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
<b>VIII.</b>	<b>ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>45</b>
VIII.1	RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	46
VIII.2	ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	49
VIII.2.1	LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS CON EL NIÑO O NIÑA INTERNADO EN LA UTIP.....	50
VIII.2.1.1	DIFERENCIAS ENTRE LA PRIMERA EXPERIENCIA DE INTERNACIÓN Y LA RE-INTERNACIÓN EN LA UTIP.....	52
VIII.2.1.2	PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.....	56
VIII.2.1.3	MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS POST UTI.....	57
VIII.2.2	LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS CON LA FAMILIA DEL PACIENTE INTERNADO EN LA UTIP.....	59
VIII.2.2.1	LA ETAPA TERMINAL.....	63
VIII.2.3	LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS CON EL EQUIPO DE SALUD DE LA UTIP.....	66
VIII.2.4	LOS DESAFÍOS Y LÍMITES DEL PSICÓLOGO EN LA UTIP.....	67
<b>IX.</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>70</b>

<b>X. REFERENCIAS.....</b>	<b>73</b>
----------------------------	-----------

## ÍNDICE DE SIGLAS

- HIM**: Hospital Infantil Municipal
- FePRA**: Federacion de Psicólogos de la Republica Argentina
- UTIP**: Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica
- FQ**: Fibrosis Quística
- SPD**: Servicios de Protección de Derechos del niño
- SeNAF**: Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia

## **I. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo surge a partir de las prácticas realizadas dentro del contexto clínico en el Hospital Infantil Municipal (HIM) entre los meses de mayo y noviembre de 2025. Las mismas se inscriben en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba.

El trabajo consiste en un proyecto de sistematización de práctica, basado en la observación no participante de las diversas intervenciones y actividades realizadas por la psicóloga referente. Dichas intervenciones se dirigen a los niños, niñas y adolescentes internados en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del HIM, así como a sus familias y al equipo interdisciplinario del servicio.

El mismo se estructura en diversas etapas. En primer lugar, se caracteriza el contexto de práctica, abordando su desarrollo histórico, el rol del psicólogo clínico y el marco legal que regula la profesión. Posteriormente, se presenta un recorrido histórico del HIM, puntualizando en el servicio de salud mental, ámbito en el que se desarrolló la práctica.

A continuación, se expone el eje de sistematización -“*El rol del psicólogo clínico en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital pediátrico polivalente.*”-, junto con el objetivo general y los objetivos específicos que orientan el trabajo.

Seguidamente, se desarrolla la perspectiva teórica desde un enfoque psicoanalítico. Se profundiza en las características propias de la UTIP, el impacto de la internación en el paciente y en su familia, y las particularidades del trabajo del equipo de salud en este servicio. Luego, se puntualizan las intervenciones que el psicólogo realiza en la UTIP.

Posteriormente, se detalla la modalidad de trabajo empleada, incluyendo las técnicas utilizadas para la recolección de datos, la caracterización de los sujetos involucrados y las implicancias éticas que atravesaron tanto la práctica como la elaboración del presente trabajo.

Seguido a ello, se presenta una recuperación del proceso vivido, fundamentada en los registros y experiencias obtenidas a lo largo del proceso. Asimismo, se incluyen los sentimientos que atravesaron la práctica pre profesional y un análisis reflexivo de la misma en relación con los objetivos propuestos.

Finalmente, se desarrollan las consideraciones finales, donde se sintetizan reflexiones centrales sobre lo analizado y sobre la experiencia vivida.

## **II. CONTEXTO DE PRÁCTICA**

## II.1 DEFINICIÓN Y OBJETO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Para profundizar en la definición de Psicología Clínica, se desarrollará en primer lugar el concepto de Psicología. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003) la define como una disciplina científica que estudia el comportamiento humano normal o anómalo en diversos contextos y manifestaciones. En esta línea, Lagache (1982) sostiene que “...la psicología tiene por objeto la vida del hombre en su enfrentamiento con la realidad” (p.1). De esta manera, se orienta a la comprensión de la singularidad de cada persona, que se encuentra inscrita en un entramado socio histórico y relacional que posibilita y condiciona su subjetividad (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

Por su parte, la Psicología Clínica constituye uno de los campos de aplicación de la Psicología. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003) sostiene que el objeto de estudio de la psicología clínica son los trastornos mentales. En este sentido, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los define como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen a su función mental” (p. 20).

Por su parte, Lagache (1982) sostiene que la Psicología Clínica trasciende una concepción restringida a la patología mental y orienta su interés hacia la exploración y comprensión de conductas que resultan significativas para cada persona. En esta línea, su finalidad consiste en reconstruir con la mayor fidelidad posible, las formas singulares en que un sujeto actúa y reacciona ante situaciones determinadas.

En el plano normativo, la Psicología Clínica se encuentra reconocida en la provincia de Córdoba por la Ley Provincial N° 7.106 (1984). En el artículo 3 especifica que su ejercicio comprende

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 diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o

terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicas (Ley Provincial, N° 7.106).

Para ello, la Psicología Clínica presenta diversidad de teorías, además de métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos propios (Colman, 2023).

Finalmente, en cuanto a las intervenciones en el ámbito clínico, las mismas pueden realizarse a nivel individual, grupal o comunitario (Manrique Tisnés, 2011).

## II.2 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Recuperando los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003), se puntualizan los principales hitos en la historia de la psicología clínica. Se destaca a Lighner Witmer y a Sigmund Freud como los fundadores de la Psicología Clínica.

Witmer fue el creador, en 1896, de la primera clínica con el nombre de psicología clínica en la Universidad de Pennsylvania. El autor propuso un enfoque denominado “método clínico” que se centraba en la conducta y los procesos conscientes (Colman, 2023). En el mismo año, Sigmund Freud llamó psicoanálisis a su propio método clínico, creando un nuevo enfoque. En estos primeros momentos, las principales funciones del psicólogo clínico eran el tratamiento, el psicodiagnóstico y la investigación (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

Mientras los años transcurrían, la psicología clínica se nutría de nuevos autores y conocimientos. De esta manera, otro autor relevante en los inicios fue Watson, que desarrolló otra corriente de la Psicología Clínica: el conductismo (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

En 1930 los psicólogos clínicos realizaban funciones psicodiagnósticas y terapéuticas. A fines de dicho año, se crearon los primeros postgrados para psicólogos clínicos en Columbia y Boston.

Posteriormente, en 1954 adquirió reconocimiento legal en Estados Unidos la Especialidad de Psicología Clínica. Este momento coincidió con el final de la Segunda Guerra

Mundial y el retorno de veteranos de guerra, lo que provocó el desborde de las condiciones clínicas. A partir de ello, se creó la formación en Psicología Clínica conocida como “modelo Boulder”, focalizada en la santa trinidad de la Psicología Clínica: la investigación científica, la evaluación psicodiagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

Por último, en los años 50 la Psicología Clínica logró la consolidación profesional y científica, alcanzando un reconocimiento social. Este hecho histórico estuvo ligado al desarrollo científico de la Psicología y la demanda social que había dejado entrever la creciente presencia de trastornos psicológicos (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

En Argentina, el reconocimiento de la práctica clínica como incumbencia del rol del psicólogo se consolidó hacia fines del siglo XX. Hasta entonces, la labor del psicólogo se encontraba subordinada a la figura del psiquiatra, ocupando un rol auxiliar (Colman, 2023).

Luego, a partir de 1970 se produjo la incorporación de los psicólogos clínicos en el ámbito hospitalario. López Fuentetaja e Iriando Villaverde (2019) sostienen que se dió de manera lenta debido a que era una especialidad escasamente visible e identificada en la constitución de los hospitales, a diferencia de la figura de los médicos y enfermeros. Esto generaba un desconocimiento de funciones, tareas o mecanismos de solicitud.

Actualmente, la tarea del psicólogo clínico en el hospital es siempre complementaria y colaborativa con la de otros profesionales. Para ello, es preciso contar con una visión clínica, social e institucional, para realizar tareas de prevención, diagnóstico e intervención psicológica (López Fuentetaja e Iriando Villaverde, 2019).

### II.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Dentro de las funciones que realiza el psicólogo clínico, tanto Buendía (1999) como los aportes que retoma la EFPA (2014) de la Enciclopedia Británica, destacan tres. En primer lugar, la evaluación psicológica que implica realizar una valoración y análisis de dimensiones de la personalidad del individuo. Para ello, el psicólogo clínico utiliza distintos instrumentos

técnicos entre los que se encuentra la aplicación e interpretación de test psicológicos y la entrevista, que le permitirán recabar mayor información.

Por otro lado, el psicólogo clínico realiza tratamientos psicoterapéuticos, los cuales se definen acorde a la valoración clínica realizada, empleando distintas formas de psicoterapia en beneficio del paciente. Por último, ambos textos destacan la investigación como función relevante en el ejercicio profesional del psicólogo clínico, cuyo objetivo consiste en incrementar el conocimiento sobre el comportamiento humano.

Asimismo, Buendía (1999) identifica dos funciones adicionales: la prevención y la enseñanza. La función preventiva se orienta a la planificación e implementación de programas destinados a anticipar la aparición de situaciones potencialmente negativas o reducir sus posibles consecuencias. En cuanto a la función docente, el autor señala que el psicólogo clínico puede participar activamente en la formación y capacitación de futuros profesionales, contribuyendo a la transmisión de conocimientos y desarrollo de competencias.

Lo anteriormente expuesto deja entrever que el rol del psicólogo clínico trasciende el ámbito estrictamente patológico, interviniendo también en situaciones propias de la vida cotidiana (Escobedo, 2008). Por ello, resulta relevante que el profesional pueda pensar su práctica “in situ”, considerando el contexto cultural, el momento y las condiciones históricas en las que se desarrolla (Colman, 2023). En este sentido, se presenta como desafío en el ejercicio profesional, incorporar una perspectiva intersectorial, que permita considerar la multiplicidad de factores implicados en la génesis y mantenimiento de los problemas (Díaz et al., 2002).

Por otro lado, el psicólogo clínico despliega su labor en diversos espacios y dispositivos institucionales tales como hospitales, organizaciones no gubernamentales, clínicas, centros comunitarios. Esto conlleva el desafío de adoptar una perspectiva interdisciplinaria para abordar los problemas de manera integral (Díaz et al., 2002). Para ello, resulta necesario consensuar e instrumentar un lenguaje teórico que les permita comunicarse con profesionales de diversas especialidades (Díaz et al., 2002).

## II.4 MARCO LEGAL DEL PSICÓLOGO

El ejercicio profesional del psicólogo se encuentra regulado y orientado por el marco normativo vigente a nivel nacional y provincial. En este sentido, la Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental, promulgada el 2 de diciembre de 2010, establece por objetivo “...asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional...” (Cap 1, art 1). Esta normativa concibe la salud mental como un proceso determinado por la interacción de múltiples factores, tales como, factores históricos, culturales, biológicos y psicológicos.

Asimismo, la Ley provincial N°9.848, sancionada en 2010, complementa este marco al establecer como finalidad garantizar el derecho a la salud mental de la población, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Por último, en la provincia de Córdoba, el ejercicio profesional se encuentra regulado por la Ley N°7.106, promulgada el 13 de septiembre de 1984. Esta normativa establece los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión, así como las funciones que el psicólogo puede realizar en las distintas áreas. Además, define los derechos y obligaciones que rigen la práctica profesional.

### **III. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

La Práctica Profesional Supervisada fue realizada en el marco del contexto clínico en el Hospital Infantil Municipal ubicado en la calle Juan Antonio Lavalleja 3050 del barrio Alta Córdoba de la Ciudad de Córdoba.

A partir de los datos brindados por el personal del HIM, la institución es un centro de salud pública especializado en pediatría que forma parte de la Municipalidad de Córdoba. Es una institución de segundo y tercer nivel de asistencia que brinda servicios de salud a la población infantil de Córdoba Capital, así como a pacientes provenientes de localidades del interior de Córdoba y de provincias cercanas. Brinda asistencia a niños, niñas y adolescentes desde el primer mes de vida hasta los 15 años de edad. En el caso de pacientes con patologías crónicas puede extenderse la atención hasta los 18 años o hasta realizar la transición al Hospital de adultos.

### III.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL HIM

Retomando los aportes de González (2006), el Hospital Infantil Municipal fue inaugurado el 30 de septiembre de 1968 con la misión de “aliviar el dolor de los niños, transformando su tristeza en alegría” (p.19). “La salud no es un privilegio de nadie sino un derecho de todos” (González, 2006, p.21).

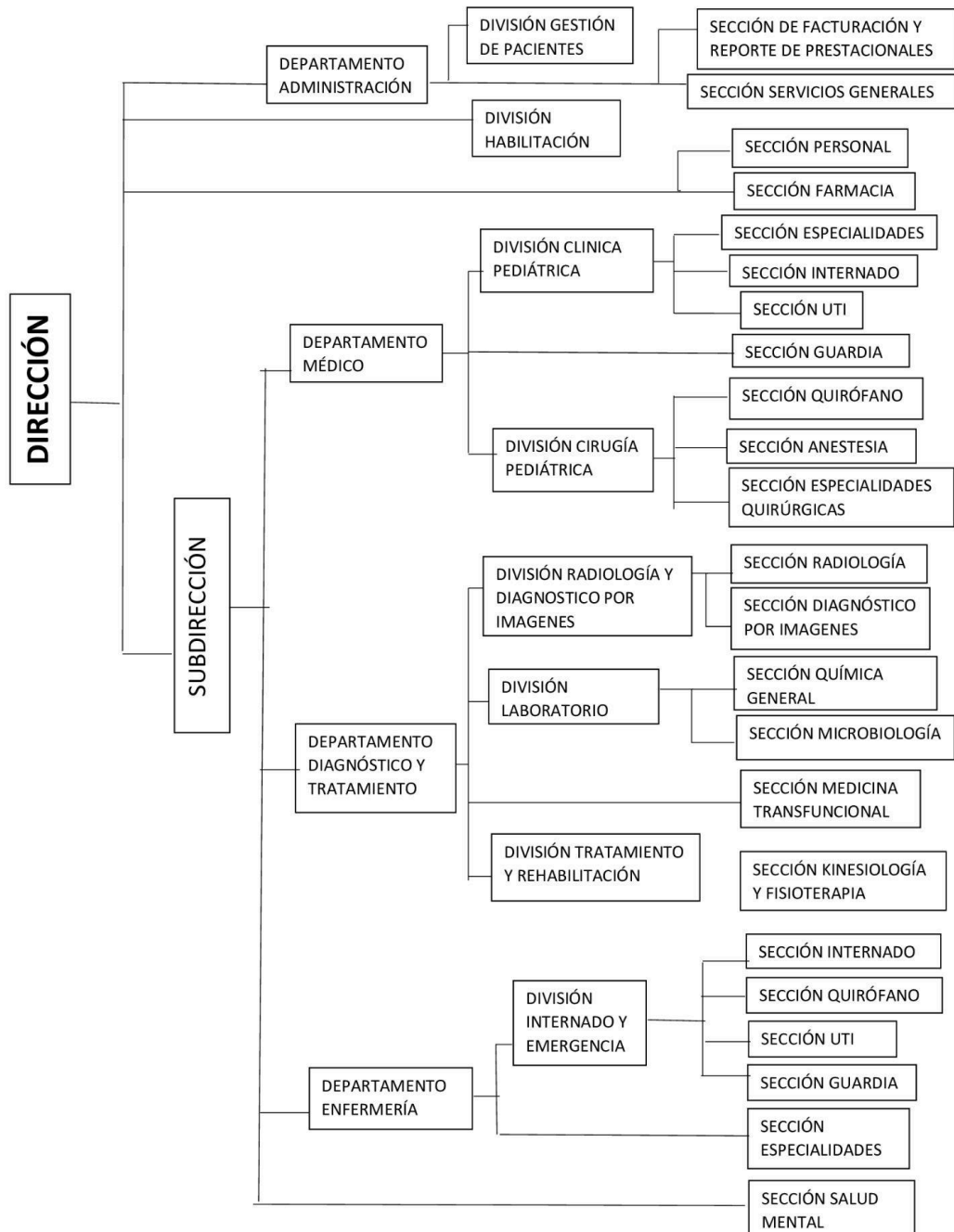
Entre los objetivos que promovieron el desarrollo del proyecto se encontraba la organización de un subsistema de atención médica infantil integral que abarcara la protección, promoción, reparación y rehabilitación de la salud. Asimismo, se proponía fomentar la docencia en pediatría clínica dirigida a estudiantes y graduados de diversas disciplinas como medicina, enfermería, servicio social y nutrición, junto con la promoción de la investigación científica (Gonzalez, 2006). Para concretar dichos objetivos, se diseñó un sistema conformado por consultorios periféricos, un centro de atención médica rural, el hospital base y el centro de convalecientes y recuperación. De este modo, el Hospital Infantil Municipal articulaba funciones de diagnóstico y tratamiento a nivel intra y extrahospitalario, permitiendo que los profesionales del hospital extendieran su labor a los distintos centros periféricos (Gonzalez, 2006).

Los distintos elementos del sistema presentaban funciones específicas. Los Consultorios Periféricos tenían como objetivo brindar atención primaria a la población infantil. En los casos que requirieran intervenciones de mayor complejidad, los pacientes eran derivados al Hospital Base, que disponía de servicios de recuperación y rehabilitación. Con el propósito de garantizar la cobertura sanitaria a toda la población infantil de la ciudad de Córdoba, se instalaron cuatro consultorios periféricos ubicados en los barrios de Guiñazú, Remedios de Escalada, Hipolito Yrigoyen y Barrio Comercial.

Por su parte, el Centro de Atención Médica Infantil Rural tenía como finalidad ofrecer atención médica en el ámbito rural, permitiendo que el personal médico se inserte tanto en espacios urbanos y rurales. En cuanto al Hospital Base, se encargaba de atender la demanda espontánea, a través de los consultorios de emergencia, así como la demanda derivada de internación, consultorios de especialidades y de los servicios de diagnóstico y tratamiento. Finalmente, el Centro de Convalecientes o de Recuperación cumplía la función de continuar el seguimiento y tratamiento de niños, niñas y adolescentes que habían superado la fase aguda de su enfermedad.

Actualmente, el Hospital Infantil Municipal ha experimentado un proceso de expansión, convirtiéndose en un centro de alta complejidad al que asisten niños, niñas y adolescentes tanto de la ciudad de Córdoba como de otras provincias del país (Gonzalez, 2006).

III.2 ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DEL HIM



Fuente: elaboración propia a partir de lo informado por la institución.

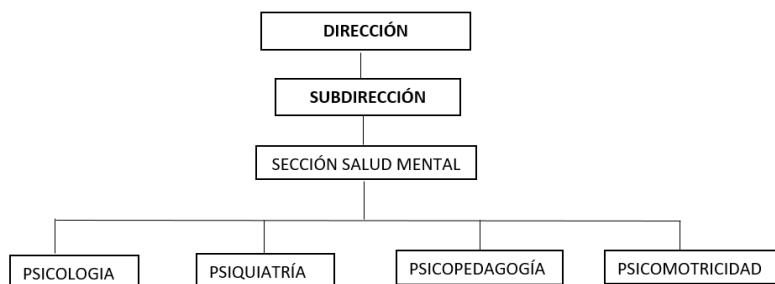
### III.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL

A partir de los datos recabados por el personal del HIM, el servicio de salud mental actualmente se encuentra conformado por cinco psicólogos, dos psiquiatras, dos psicopedagogas y una psicomotricista.

El Servicio de Salud Mental recibe solicitudes de atención de distintas vías, priorizando los casos en función de la demanda existente. En primer lugar, se aborda a través del dispositivo de interconsulta, los pacientes que se encuentran internados tanto en sala común como en la Unidad de Terapia Intensiva. En cuanto a la asistencia ambulatoria por consultorio externo, se prioriza, en primer lugar, derivaciones de la guardia central; en segundo lugar, la asistencia ambulatoria de niños y adolescentes que requieran un abordaje psicoterapéutico tras el alta hospitalaria; y posteriormente, las derivaciones intrahospitalarias realizadas por otros especialistas, con prioridad si se trata de un paciente crónico. Asimismo, se contemplan las solicitudes de atención provenientes de los organismos de protección de derechos, tales como los Servicios de Protección de Derechos del niño (SPD), la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) y el Poder Judicial. Finalmente, el servicio atiende derivaciones extrahospitalarias, provenientes de instituciones educativas, centros de salud, así como la demanda espontánea de niños, niñas y adolescentes que pertenecen al área programática establecida.

Los psicólogos insertos en el Servicio cuentan con formación específica y con áreas particulares de interés en las que desarrollan su práctica, tales como los equipos interdisciplinarios de oncología, diabetes, fibrosis quística y de la Unidad de Terapia Intensiva. La diversidad de enfoques refuerza la importancia del trabajo interdisciplinario y la articulación con otros equipos de salud.

### III.4 ORGANIGRAMA DE SALUD MENTAL



*Fuente: elaboración propia a partir de lo informado por la institución.*

#### **IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN**

*El rol del psicólogo clínico en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital pediátrico polivalente.*

## **V. OBJETIVOS**

## **V.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar el rol del psicólogo clínico en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital pediátrico polivalente.

## **V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analizar las intervenciones del psicólogo clínico en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica con:
  - a) los niños y niñas internados
  - b) las familias del niño o niña que se encuentra internado.
  - c) el equipo interdisciplinario de dicha Unidad.
2. Describir los desafíos y límites del rol del psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva pediátrica.

## **VI. PERSPECTIVA TEÓRICA**

## VI.1 EL PSICÓLOGO INFANTO JUVENIL EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO

La psicología del desarrollo infantil abarca el estudio y análisis de las distintas etapas que transcurren desde el nacimiento hasta la adolescencia, atendiendo a los aspectos afectivos, emocionales, cognitivos, sociales y psicomotrices característicos de cada período (Faas, 2018). Siguiendo esta línea, Faberman (2010) enfatiza que el rol del psicólogo infanto juvenil consiste en “...promover y preservar la salud de los niños...” (p.26).

El psicólogo infanto juvenil puede desempeñarse en una amplia variedad de dispositivos e instituciones, entre ellos el ámbito hospitalario.

Las intervenciones psicológicas en el hospital pediátrico presentan objetivos específicos: ayudar a pacientes y familiares a efectuar los tratamientos médicos, convivir con la enfermedad y hacerlo con el menor costo psíquico posible (Farberman, 2010). En esta línea, la autora destaca que intervenciones breves y focalizadas pueden resultar altamente eficaces para desarmar estados de terror en los niños, niñas o adolescentes o de angustia en los adultos cuidadores. Por ello, la frecuencia de intervenciones no es sistemática, lo que exige flexibilidad y creatividad como condiciones centrales del ejercicio profesional.

Los profesionales insertos en los servicios de salud mental de los hospitales pediátricos desarrollan un conjunto de funciones heterogéneas, entre las cuales se encuentra la psicología de enlace (Farberman, 2010).

En esta línea, Vidal y Benito (2022) sostienen que la psicología de enlace tiene por objetivo el “diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos psicológicos y/o psicopatológicos relacionados (concomitantes, reactivos, secundarios, sintomáticos) a una enfermedad física severa (aguda o crónica)” (p.29) tanto en los pacientes como en sus familias. Asimismo, se orienta a detectar y resolver las dificultades comunicacionales y de entendimiento que se producen entre el paciente, su familia y el equipo de salud.

En el ejercicio profesional, la psicología de enlace utiliza como instrumento principal la interconsulta, definida por Ferrari et al. (2019) como:

Un instrumento teórico clínico que se constituye como un espacio de articulación e interacción de dos prácticas, la médica y la psicológica, disciplinas con diferentes

teorías explicativas y modelos de acción, que surge ante la presencia de un malestar que interfieren en el acto de curar y en la relación a la atención de un paciente. (p.2)

En este sentido, la interconsulta promueve una mirada integral del padecimiento del paciente (Ferrari et al., 2019).

Asimismo, Vidal y Benito (2022) sostienen que, dentro de la psicología de enlace, otros dos elementos fundamentales son: el enlace y la docencia. El primero implica devolver al médico una hipótesis integradora de carácter biopsicosocial sobre el paciente y su familia, con el objetivo de enriquecer la valoración y favorecer la comprensión de las manifestaciones del paciente. La docencia, por su parte, refiere a la necesidad de continuar aprendiendo sobre lo biológico e integrar dichos saberes a lo ya conocido. En esta línea, Farberman (2010) sostiene que resulta relevante que el psicólogo cuente con un conocimiento adecuado de la patología orgánica que padece el paciente, incluyendo la evolución esperable, las posibles complicaciones y los cuidados requeridos. Del mismo modo, debe acompañar la evolución del caso y realizar devoluciones periódicas al paciente y al equipo médico, con el fin de comunicar avances y contribuir a regular expectativas que puedan resultar poco realistas.

## VI.2 LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

La Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) constituye el área de mayor complejidad dentro del Hospital Pediátrico. En dicho espacio, se brinda atención y tratamiento especializado, de manera interdisciplinaria a niños, niñas y adolescentes que atraviesan cuadros o enfermedades críticas “...con un fallo potencialmente letal de al menos un órgano o sistema vital, o con un fallo multiorgánico o multisistémico...” (De la Oliva et al., 2018, p.287). Las intervenciones están orientadas a preservar la vida, estabilizar funciones vitales y favorecer la recuperación, frecuentemente mediante procedimientos invasivos y dolorosos, en un contexto de tensión constante.

Estas particularidades permiten comprender la relevancia de la reformulación actual del concepto de cuidados paliativos, en tanto su implementación no se limita a la etapa final de la vida, sino que se integra al tratamiento de enfermedades potencialmente mortales. En

este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2020) define los cuidados paliativos como un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y de otros problemas.

En relación a los cuidados paliativos pediátricos, la Organización Mundial de la Salud (2023) agrega que éstos deben iniciarse desde el momento del diagnóstico y adoptar un enfoque integral que incluya a la familia. En la misma línea, Alberti et al. (2008) los definen como un modelo integral de atención dirigido al niño críticamente enfermo y su familia, que se inicia desde el momento de diagnóstico de la enfermedad crítica, sin que ello implique necesariamente un pronóstico de vida limitado. Este modelo contempla de manera articulada las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente y su familia.

### VI.3 EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE INTERNADO EN LA UTI

La internación en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica se configura como un evento disruptivo que irrumpe con la cotidianeidad tanto del niño, niña o adolescente como de su familia. Retomando los aportes de Benyakar (2005) un evento o situación es disruptiva cuando presenta “la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración” (p.14).

La situación de internación altera los procesos de desarrollo y expone al niño, niña o adolescente a un entorno diferente al familiar (Villanueva, 2009). Generalmente acontece de manera inesperada y abrupta, generando malestar, incertidumbre, sensación de pérdida de control de la vida y de la situación, dificultades en el sueño y cambios físicos (De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani, 2005). Además, conlleva cambios de horarios y actividades rutinarias que le proveían al niño un entorno previsible y tranquilizador (Farberman, 2010).

### VI.3.1 EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA INTERNACIÓN EN LA UTIP.

El impacto y las reacciones en el niño, niña o adolescente frente a la hospitalización serán diversas, ya que dependen de múltiples factores, entre ellos: la etapa evolutiva en la que se encuentra, el motivo de hospitalización, la contención familiar, las representaciones del paciente, las experiencias previas de internación, el vínculo con el equipo médico y las condiciones propias de la UTIP (Farberman, 2010).

Entre los factores mencionados, resulta pertinente recuperar, en primer lugar, las etapas del desarrollo cognitivo propuestas por Piaget, así como las representaciones sobre situaciones de hospitalización acorde a la etapa evolutiva del niño, niña o adolescente (Farberman, 2022).

El primer periodo corresponde a la etapa sensoriomotora (0 a 2 años). En este momento, el niño aún no se percibe diferenciado del entorno, pero puede discriminar estados de bienestar y malestar. Asimismo, los adultos son quienes le facilitan la exploración y ofrecen seguridad. El conocimiento se construye a través de la acción, y es el adulto quien otorga significado a las experiencias. Predominan formas primitivas de comunicación, como el llanto o la queja ante el displacer. Hacia el final del período, adquieren habilidades básicas como el dominio de la marcha, y comienzan a decir sus primeras palabras (Farberman, 2022).

Posteriormente, la etapa preoperatoria (2 a 6 años) se caracteriza por un aumento de la autonomía en múltiples áreas producto del desarrollo de la motricidad fina y gruesa. En esta etapa el aprendizaje por imitación adquiere un lugar central, la cognición se encuentra ligada a la inmediatez y predomina un pensamiento egocéntrico, mágico y animista: los niños tienden a relacionar los acontecimientos del entorno consigo mismos y a atribuir vida o intencionalidad a objetos inanimados. Estas características influyen en la comprensión de la enfermedad y de los procedimientos médicos; desde la lógica mágica, suelen esperar una recuperación rápida o automática (Farberman, 2022).

La etapa de las operaciones concretas (7 a 11 años) se distingue por un mayor sentido de sí mismo y un creciente interés en el mundo extrafamiliar. Las relaciones con los pares adquieren estabilidad y el razonamiento se vuelve más reflexivo. En este periodo, los niños pueden expresar sus pensamientos y emociones con mayor claridad (Farberman, 2022).

Finalmente, la etapa de las operaciones formales (12 a 17 años) corresponde a la adolescencia. Esta etapa conlleva importantes transformaciones vinculadas con la construcción de la identidad, la vida social, la redefinición de la sexualidad y el avance hacia una mayor autonomía. Asimismo, se consolida el pensamiento abstracto e hipotético (Farberman, 2022).

Además de las particularidades cognitivas propias de cada etapa, diversos autores señalan que cualquier intervención realizada sobre el cuerpo del niño genera un impacto, despertando fantasías y temores asociados a ser atacado y/o mutilado. Además, suelen presentarse fantasías persecutorias hacia el equipo médico, manifestándose a través del llanto, la irritabilidad, el oposicionismo o por el contrario, una actitud de extrema bondad y obediencia (Pedreira Massa y Mendoza, 1981).

Frente al impacto del diagnóstico, Farberman (2010) describe tres fases por las que atraviesa el niño. La primera corresponde a la crisis inicial, caracterizada por la presencia de negación, sensaciones de shock, ansiedad, culpa, miedo, enojo y tristeza. Posteriormente, se transita una fase de aceptación, en la cual el niño logra integrar la enfermedad y sus consecuencias. Finalmente, se presenta una fase preparatoria, en la que se acompaña al niño en el proceso de aprender a convivir con la enfermedad. En esta última etapa, las intervenciones psicológicas tienen por objetivo propiciar la disminución de los sentimientos de rabia, negación, angustia, así como favorecer el mantenimiento de los vínculos interpersonales, abordando los temores al rechazo con el fin de prevenir el aislamiento social.

Por otro lado, otro aspecto relevante para comprender los modos de afrontamiento del niño o niña es determinar si se trata de la primera experiencia de internación o si existen antecedentes de internaciones previas. Mientras que una primera internación implica, para el niño/a y su familia la necesidad de elaborar estrategias de afrontamiento, las internaciones reiteradas suelen favorecer la construcción y recuperación de ciertos recursos de afrontamiento desarrollados con anterioridad, así como una mayor familiaridad con el entorno. A pesar de ello, en el caso de las enfermedades crónicas, la vivencia de internación puede adquirir un carácter diferente, debido al potencial deterioro asociado y a que la situación es significada de otra manera (Farberman, 2010).

Asimismo, las condiciones específicas del contexto hospitalario y de la UTIP inciden en la manera en que vivencian la internación. La presencia continua de profesionales, las luces permanentes, las alarmas y los procedimientos médicos invasivos y de control constante, constituyen prácticas a las que el paciente no se encuentra habituado (Farberman, 2010).

No obstante, el impacto psicológico no se limita al periodo de internación, sino que también puede evidenciarse una vez finalizada la hospitalización. Algunos niños experimentan pesadillas, terrores nocturnos o alteraciones conductuales vinculadas a dificultades en la elaboración de la experiencia (Pedreira Massa y Mendoza, 1981). Por ello los autores sostienen la importancia de brindar información acorde al nivel cognitivo del paciente y según su etapa evolutiva, incluso después del alta.

En este sentido, la internación puede dar lugar a diversas manifestaciones psicológicas que, en conjunto, conforman el denominado síndrome post UTI (De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani, 2005). Según Toobe (2021), este síndrome refiere a la aparición de nuevos síntomas derivados de la enfermedad crítica que persisten tras el alta hospitalaria, pudiendo afectar dominios psicológicos, físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Ello requiere la valoración de un diagnóstico diferencial ante la posible presencia de un cuadro de ansiedad, trastorno anímico o de estrés postraumático asociado a la misma internación.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) sostiene que los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y ansiedad excesivo, y alteraciones conductuales asociadas. Por su parte, los trastornos depresivos son “trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo” (p. 155). Se caracterizan por presentar un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que alteran significativamente la funcionalidad del individuo.

Por último, el trastorno de estrés postraumático se desarrolla a partir de la exposición a un acontecimiento traumático, entendido como la vivencia o amenaza de muerte, lesión grave o violencia sexual. Dicha exposición puede ocurrir de manera directa, al presenciar el suceso ocurrido a otros, al conocer que el acontecimiento traumático le ha sucedido a una persona cercana o a través de una exposición repetida o extrema a detalles aversivos del evento. Asimismo, para el diagnóstico se requiere la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático; sueños relacionados con el evento; reacciones disociativas en las que el sujeto experimenta el acontecimiento como si estuviera ocurriendo nuevamente; malestar psicológico intenso ante la exposición a estímulos internos o externos que remiten el trauma; y reacciones fisiológicas marcadas frente a dichos estímulos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por otro lado, a nivel físico, es frecuente observar debilidad muscular o cierto grado de inmovilidad, producto de la permanencia prolongada en el ámbito hospitalario.

Finalmente, en el dominio cognitivo, el estrés experimentado durante la internación puede generar un deterioro cognitivo persistente en el tiempo (Toobe, 2021).

### VI.3.2 MECANISMOS DE DEFENSA FRENTE A LA INTERNACIÓN EN LA UTIP

La situación de internación en la UTIP expone al niño, niña o adolescente a vivencias de extrema dependencia y vulnerabilidad, donde el yo puede sentirse incapaz de tolerar grandes montos de angustia (Molina Peralta, 1989). Frente a ello, desarrollan mecanismos de defensa que contribuyen a mitigar el impacto emocional derivado de la experiencia (De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani, 2005).

Los mecanismos de defensa constituyen un conjunto de operaciones psíquicas orientadas a afrontar exigencias externas y proteger al yo de la desorganización y la angustia (Freud, 1926). Entre los mecanismos que se presentan con mayor frecuencia tanto en pacientes internados como en sus familias se encuentra la negación, la regresión y/o la racionalización (De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani, 2005).

La negación es un mecanismo que cumple la función de proteger al yo del displacer que genera la realidad y evitar situaciones dolorosas y ansiógenas (Freud, 1925). En la misma línea, Laplanche y Pontalis (1996) definen la negación como el rechazo de la percepción de un hecho impuesto desde el exterior.

La regresión, por su parte, implica un movimiento psíquico de retorno a modos previos de funcionamiento, ya sea de pensamiento, en las relaciones de objeto o en el comportamiento (Laplanche y Pontalis, 1996). Tal como señalan Pedreira Massa y Mendoza (1981), estas manifestaciones regresivas pueden aparecer durante o después de la internación, y en ocasiones, cumplen una función adaptativa al permitir sostener situaciones potencialmente intolerables. Finalmente, la racionalización, según Laplanche y Pontalis (1996), consiste en la búsqueda de explicaciones moralmente aceptables para actos o emociones cuyos motivos auténticos son inconscientes.

#### VI.4 LA FAMILIA DURANTE LA INTERNACIÓN

La familia constituye la principal fuente de cuidado y sostén emocional del niño, niña o adolescente. Retomando los aportes de Bleichmar (2005) “familia significa alguien que respalde y alguien que se sienta respaldado” (párr. 13). En esta línea, la situación de internación no constituye una excepción, ya que el paciente internado requerirá el acompañamiento y contención familiar. “El apoyo emocional de la familia hacia el paciente ingresado es un elemento insustituible y esperanzador para el afrontamiento de la enfermedad y colaboración con los procedimientos médicos” (Contreras y Palacios, 2013, como se cita en López Fuentetaja e Iriando Villaverde, 2019). Por ello, resulta fundamental que las personas responsables de su cuidado permanezcan cercanas a ellos.

El diagnóstico y la decisión de internación en la UTIP impacta significativamente en la familia. La forma en que esta situación es vivenciada dependerá del diagnóstico, del momento de ciclo vital que se encuentren, de la fortaleza de los vínculos familiares, del rol que ocupa el niño, niña o adolescente en la familia y de la presencia o ausencia de otras problemáticas (López Fuentetaja e Iriando Villaverde, 2019). En este contexto, pueden manifestarse diversas reacciones emocionales, tales como angustia, preocupación, incertidumbre, temor o incluso paralización. Estas emociones pueden incidir en la capacidad de brindar contención, dado que los niños perciben los estados emocionales de los adultos significativos e interpretan la realidad en función de ello (Farberman, 2010). Por esta razón, la autora destaca que la sintonía afectiva entre padres e hijos resulta un factor protector, en tanto favorece una comunicación efectiva, honesta y ajustada a la realidad.

Asimismo, la internación conlleva una reorganización en la rutina familiar, al imponer nuevas exigencias, obligaciones y limitaciones que deben ser asumidas durante ese período (Farberman, 2010).

#### VI.5 EL EQUIPO DE SALUD EN LA UTIP

El equipo de salud representa un eslabón importante durante la internación del niño, niña o adolescente. Por este motivo, la relación que se entreteje entre el paciente, su familia y los profesionales deberá basarse en la seguridad y la confianza, lo que exige al personal médico un alto grado de compromiso e implicación (De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani, 2005).

La atención en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica debe incluir al niño, niña y adolescente, y a su familia desde el primer momento. La calidad de la misma se sostiene, en gran medida, en la capacidad de brindar un cuidado humanizado. De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani (2005) desarrollan el concepto de humanización en la UTIP y destacan, entre las medidas humanizadoras, la preparación del niño y de los familiares para la internación, la creación de un ambiente adecuado y un acompañamiento psicológico continuo durante y después de la internación.

En esta línea, la información y comunicación se configuran también como dimensiones esenciales en el trabajo dentro de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Farberman (2010) enfatiza que deben sostenerse a lo largo de todo el proceso de hospitalización.

Según la Real Academia Española (2024), los conceptos de informar y comunicar presentan diferencias significativas: mientras que informar alude al acto de transmitir un dato o noticia, comunicar implica un intercambio dinámico que promueve la participación activa del receptor.

En el contexto de la UTIP, la comunicación permite mantener informado al niño y a la familia, reducir incertidumbres, fortalecer la relación con el equipo de salud y fomentar la adherencia terapéutica (De Simone y Tripodoro, 2004). En este sentido, Pedreira Massa y Mendoza (1981) sostienen que la información adecuada posibilita que el niño comprenda y elabore sus fantasías inconscientes. Asimismo, anticipar las prácticas y sensaciones que pueda experimentar contribuye a que el niño, niña o adolescente comprenda que las intervenciones facilitan su recuperación (Farberman, 2010). Por el contrario, la desinformación dificulta este proceso, promoviendo la elaboración de explicaciones a través de la fantasía.

La comunicación requiere adecuar la información a los tiempos y capacidades de asimilación del paciente y su familia (Farberman, 2010). En esta línea, De Simone y Tripodoro (2004) desarrollan el principio de verdad soportable y progresiva, que implica considerar la edad del receptor, el momento en que se realiza la comunicación, los recursos cognitivos, entre otros factores.

En la Unidad de Terapia Intensiva la modalidad de comunicación que se establezca se encuentra condicionada por el desarrollo cognitivo del niño, niña o adolescente (Farberman, 2022). En niños de hasta 2 años, la información visual suele comprenderse con mayor facilidad, por lo que el uso de los elementos concretos resulta útil, mientras que las intervenciones verbales se orientan a brindar tranquilidad y consuelo. En la etapa preoperatoria, se debe anticipar aquello que afectará el futuro inmediato del niño. Durante esta etapa y la de las operaciones concretas, el lenguaje es comprendido de manera literal, por lo que se recomienda evitar el uso de metáforas. En este último periodo, los niños desarrollan un razonamiento lógico, pueden manipular categorías de tiempo y espacio, y suelen atribuir la enfermedad a factores externos, lo que permite conceptualizar la información en relación con la historia y la evolución del cuadro. Por último, en la etapa de las operaciones formales, localizan la causa de la enfermedad en el cuerpo y demandan información completa y precisa.

Para todas las edades, acompañar las explicaciones verbales con dibujos, objetos y juegos facilita la comprensión (Farberman, 2022).

Aun considerando las particularidades del desarrollo cognitivo, la internación en la UTIP constituye un acontecimiento disruptivo. En este contexto, lo que se dice no siempre es oído, lo que se escucha no necesariamente es comprendido y lo que se comprende no siempre puede ser recordado. Estas variaciones dependen en gran medida del estado emocional de cada miembro de la familia. Por ello, resulta relevante que el personal cuente con espacios institucionales de expresión (López Fuentetaja e Iriando Villaverde, 2019).

Durante la comunicación del diagnóstico y en los intercambios posteriores con la familia, es importante que el equipo de salud explore los temores, dudas y conocimientos previos (De Simone y Tripodoro, 2004). Asimismo, no se debe omitir ni minimizar los riesgos asociados a la enfermedad o a los procedimientos médicos, y evitar juicios de valor, eufemismos o la generación de falsas expectativas (Farberman, 2010; De Simone y Tripodoro, 2004).

Por último, se debe considerar el impacto emocional que estas situaciones generan en los propios profesionales. El hospital constituye un escenario donde el sufrimiento psíquico no se presenta únicamente en los pacientes, sino también en el equipo de salud. Tal como lo señalan López Fuentetaja e Iriando Villaverde (2019), “no es posible acercarse a un paciente que sufre sin que este sufrimiento encuentre un eco en el profesional mismo” (p. 3). En este sentido, la incertidumbre respecto al pronóstico y evolución de determinadas enfermedades, y dificultades en la comunicación, pueden generar elevados niveles de estrés, que, cuando no puede ser elaborado, se manifiesta en agotamiento, frustración, enojo o distanciamiento,

repercutiendo en la calidad de atención brindada (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019).

## VI.6 LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.

El rol del psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva comprende un conjunto de intervenciones dirigidas al niño, niña o adolescente internado, así como a su familia y al equipo de salud involucrando, manteniendo como eje central la atención del paciente (Lopez Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019). Para ello, se vale de distintos instrumentos entre los que se encuentra la entrevista psicológica.

En la Unidad de Terapia Intensiva, considerando los elevados niveles de angustia y desorganización que suelen experimentar tanto el niño como su familia, predominan las entrevistas semiestructuradas. Este tipo de entrevistas permite al entrevistador configurar el campo (Siquier de Ocampo y García Arzeno, 1975), proporcionando una organización y estructura, pero sin adoptar un carácter directivo, lo que permite una mayor flexibilidad. Cabe señalar que ante situaciones de fallecimiento de un niño, niña o adolescente, se realizan intervenciones desde entrevistas de contención, y entrevistas estructuradas y directivas para organizar la red de contención familiar de padres o cuidadores referentes y hermanos.

Las entrevistas psicológicas en la Unidad de Terapia Intensiva presentan un encuadre flexible (Farberman, 2010). Debido a las características de la internación, generalmente se realizan en espacios compartidos, como el pasillo y en presencia de otros profesionales y otras personas. “Esta situación requiere de una aproximación cuidadosa a los aspectos personales del paciente, intentando captar el momento idóneo para la exploración y respetando hasta dónde quiere expresar en ese momento determinado.” (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019, p.5). Asimismo, la duración varía en función de múltiples factores, entre los que se encuentran las intervenciones médicas, y el estado y evolución clínica del niño o adolescente.

Las intervenciones psicológicas con los pacientes internados en la UTIP se desarrollan en un contexto caracterizado por la urgencia clínica (Lopez Fuentetaja e Iriondo Villaverde,

2019). En este marco, tienen como finalidad potenciar los recursos de afrontamiento y promover la elaboración de las consecuencias cognitivas y emocionales derivadas de la internación (Farberman, 2010). De esta forma, se busca contribuir a que el niño o adolescente pueda comprender y dotar de significado las emociones que emergen durante y después de la internación, así como contener, acompañar el proceso de evolución de enfermedad y compartir experiencias, representaciones e imágenes temidas.

Al intervenir con los niños, niñas y adolescentes internados resulta indispensable considerar los aspectos evolutivos propios de cada etapa del desarrollo. Reconocer las particularidades permite ofrecer estrategias de afrontamiento adecuadas, comunicar de manera acorde al nivel cognitivo del paciente y favorecer una mejor calidad de vida (Farberman, 2022).

Durante la internación, el paciente es sometido a diversas intervenciones médicas. La capacidad de afrontamiento de las mismas dependerá de la edad, historia, fantasías y temores, grado de información y comprensión que tenga, la zona corporal comprometida y las características de la intervención (Méndez, 2022). En ello, una de las intervenciones que puede realizar el psicólogo es la psicoprofilaxis quirúrgica. Mucci (2024) la define como un proceso psicoterapéutico con objetivos preventivos y focalizados en la situación quirúrgica, orientado a promover recursos para afrontar la operación, reducir efectos adversos en el psiquismo y favorecer la recuperación biopsicosocial.

Por otra parte, el psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva realiza intervenciones dirigidas a la familia. Molina Peralta (1989) sostiene que la entrevista parental presenta un carácter preventivo y tiene por objetivo realizar una valoración de la situación familiar, de las características de la dinámica familiar, el estado anímico de los padres o cuidadores y de los hermanos. Además, evalúa la presencia de sintomatología conductual reactiva en los hermanos y las representaciones que tienen sobre el estado de salud del niño, niña o adolescente internado considerando las etapas evolutivas de los mismos.

Las intervenciones en la entrevista parental se orientan a la contención, apoyo y acompañamiento frente a dudas y temores que pueden surgir (De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani, 2005). Molina Peralta (1989) sostiene que “la angustia de la espera se hace más tolerable si no hay confusiones, ni malos entendidos y se mezclan menos con fantasías perturbadoras” (p.41).

Asimismo, el psicólogo puede intervenir acompañando e informando a los hermanos acerca del tipo de enfermedad, su gravedad y duración (Farberman, 2010). Dado que los

padres o cuidadores referentes suelen ausentarse con mayor frecuencia del hogar y se desorganiza la rutina familiar, su cuidado suele ser delegado a familiares cercanos.

Por otro lado, el psicólogo realiza intervenciones dirigidas al equipo de salud de la Unidad de Terapia Intensiva. Farberman (2010) señala que el psicólogo puede intervenir en: la formación sobre el desarrollo emocional en la infancia y la adolescencia, con el fin de facilitar la comprensión de reacciones frente a la enfermedad; el asesoramiento sobre modalidades de comunicación adecuadas en las distintas etapas evolutivas, tanto con el paciente como con su familia; compartir la carga emocional generada por la atención en áreas movilizantes; y la promoción y coordinación de actividades orientadas a la prevención del burnout.

En este sentido, López Fuentetaja e Iriando Villaverde (2019) agregan que la capacitación de los profesionales en competencias vinculadas a la comprensión y al manejo de aspectos psicológicos favorece un posicionamiento continente frente a la ansiedad y habilita una lectura más compleja de las reacciones del niño, niña o adolescente.

Finalmente, al tratarse del sector de mayor complejidad del Hospital Pediátrico, donde se brinda atención especializada a pacientes con cuadros o enfermedades críticas (De la Oliva et al., 2018), el rol del psicólogo se encuentra atravesado por el acompañamiento y la contención durante las etapas terminales tanto del niño, niña o adolescente, como de su familia y el equipo médico (Farberman, 2010). En este contexto, la muerte se configura como un fenómeno cercano dentro de la práctica clínica.

Farberman (2010) distingue dos fases de la etapa terminal. La primera se inicia cuando no existe un tratamiento curativo disponible y el costo, entendido como dolor y sufrimiento para el niño, niña o adolescente, de continuar o implementar determinadas intervenciones, supera los posibles beneficios, requiriendo la planificación de cuidados paliativos. “En esta etapa generalmente se inicia el proceso de aflicción en los padres.” (p.176). La segunda fase comienza con el ingreso del paciente en estado de agonía, momento en el que se observa un deterioro significativo y mayor grado de conductas regresivas. Durante esta etapa, los niños tienden a buscar la proximidad constante de sus padres. Asimismo, Farberman (2010) sostiene que el equipo de salud tiene por objetivo en dicha etapa reducir el malestar y maximizar el confort del paciente.

En las intervenciones dirigidas al niño, el psicólogo interviene facilitando la comunicación honesta, abierta y comprensiva que permita abordar sus inquietudes y temores. Farberman (2010) sostiene que los niños desean ser acompañados en el tramo final de su vida,

por lo que resulta fundamental garantizar una escucha empática que habilite la expresión emocional.

Con los padres, el psicólogo acompaña la elaboración de la despedida y de un proceso de duelo saludable. Y con el equipo interdisciplinario, colabora en la incorporación de prácticas orientadas al cuidado integral del paciente (Farberman, 2010).

## **VII. MODALIDAD DE TRABAJO**

El presente trabajo llevado a cabo en el Hospital Infantil Municipal, presenta la modalidad de sistematización de experiencias. Jara Holliday (2011) destaca que la misma implica “... un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica...” (p.67). En dicho proceso se recuperan tanto los factores objetivos como subjetivos que allí intervinieron, extrayendo aprendizajes y conocimientos para luego compartirlos. Por este motivo, la sistematización de experiencia presenta una base epistemológica que cuestiona el enfoque positivista, recuperando la unidad entre sujeto y objeto de conocimiento (Barnechea Garcia y Morgan Tirado, 2010). Esto implica que quien realiza la sistematización debe ser una persona activa, creativa, con intención de producir una transformación, y no de reproducir pasivamente la realidad social. Jara Holliday (2011) lo expresa de la siguiente manera: “...interrogar la experiencia y dejarse interrogar por ella...” (p.72).

## VII.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información necesaria para abordar los objetivos escogidos fue recolectada a través de diversas técnicas metodológicas. Pérez de Maza (2016) remarca que en un proceso de sistematización de experiencias se requieren de distintas técnicas al encontrarse presentes diversas situaciones vivenciales. En este sentido, las técnicas utilizadas fueron la observación no participante, el registro de campo y las entrevistas abiertas con la psicóloga referente.

En primer lugar, la observación no participante consiste en que el observador adopta un rol de espectador de la realidad sin participar activamente para evitar modificarla. A pesar de ello, presenta escucha atenta que le permite captar todos los fenómenos de la situación vivenciada (Yuni y Urbano, 2006).

Por otro lado, el registro de campo resultó una herramienta esencial para el registro de lo observado y vivenciado durante la práctica. Jara Holliday (2013) resalta que en la sistematización de experiencias “es fundamental que se vayan realizando y guardando registros de lo que acontece durante la experiencia” (p. 8). El registro supone seleccionar aspectos del fenómeno observado desde la perspectiva del investigador.

Por último, se utilizaron entrevistas abiertas realizadas a la psicóloga referente con el objetivo de recabar información complementaria. Retomando los aportes de Bleger (1985), en la entrevista abierta las preguntas no se encuentran previamente establecidas ni siguen un orden fijo; por el contrario, es el entrevistado quien configura el campo, lo que favorece una comprensión más amplia del fenómeno investigado.

## VII. 2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA

En dicho trabajo, la experiencia tiene como sujeto principal a la psicóloga referente y las intervenciones realizadas por ella. No obstante, con el objetivo de contextualizar dichas intervenciones se utiliza el material clínico de seis niños y niñas, cuyas edades se encuentran entre los 2 meses y 10 años. Dicha población se encontraba en la Unidad de Terapia Intensiva durante el periodo en que se llevaron a cabo las prácticas profesionales supervisadas. Asimismo, se incorpora el material de las intervenciones dirigidas a la familia del paciente internado y al equipo interdisciplinario de la UTIP. Algunos datos fueron modificados con el fin de preservar la confidencialidad.

A continuación se realiza una breve descripción de los participantes:

CASO 1: Juana. Es una niña de 7 años que se encuentra internada en la UTIP por asma grave. Vive con la mamá, quien la acompaña durante la internación, y con el hermano.

CASO 2: Geronimo. Es un niño de 2 meses que se encuentra internado por dificultades respiratorias y bronquiolitis. Vive con su mamá. Cuenta con referentes en su familia extensa, entre ellos los abuelos maternos.

CASO 3: Lucas. Es un niño de 4 años que se encuentra internado en UTIP, ingresó por una neumonía y luego desarrolló la enfermedad llamada Guillain Barré. La misma es una enfermedad autoinmune que afecta los nervios periféricos causando debilitamiento y una parálisis neuromuscular. Vive con su mamá y su papá. Cuenta con la contención de su familia extensa, entre ellos los abuelos maternos.

CASO 4: Benjamín. Es un niño de 4 años que presenta el diagnóstico de neuroblastoma abdominal. Debido a ello, y a su tratamiento oncológico, requirió varias internaciones, algunas de ellas en la UTIP. Vive con su mamá, papá y dos hermanos.

CASO 5: Florencia. Es una niña de 3 meses que ingresa a la UTIP con hemorragias cerebrales, hematomas y desorientación. Vive con su mamá y su papá. Cuentan con referentes en la familia paterna.

CASO 6: Lucía. Es una preadolescente de 10 años que se encuentra internada en la UTIP por influenza. Presenta antecedentes de escoliosis severa y ECNE: encefalopatía crónica no evolutiva, por lo que ya ha estado internada en el hospital. La abuela paterna es su cuidadora referente. El padre y el abuelo paterno también la acompañan durante la internación.

### VII.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Práctica Profesional Supervisada y la elaboración del trabajo se encuentran atravesados por los principios generales y normas deontológicas del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba y del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA).

En primer lugar, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) establece el respeto por los derechos y la dignidad de las personas, en este caso de los niños, niñas y de sus familias. En consonancia con ello, la Ley N°26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, garantiza derechos esenciales como el derecho a la identidad, intimidad, vida privada, a la libertad, así como el derecho de opinar y de ser oído. Esta normativa orienta y atraviesa de manera directa el accionar de los profesionales en la institución.

Por otro lado, el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) desarrolla el consentimiento informado. Dicha norma implica que el profesional debe brindar información sobre la actividad profesional, las responsabilidades mutuas, la protección de confidencialidad, limitaciones de la práctica, y la opción de retractarse. En este caso, durante

el establecimiento del encuadre, los niños, niñas y familiares asistidos fueron informados por parte de la psicóloga de acuerdo a su edad evolutiva, dando luego su consentimiento y asentimiento.

Asimismo, durante la realización de la práctica y en la posterior elaboración del trabajo se mantuvo el secreto profesional. El mismo consiste en la obligación legal de confidencialidad de toda información recibida por los consultantes o durante el ejercicio profesional (Federación de Psicólogos de la República Argentina, 2013). Para ello, los datos personales han sido modificados con el fin de preservar la identidad de los profesionales y pacientes.

## **VIII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

### VIII.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO:

En el presente apartado se expone la experiencia correspondiente a la Práctica Profesional Supervisada realizada en el Hospital Infantil Municipal. El objetivo de ello consiste en recuperar y analizar el proceso formativo vivenciado durante la práctica. Para esto, se realizará un desarrollo en primera persona, en tanto dicha perspectiva permite dar cuenta de las implicancias subjetivas que atravesaron la experiencia y de los aprendizajes construidos en el marco de la inserción institucional.

Desde el primer momento en que elegí el Hospital Infantil Municipal para realizar las Prácticas Profesionales Supervisadas, se hicieron presentes en mí sentimientos de nerviosismo, incertidumbre y ansiedad. Al mismo tiempo, experimenté una profunda alegría. Me motivaba conocer el rol del psicólogo clínico en un hospital pediátrico polivalente, así como su labor con infancias y adolescencias.

Previo al primer contacto con la institución, emergieron en mí diversos interrogantes en torno a la práctica profesional: ¿cómo trabajar con niños, niñas, adolescentes en el ámbito hospitalario?, ¿cuáles serían las demandas y desde qué espacios o actores se originaban?.

Comencé las Prácticas Profesionales Supervisadas el 7 de mayo de 2025. Ese día conocimos, junto con mi compañera, a las psicólogas con quienes realizaríamos las rotaciones y a la coordinadora del servicio. Posteriormente, realizamos un recorrido por el hospital que nos permitió conocer los distintos sectores, constituyendo éste el primer acercamiento a los niños y familias que transitaban la institución. Durante dicho recorrido, la coordinadora enfatizó la relevancia de recorrer los pasillos y las salas de internación, señalando que *“muchas veces las consultas no llegan al consultorio, hay que ir por ellas”* (Registro N°1, 07/05/2025). En el internado, los/as niño/as esperaban ansiosos la presencia de la psicóloga para jugar. *“La mamá nos cuenta que había pedido por la licenciada, quería el juego que ella le había prometido.”* (Registro N°7, 22/05/2025)

Durante los primeros tres meses de prácticas, hasta el 1 de agosto del 2025, realicé la rotación con la psicóloga que integra los equipos interdisciplinarios de oncología, diabetes y

en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Asimismo, dicha profesional intervenía en situaciones vinculadas al maltrato infantil y al abuso sexual.

La psicóloga asistía al hospital de lunes a viernes en el horario de 7.30 a 14.30hs. En cuanto a mi práctica, concurría los días miércoles, jueves y viernes de 8:00 a 13:00hs, aunque en algunas ocasiones el horario se extendía.

Los días miércoles y viernes, a las 8:00hs, la psicóloga realizaba entrevistas de admisión con los padres o cuidadores, cuyos turnos eran asignados a través del turnero central o call center. Posteriormente, los días miércoles a las 9:30hs, asistíamos al taller de diabetes dirigido a los/las niños/as y adolescentes. En dicho espacio se desarrollaban diversas actividades con el objetivo de favorecer una mayor adherencia terapéutica, al tiempo que se promovía la socialización entre pares, compartiendo también el desayuno. Finalizado el taller, se continuaba con la atención de los turnos programados.

Los días viernes, a las 9:00hs, tenía lugar la reunión de salud mental y, a las 9:30hs, participábamos del Ateneo de Salud Mental, en el cual se presentaba y debatía un caso clínico. A este espacio asistían los profesionales del servicio y estudiantes de psicopedagogía o psicomotricidad. Al finalizar el ateneo, participábamos de la reunión del equipo de oncología, integrada por médicos oncólogos, enfermeros, bioquímicas, trabajadora social y psicóloga. En dicho encuentro, los profesionales intercambiaban información y perspectivas sobre los pacientes internados o en tratamiento, desde el abordaje específico de cada disciplina.

Por su parte, los días jueves a las 8:00hs asistíamos a la instantánea, donde se presentaba un caso clínico para su discusión junto a médicos y residentes de pediatría. Seguido a ello, la psicóloga realizaba la atención de niños, niñas y adolescentes en consultorio externo.

Además de las actividades anteriormente mencionadas, que se encontraban programadas, en aquellos momentos que se liberaba un turno o recibía una interconsulta, nos dirigíamos a la Unidad de Terapia Intensiva. Allí, la licenciada llevaba a cabo entrevistas con los/as niños/as internados y con sus familiares. El rol del psicólogo clínico en este espacio despertó en mí mucho interés, en tanto implicaba una modalidad de intervención distinta a la desarrollada en consultorio externo. Previo a ir por primera vez, tenía muchas preguntas en torno al lugar que ocuparía el psicólogo en el dispositivo de internación y particularmente en la Terapia Intensiva ¿cuáles son las intervenciones que puede realizar?, ¿donde se sitúa el foco de la intervención?, ¿cómo trabajar con los niños, niñas y adolescentes en situaciones críticas?.

Las intervenciones dirigidas a los niños, niñas o adolescentes en la Unidad de Terapia Intensiva tenían por objetivo principal brindar contención, facilitar la elaboración psíquica de la internación y potenciar los recursos de afrontamiento. En cuanto a las intervenciones dirigidas a los padres o cuidadores, la psicóloga realizaba una valoración de la situación y dinámica familiar, y del estado anímico de los padres o cuidadores y de los hermanos. Asimismo, se evaluaba la presencia de sintomatología conductual reactiva en los hermanos y las representaciones que tenían sobre el estado de salud del niño, niña o adolescente internado considerando las distintas etapas del desarrollo evolutivo. En este sentido, uno de los objetivos consistía en trabajar sobre la explicación de los motivos de la internación, dado que dicha situación despertaba en los hermanos diversas fantasías.

Las entrevistas psicológicas en la Unidad de Terapia Intensiva presentaban la particularidad de desarrollarse bajo un encuadre flexible, debido a las características propias del contexto. Solían realizarse en espacios comunes, como el pasillo, y en presencia de otros profesionales o personas. Estas condiciones configuraban de manera singular el trabajo del psicólogo en dicho espacio.

Por último, la psicóloga acompañaba el proceso de evolución de la enfermedad en pacientes con patologías oncológicas. En los casos en que los niños, niñas o adolescentes se encontraban internados, se realizaban entrevistas con ellos y/o con sus familiares. Asimismo, participaba en interconsultas con Servicio Social ante situaciones de maltrato infantil o abuso sexual, las cuales no se encontraban programadas y tenían un carácter de urgencia.

Posteriormente, en el mes de agosto, inicié la rotación con otra psicóloga del servicio, quien desarrollaba su práctica principalmente en la atención en consultorios externos, coordinaba un grupo terapéutico y formaba parte del equipo interdisciplinario de fibrosis quística. La profesional asistía los días lunes, martes y jueves en el turno tarde y los miércoles y viernes en el turno mañana.

La coordinación del grupo terapéutico se realizaba los días lunes, con una frecuencia quincenal. En función de dicha modalidad, asistía a realizar la práctica los días lunes durante las semanas en que se llevaba a cabo el grupo, mientras que, en las semanas alternas, concurría los días martes. En el grupo participaba también una psicopedagoga, con quien la psicóloga planificaba las actividades a desarrollar. Estas variaban en cada encuentro y tenían por objetivo principal la adquisición de habilidades y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Los integrantes del grupo presentaban edades comprendidas entre los 11 y 12 años.

Los días miércoles participábamos de la instantánea y, posteriormente, la licenciada atendía a los pacientes de fibrosis quística (FQ). La modalidad de atención a dichos pacientes presentaba características particulares, dado que los profesionales eran quienes rotaban por los distintos consultorios en los que se encontraban los niños, niñas y adolescente. Esta organización respondía a las medidas de cuidado necesarias ya que los pacientes con FQ no pueden compartir un mismo espacio cerrado debido al riesgo de contagio de bacterias.

Los días viernes, también asistía a la institución, iniciaba la jornada participando del ateneo de salud mental y, posteriormente, acompañaba a la profesional en las entrevistas de admisión.

Las profesionales referentes me permitieron participar siempre de las distintas actividades, brindándome posteriormente espacios de intercambio y reflexión conjunta para el análisis de los casos observados, así como para la articulación teórica de las intervenciones realizadas. Esta modalidad me permitió reflexionar sobre la práctica del psicólogo infanto juvenil en el ámbito hospitalario y profundizar los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación de grado.

Finalmente, durante el último mes de práctica, realice una rotación con las psiquiatras del servicio, quienes desarrollaban su labor en consultorio externo y, en determinadas ocasiones, si recibían una interconsulta, acudían al internado. Esta experiencia me permitió un acercamiento al quehacer de otros profesionales con quienes el psicólogo articula de manera frecuente.

A modo de cierre, destaco la riqueza formativa que implicó rotar con distintas profesionales, cada una con sus trayectorias y especializaciones. Dicha experiencia me permitió no solo conocer el rol del psicólogo en un hospital pediátrico polivalente, sino también aproximarme a distintas modalidades de intervención con niños, niñas y adolescentes.

## VIII. 2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

En el presente apartado se desarrollan los objetivos específicos del trabajo, articulando el marco teórico previamente expuesto con la experiencia adquirida durante las Prácticas Profesionales Supervisadas. Para tal fin, se recuperan y analizan los datos obtenidos en los registros de campo y en las entrevistas realizadas a la psicóloga referente.

En primer lugar, se analizarán las intervenciones realizadas por la psicóloga a los niños y niñas durante el periodo de internación en la UTIP y posterior al alta. Seguido a ello, se abordarán las intervenciones con las familias del niño o niña internado en la UTIP. Luego, se analizan las intervenciones de la psicóloga dirigidas al equipo de salud de la UTIP. Por último, se describirán los principales desafíos y límites del rol del psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva.

En esta línea, y retomando los aportes de De Carvalho y Werner Sebastiani (2005), las intervenciones y acompañamiento del psicólogo durante la internación en la Unidad de Terapia Intensiva constituyen una medida humanizadora, en tanto favorecen un abordaje integral que contempla la dimensión subjetiva del paciente y su entorno.

#### VIII.2.1 LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS CON EL NIÑO O NIÑA INTERNADO EN LA UTIP

Las intervenciones psicológicas se encuentran presentes a lo largo del proceso de todo el proceso de internación, desde el ingreso del niño o niña a la Unidad de Terapia Intensiva hasta posterior al alta. Tal como lo menciona Farberman (2010), las mismas tienen por objetivo contener, acompañar el proceso de evolución de la enfermedad, potenciar los recursos de afrontamiento y facilitar una elaboración psíquica que permita afrontar de manera operativa la experiencia de internación. En este marco, eran frecuentes las visitas a la Unidad para realizar entrevistas con los niños y sus padres o cuidadores referentes, evaluar la evolución del caso y trabajar con el material que se vaya emergiendo.

En dicho contexto, considerando los elevados niveles de angustia y desorganización que suelen experimentar tanto el niño como su familia, predominan las entrevistas semiestructuradas. Este tipo de entrevistas permite al entrevistador configurar el campo

(Siquier de Ocampo y García Arzeno, 1975), proporcionando un marco de organización y estructura, pero sin adoptar un carácter directivo.

Asimismo, las entrevistas psicológicas en la UTIP se caracterizan por presentar un encuadre flexible (Farberman, 2010). Debido a las características y condiciones de la internación en UTIP, suelen llevarse a cabo en espacios compartidos, como el pasillo, y en presencia de otros profesionales o personas que circulan por el servicio. Su duración es variable, ya que depende de múltiples factores, entre ellos las intervenciones médicas y el estado clínico y evolución del niño o adolescente (López Fuentetaja e Iriundo Villaverde, 2019).

Por otra parte, presentan un carácter preventivo debido a que se orientan a potenciar los recursos de afrontamiento y a facilitar una elaboración psíquica que permita afrontar de manera operativa la experiencia de internación (Farberman, 2010). Esta modalidad de intervención resulta pertinente en la Unidad de Terapia Intensiva dado que se trata de un contexto caracterizado por múltiples factores estresantes tanto para el niño como para su familia. Entre ellos se destacan la presencia continua de profesionales, luces permanentes, alarmas y procedimientos médicos invasivos y de control constante. Estos elementos inciden de manera significativa en la forma en que el niño o niña vivencian la situación (Farberman, 2010).

Frente a ello, una de las intervenciones habituales consiste en abordar con el niño o niña el reconocimiento de recursos lúdicos-recreativos que contribuyan a disminuir el impacto de los factores estresantes presentes en la UTIP. De esta manera, se busca promover un posicionamiento de afrontamiento activo frente a la internación, identificando recursos que favorezcan una mayor posibilidad de regulación emocional ante dichos factores. Por ejemplo, con los niños en estado vigil, se les sugiere el uso de auriculares para disminuir la exposición a los ruidos propios de la unidad, o llevar un objeto lúdico, con el fin de tornar el ambiente más tolerable y familiar.

En el caso de Juana, una niña de 7 años que se encontraba internada en la UTIP por asma grave, luego de que la extubaron, la psicóloga comenzó a realizar las intervenciones de manera directa con la paciente:

*Fuimos a ver a Juana, ayer la extubaron, se encontraba vigil y poco comunicativa. La psicóloga se presentó y estableció el encuadre. Le contó que es psicóloga y que los psicólogos están para acompañarlos cuando presentan emociones de malestar como tristeza, miedo, enojo, preocupaciones. En ese momento, Juana comienza a llorar y manifiesta temor observando y señalando la aparatología presente en el lugar. Ante ello, la psicóloga le dijo: “la idea es que si te molestan mucho los ruidos puedes*

*ponerte unos auriculares y escuchar música que a vos te guste, o pensar qué otras formas para que puedas sentir menos estos ruidos”.*

*Posteriormente, la niña, presentando indicadores de angustia, se tocó la zona del cuello. Ante ello, la psicóloga, (considerando su reciente intubación), refirió: “Podes sentir una sensación en la garganta porque los doctores necesitaron ponerte un tubito por unos días, mientras dormías, para que puedas respirar mejor. Te molestará un poco pero después va a dejar de molestar.” (Juana asienta con la cabeza).*

*Al finalizar la entrevista, la psicóloga expresó “Nos vamos a seguir viendo. Si tenés un juguete sin pelitos, podés traerlo, o algo de plástico, pantallas, o materiales para pintar” (Registro N°29, 01/08/2025).*

En las intervenciones psicológicas anteriormente descriptas, la psicóloga facilita la expresión emocional de malestar por parte de la niña. Asimismo, interviene esclareciendo y brindando información clara y acorde a su etapa evolutiva, sobre las causas de dicho malestar, evitando la construcción de representaciones distantes de la realidad. De este modo, se contribuye a disminuir representaciones de ansiedad persecutoria ante las intervenciones médicas y a fortalecer el vínculo con el equipo de salud de referencia.

#### VIII.2.1.1 DIFERENCIAS ENTRE LA PRIMERA EXPERIENCIA DE INTERNACIÓN Y LA RE-INTERNACIÓN EN LA UTIP

El ingreso de un niño o niña a la Unidad de Terapia Intensiva puede responder a distintas causas, entre ellas, la presencia de una enfermedad orgánica o situaciones críticas derivadas de eventos súbitos que afectan la integridad física y amenazan la continuidad de su vida. Esta situación implica un quiebre en la cotidianeidad familiar y en los procesos de desarrollo (Villanueva, 2009).

En su mayoría, las intervenciones de la psicóloga con el niño o niña internado en la UTIP inician a partir de una interconsulta realizada por el equipo médico. Tal como lo menciona Farberman (2010) la interconsulta constituye una de las funciones que el psicólogo puede ejercer en el ámbito hospitalario. Ferrari et al. (1980) refieren que el proceso se inicia

con la solicitud formal, donde se incluye información acerca del paciente y el presunto motivo de interconsulta.

Así fue el caso de Florencia, una niña de 3 meses de vida, que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva debido a que presentaba hematomas y hemorragias cerebrales. Ante ello, la psicóloga referente recibió la interconsulta de manera telefónica por parte del equipo de la UTIP.

*La psicóloga recibe un mensaje del equipo de la UTI comentándoles el caso de Florencia, una niña de 3 meses que ingresa a la UTI con hemorragias cerebrales y con hematomas. Los papás llegan al hospital porque la niña tenía un derrame en el ojo y se encontraba desorientada. Luego refieren que la bebe no había tomado leche por dos días por 8hs (tiempo que la mamá se encontraba en el trabajo). El motivo que refieren es que la bebé no agarraba la mamadera” (Registro N°4, 05/05/2025).*

En cuanto al presunto motivo de interconsulta la licenciada refiere que

*Existía la sospecha de SMI (Síndrome de Maltrato Infantil) y del Síndrome del Bebe sacudido. Esto último significa que como son muy bebés, aún no presentan el desarrollo de los músculos de sostén de su cabeza, entonces al sacudir al niño pueden producir hemorragias cerebrales. (Registro N°4, 05/05/2025).*

Ante ello, la psicóloga intervino conjuntamente con la trabajadora social mediante entrevistas individuales a los padres. El objetivo de las mismas fue valorar la situación y dinámica familiar, así como la presencia de redes de apoyo que pudieran acompañar durante la internación de la niña, y determinar si se trataba de la primera experiencia de internación en la UTIP.

En el caso de Florencia, la mamá refirió que era la primera vez que la niña se encontraba internada. En este marco, y luego de establecer el encuadre, la psicóloga expresó: *“la propuesta es poder acompañarlos como equipo de salud durante la internación de la niña en terapia intensiva.”* (Registro N°4, 05/05/2025). Asimismo, al tratarse de la primera experiencia de internación, las intervenciones se orientaron a brindar información sobre la dinámica propia de la UTIP. En ese sentido, durante la entrevista con la mamá de Florencia, la psicóloga refirió: *“Van a ver muchos doctores y enfermeros que van a estar cuidándola permanentemente, ya que su situación es delicada; van a estar constantemente supervisando y controlando su estado de salud”*(Registro N°4, 05/05/2025). Posteriormente agregó:

*Es importante que ustedes puedan estar anímicamente regulados, lo más fuerte posibles, para acompañar y sostener a la niña en su estado actual, si bien Florencia está sedada, los niños perciben la presencia de sus adultos referentes y el estado anímico de los mismos. Pueden contar con la presencia de familiares, parientes,*

*amigos que los acompañen al Hospital, no podrán ingresar a la UTIP, pero si acompañarlos en el lugar externo a la institución.” (Registro N°4, 05/05/2025).*

En esta intervención, teniendo en cuenta que Florencia se encuentra en la etapa sensoriomotora, la psicóloga enfatiza en el rol de los adultos en la provisión de contención, acompañamiento y seguridad, fundamentales para el sostén emocional de la niña en un contexto de internación en la UTIP.

Por otra parte, se presenta el caso de Lucas, un niño de 4 años que fue diagnosticado con el síndrome Guillain Barre. La intervención de la psicóloga se inició también a partir de una interconsulta realizada por el equipo de terapia intensiva, quienes expresaron la preocupación por el estado anímico del paciente: *“Los doctores de terapia intensiva le piden a la psicóloga pautas porque el niño llora.”* (Registro N°15, 11/06/2025). De acuerdo a lo desarrollado por Farberman (2010), la tristeza constituye una emoción característica de fase inicial de crisis que acompaña la enfermedad. En el mismo sentido, Molina Peralta (1989) sostiene que *“la angustia es una emoción normal frente a situaciones que anuncian un peligro”* (p.48). A partir de la interconsulta, la psicóloga intervino realizando una primera entrevista familiar.

Los casos anteriormente mencionados corresponden a la primera experiencia de internación del niño o niña. Por este motivo, tanto el paciente como la familia deberán elaborar estrategias de afrontamiento (Farberman, 2010). En contraste, la autora señala que, en situaciones de internaciones reiteradas o vinculadas a enfermedades crónicas, el niño y su familia pueden haber desarrollado recursos adaptativos y adquirido una familiaridad con el entorno hospitalario. No obstante, este proceso no excluye la posibilidad de que se produzca un deterioro subjetivo y un malestar asociado a la prolongación o repetición de estas experiencias. Este fue el caso de Benjamin, un niño de 4 años que presentaba el diagnóstico de un neuroblastoma abdominal. Producto de ello, ha estado internado en reiteradas oportunidades y algunas de ellas en la Unidad de Terapia Intensiva. Se encontraba familiarizado con el entorno y los profesionales ya lo conocían, pero, a pesar de ello, el malestar y deterioro se expresaba tanto en el niño como en su familia.

Las siguientes viñetas permiten visualizar lo desarrollado por Farberman (2010): *Luego fuimos a ver a Benjamin que se encontraba internado. Presentaba un malestar interno que hace que se acueste con la cabeza para abajo en la baranda de la cama. Lleva 20 días internado.* (Registro N°7, 22/05/2025).

*Los doctores refieren que empieza a hacer un quejido cuando llega el padre. El quejido como una demanda. Una necesidad de que esté el papa. Cuando los papás se iban, se golpeaba la cabeza. La psicóloga refiere que los papás están muy cansados y no lo pueden contener. (Registro N°7, 22/05/2025).*

*La psicóloga refiere que Benjamín se comporta como si fuera un bebe en el sentido de que hay una dificultad en la expresión verbal, no hay lenguaje. Además, la psicóloga me comentó que mordía a los médicos que se le acercaban y tiraba cosas. (Registro N°7, 22/05/2025).*

Según lo abordado anteriormente con el niño y su familia, la conducta de golpearse la cabeza se asocia a la expresión del malestar presente en Benjamín, ante múltiples internaciones, intervenciones y síntomas orgánicos. Por otro lado, el quejido se asocia probablemente como un modo de expresión de malestar, y a la vez como un mecanismo de defensa que le permite mitigar el impacto emocional producto de las múltiples intervenciones e internaciones que atravesó (De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani, 2005). En este caso se trata del mecanismo de regresión. Retomando los aportes de Laplanche y Pontalis (1996) la regresión supone el “retorno a formas anteriores del desarrollo del pensamiento, de las relaciones de objeto y de la estructuración del comportamiento” (p.357). En esta línea, Pedreira Massa y Mendoza (1981) sostienen que las situaciones regresivas pueden ocurrir durante o posterior a la internación, en el caso de Benjamín se expresa durante la internación ante la evolución desfavorable de su estado clínico y malestar por sintomatología presentada.

Reconocer en el paciente los mecanismos de defensa que presenta, le permite a la psicóloga realizar intervenciones con el niño y con la familia que propicien la disminución de la angustia y posibilitar un afrontamiento más saludable de la situación. Así, ante la observación de mayor posibilidad de estado de conexión del niño con el medio, mayor estado de vigilia e interés por actividades lúdicas recreativas, la psicóloga sugiere “*Si quieren pueden traerle lápices para que dibuje si tiene ganas o algún juguete que le guste* (Registro N°7, 22/05/2025). De esta forma, la psicóloga posibilita elementos que favorezcan la expresión emocional por medios lúdicos gráficos, la elaboración emocional de la situación vivenciada y el registro de recursos de afrontamiento acorde a su edad y posibilidades para el mismo niño y los adultos referentes.

### VIII.2.1.2 PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

A lo largo del proceso de hospitalización, los niños y niñas se ven expuestos a múltiples procedimientos médicos de carácter invasivo (Farberman, 2010). Tales intervenciones sobre el cuerpo suelen activar fantasías y temores de ser atacado y/o mutilado, que inciden en la colaboración con el equipo médico (Pedreira Massa y Mendoza, 1981). En este contexto, la intervención del psicólogo adquiere un rol central, al posibilitar el abordaje de los sufrimientos, temores y ansiedades que emergen, permitiendo afrontar la intervención quirúrgica o procedimiento médico de manera saludable.

La psicoprofilaxis quirúrgica es una “estrategia de intervención focalizada, planificada y preventiva” (Méndez, 2022, p.127) que tiene por objetivo aliviar el dolor, favorecer la comprensión de la situación y el procesamiento de la información, facilitar la elaboración de lo traumático y promover una actitud activa en los niños y cuidadores. En este sentido, busca disminuir la angustia masiva que paraliza al yo.

Lo expuesto anteriormente pudo observarse en la intervención realizada a Lucas (4 años). Ante la necesidad de realizarle la traqueotomía, la psicóloga llevó a cabo, en una instancia inicial, una entrevista con sus padres donde se abordó el procedimiento médico previsto y facilitó un espacio para el acompañamiento de la situación.

*En cuanto a la traqueostomía, la psicóloga le preguntó si le habían dicho a Lucas el procedimiento que le iban a realizar. La mamá respondió que sí y comentó que le habían dicho que iba a tener lo mismo que su primo al que le realizaron la misma intervención, y tanto Lucas como su familia observaron la evolución y el estado anímico favorable de dicho niño. Ante ello, la psicóloga refirió que el hecho de que el primo haya atravesado por eso y haber observado la calidad de vida favorable de dicho niño resulta positivo porque Lucas conoce lo que le van a hacer y los efectos favorables de ello. También les sugirió a los papás que le digan que el procedimiento le permitirá respirar mejor, “es importante facilitar que lo interprete como algo favorable para él, cómo lo ayudará en su situación, explicarle acorde a su edad y en el momento oportuno”. (Registro 18/06/2025).*

En esa intervención, la psicóloga trabajó la información que los padres le brindaban al niño. Tal como lo menciona Méndez (2022) es importante trabajar con los padres en poder decirle al niño la verdad acorde a sus posibilidades cognitivas y a su estado emocional y clínico, considerando sus preguntas y consultas. Esto les permitirá prepararse para enfrentar la situación. Asimismo, la autora enfatiza que se le debe informar a los niños lo que ellos

preguntan, lo que necesitan saber para prepararse y lo que queremos transmitirles. También, la información adecuada le permitirá al niño elaborar y hacer consciente sus fantasías inconscientes (Pedreira Massa y Mendoza, 1981).

Posteriormente, la psicóloga recibió una interconsulta por parte del equipo de la UTIP ante la necesidad de cambio de cánula a Lucas: *La médica terapeuta le dice a la psicóloga que Lucas se encuentra con miedo a la manipulación de la cánula: “Con la sola mención de que mañana se va a hacer el cambio de cánula se pone mal”*. (Registro N°25, 23/07/2025).

Luego de ello, la psicóloga realizó la entrevista con Lucas para abordar los temores que emergían e intentar contribuir a disminuir la angustia.

*La psicóloga me comentó que ayer fue a ver a Lucas. Se encontraba negado a hacer el cambio de cánula. Ella le informó y esclareció que los médicos estaban para ayudarlo, acompañarlo. También, reforzó el encuadre de abordaje del equipo de salud y el objetivo del mismo, acorde a su edad, ante lo cual el niño presentó angustia (lágrimas) mientras se abordaba dicho aspecto. Se encontraba activo, presentando intencionalidad comunicativa dificultada por su sintomatología y la presencia de tubo respiratorio, buscando responder de alguna manera.* (Registro N°26, 24/07/2025).

*Fuimos a ver a Lucas. Se encontraba animado, mirando dibujitos en el celular. Movía su cabeza y sus hombros. Sonreía. Cuando la psicóloga le mencionó el cambio de cánula se puso triste, su rostro cambió y movía su cabeza diciendo que no. Ante ello, la psicóloga le dijo que eso le iba a permitir respirar mejor. Pero se mostraba muy angustiado. En ese momento, la psicóloga validó aspectos emocionales esperables diciendo: “que bueno que puedas expresar lo que sentís ante el cambio de cánula, es importante que lo expreses, y tenés razón. Los doctores realizan ese cambio para ayudarte en tu respiración. Podemos pensar con vos y tu mamá como hacerlo para que te moleste menos”* (Registro N°26, 24/07/2025).

De esta manera, la intervención de brindarle información sobre los beneficios del cambio de cánula, tiene por objetivo, tal como lo menciona Méndez (2022), favorecer la comprensión de la situación y el procesamiento de la información.

### VIII.2.1.3 MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS POST UTI

Pedreira Massa y Mendoza (1981) señalan que, tras el periodo de hospitalización, algunos niños y niñas pueden presentar pesadillas, temores nocturnos y/o diversas alteraciones conductuales. Estas manifestaciones dan cuenta de las dificultades para elaborar la experiencia vivida. En este sentido, la internación se configura como un acontecimiento disruptivo, en tanto irrumpe en el psiquismo y desborda la capacidad integradora y los recursos de elaboración del sujeto (Benyakar, 2005).

En consonancia con lo expuesto anteriormente, De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani (2005) sostienen que los niños y niñas pueden presentar un conjunto de manifestaciones clínicas que conforman el denominado síndrome post UTI. Este cuadro se asocia con la emergencia de nuevos síntomas derivados de una enfermedad crítica, los cuales persisten aun después del alta hospitalaria (Toobe, 2021).

En el caso de Juana (7 años) se pudieron observar dichos síntomas en las entrevistas de seguimiento por consultorio externo, realizadas los días posteriores al alta hospitalaria. La paciente se encuentra en la etapa de las operaciones concretas propuesta por Piaget (como se cita en Farberman, 2022), lo que implica una mayor capacidad para expresar pensamientos y emociones con claridad, así como un predominio de un razonamiento reflexivo. Por este motivo, las intervenciones de la psicóloga también son reflexivas:

*Refiere que acaba de volver al colegio luego de la internación y que le gustó mucho. Sin embargo, comenta que no quiere sentarse al lado de la puerta entonces se sentó al lado de la docente.*

*En la casa refiere que anda mejor, ahora se duerme temprano, pero mirando el celular porque tiene miedo. La psicóloga le comenta que quizás en vez de mirar videos podría escuchar música que le guste y cerrar los ojos (para favorecer el establecimiento del descanso reparador, disminuyendo estímulos).*

*En ese momento, su rostro cambió y comenzó a llorar. Refiere que cuando duerme siente que la tocan en las piernas con la mano. Tras valorar una posible situación de riesgo y la ausencia de otros indicadores al respecto, la psicóloga le explicó que es muy común en niños que fueron internados y que por momentos se les dió medicación para sedar/dormir, que luego sientan lo que vivenciaron en la internación.*

*También la niña refirió que durante la internación ella sentía que estaba dormida pero el cuerpo estaba despierto, por lo que recordaba la sensación de que los médicos seguro la agarraban de sus piernas y bracitos. La psicóloga abordó el motivo de dichas intervenciones para posibilitar la resignificación de las mismas: “los doctores necesitaban acomodar tu cuerpo y poder ayudarte a recuperarte. Y eso lo que sientes ahora, es importante recordar que ahora estás en tu casa, recuperada”. Luego de eso, fue posible identificar una disminución del malestar en Juana, presentando mayor tranquilidad.*

*La psicóloga abordó el reconocimiento de recursos que favorezcan la conciliación del descanso nocturno. Le dijo que también podía buscar cuentos para leer antes de dormir. Y la niña se llevó uno del consultorio. (Registro N°32, 07/08/2025).*

En este caso, el objetivo de las intervenciones consiste en que la niña pueda darle sentido a las emociones que se presentan y tal como lo menciona Farberman (2010) promover la elaboración de las consecuencias emocionales derivadas de la internación, evitando el desarrollo de cuadros psicopatológicos como trastorno por estrés postraumático.

## VIII.2.2 LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS CON LA FAMILIA DEL PACIENTE INTERNADO EN LA UTIP.

En la Unidad de Terapia Intensiva es frecuente que los niños y niñas se encuentren sedados. En este caso o cuando son lactantes, las intervenciones se dirigen principalmente a sus padres o cuidadores en beneficio del paciente. Estas intervenciones se orientan a brindar contención, apoyo y acompañamiento a los adultos responsables, favoreciendo así su capacidad de acompañar al niño o niña durante el proceso de hospitalización (De Carvalho Chiattonne y Werner Sebastiani, 2005).

La psicóloga realiza el primer acercamiento a la familia a través de una entrevista cuyo objetivo principal es la contención emocional. Molina Peralta (1989) refiere que la entrevista constituye un elemento valioso para explorar las emociones parentales y fortalecer la cooperación con el equipo de salud. En ella se realiza una valoración de la comprensión de la información comunicada por el equipo de salud interviniente, de los recursos emocionales y cognitivos de los padres o cuidadores referentes para afrontar dicha situación y de la posibilidad de elaboración psíquica de la situación disruptiva vivenciada. Asimismo, el objetivo es valorar las expectativas en los padres o cuidadores, y la dimensión de gravedad de la situación del niño/a.

Lo anteriormente descrito se observó en la entrevista realizada a los papás de Lucas (4 años):

*La entrevista fue realizada en el pasillo afuera de la UTI. La psicóloga comenzó la entrevista presentándose. Luego, les preguntó qué les habían informado los médicos referentes, qué le habían dicho sobre la situación de salud de Lucas. La mamá respondió diciendo que les dijeron que se trataba del síndrome de Guillain Barré, que lo provoca un virus. De esta manera, considerando el estado vigil de Lucas, y su estado de malestar esperable ante su sintomatología orgánica y corporal de inmovilidad, la psicóloga les sugirió explicarle a Lucas que “entró un bichito chiquito y que eso hace que no pueda mover sus piernas y su cuerpito, y que los doctores están ayudando a resolver lo que hizo este bichito que le llamamos virus. Es importante decirle la verdad sobre su situación, acorde a su edad y estado emocional, ya que de un momento a otro se encuentra en un hospital, con mucha gente, sin poder mover su cuerpo, y no entender las causas, genera afectación emocional” (Registro N° 17, 18/06/2025)*

Teniendo en cuenta que Lucas (4 años) se encuentra en la etapa preoperatoria donde predomina un pensamiento egocéntrico y simbólico (Farberman, 2022), es fundamental que la información se relacione con elementos concretos para lograr una mejor comprensión. Es por ello que la intervención de la psicóloga consistió en pedirle a los papas que le provean información a Lucas sobre lo que había sucedido y por qué él se encontraba en el hospital, diciendole que había ingresado a su cuerpo un “bichito chiquito”. Esto permite que Lucas no desarrolle representaciones esperables a su etapa evolutiva, asociadas a culpabilizarse por lo sucedido, y que la información sea transmitida acorde a la etapa evolutiva en la que se encuentra, favoreciendo el desarrollo de recursos emocionales para un afrontamiento saludable del niño. Farberman (2022) menciona que durante la etapa preoperatoria “suelen asignarle a la enfermedad una forma concreta, visualizable, y le adjudiquen intenciones y comportamiento”(p.80).

Por otro lado, a continuación se detalla otra entrevista parental, realizada a la mamá de Geronimo (2 meses), que también permite ejemplificar las intervenciones dirigidas a los padres o cuidadores.

*Entrevistamos a la mamá de Geronimo, la misma se llevó a cabo en el pasillo de la UTI. La psicóloga le informó encuadre de abordaje, posteriormente le preguntó su nombre, edad, ocupación, barrio en el que viven y grupo conviviente. Luego le preguntó cuándo ingresó Geronimo a la UTIP:*

*-“Bueno contanos ¿cuando ingresó Gero?”*

*-“El sábado ingresó a piso y después a UTI.”*

*-“¿Qué diagnóstico te han dicho los doctores?, ¿Te comentaron sobre qué le está sucediendo?”*

*-“Que era un paciente crítico. Me dijeron que tenía que estar abierta a que puedan salir las cosas mal. Me dijeron que hay que tener paciencia.”*

*Luego, la psicóloga indagó sobre la red de apoyo con la que cuentan y la relación con el papá de Geronimo. La mamá refirió que la acompañan sus papás y que ella le había contado al papá de Gero sobre la situación del niño, “trato de no mezclar las cosas importantes”.*

*Luego la psicóloga le anticipó a la mamá: “cuando lo extuben va a estar como más odioso, más demandante, porque es un lugar nuevo, va a necesitar que vos estés y lo sostengas. A veces les cuesta conciliar el sueño, va a estar más dependiente de vos, te va a necesitar. (Registro N°29, 01/08/2025).*

Geronimo se encuentra en la etapa sensoriomotora propuesta por Piaget (como se cita en Farberman, 2022), de esta manera los adultos cumplen un rol fundamental ya que son quienes le ofrecen seguridad y son ellos los que le proveen lo necesario para modificar los estados displacenteros. Por este motivo, la psicóloga realiza la intervención de anticipación del estado emocional esperable en el niño, para que cuando lo extuben a Geronimo, la mamá permanezca junto a él y pueda desarrollar recursos de contención.

Del mismo modo, en el transcurso de la práctica pre profesional, la psicóloga realizó una entrevista a la familia de Lucia (10 años), una preadolescente que se encuentra internada en la UTIP por influenza. Presenta como antecedentes escoliosis severa, ECNE (encefalopatía crónica no evolutiva) y asociado a ello, dificultades en la expresión verbal y en la movilidad corporal. A pesar de ello, no se encontraba aún en la etapa terminal. Estos antecedentes han derivado en una total dependencia de sus cuidadores. El objetivo de la entrevista consistió en abordar junto con la médica terapeuta y la trabajadora social, la evolución del caso, la posibilidad de realizar una traqueostomía y los recursos emocionales y cognitivos de los cuidadores referentes para afrontar dicha situación.

*En la entrevista se encontraban presentes los abuelos paternos, el papá de Lucia, la médica terapeuta, la trabajadora social y la psicóloga. En un primer momento, se presentó el equipo de salud y luego la médica les dijo a la familia: “Lucia presenta una parálisis cerebral y una escoliosis severa que va a ir empeorando y va a ir comprometiendo cada vez más su respiración, producto del desarrollo esperable de su condición.” Posteriormente, agregó: “Lucía se va a ir deteriorando y va a ir necesitando cada vez nuevas intervenciones, por su diagnóstico de base, esa es la evolución esperable. Se pueden seguir haciendo intervenciones que favorecerán por un tiempo su situación de salud, pero el deterioro continuará, por eso... de hacerse intervenciones el costo de ello es grande. Y todo tiene un límite.”*

*Ante esto, la psicóloga refirió: “El costo es emocional. Entonces el objetivo de este encuentro es poder pensar en ganancias y costos para ella. Estamos llegando a un punto en que tenemos que hablar de beneficios y costos. Y si ese procedimiento va a revertir la situación de Lucia o no. Esto también implica pensarse ustedes cuánto pueden sostener emocionalmente y en los cuidados o no”.*

*La médica agregó que este momento se llama adecuación del esfuerzo terapéutico. “Esto consiste en una evaluación cuidadosa del paciente para valorar qué tratamientos son adecuados priorizando el confort y calidad de vida. En ese sentido, implica no iniciar un tratamiento que genere mayor malestar y sin efectos terapéuticos en la parte clínica.” Luego agregó: “No es una decisión que se tome en este momento, sino ir pensándolo. Estamos llegando a un punto de no retorno. No hay posibilidades de que su columna y pulmón mejore. Y la estamos ayudando poco”. “Esto no quiere decir que la decisión que se tome no se pueda cambiar, sino que es una puerta abierta.”*

*Luego de un silencio, la médica agregó: “Hay algo que nadie quiere decir y es que Lucia se va a morir, no sabemos cuando”.*

*Posteriormente la psicóloga refirió: “Lo importante es poder pensar ¿Con qué calidad de vida llevamos los días que vienen? Pensando desde el confort de ella. También es un acto de amor pensar en ella, en su salud, ponerse en su lugar.”*

*Los abuelos se mostraron muy angustiados. La abuela expresó “yo se que se va a morir, yo no quiero que sufra”. El papa manifestó “yo la quiero tener el mayor tiempo posible.”*

*Posteriormente la psicóloga expresó: “independientemente de la decisión que se tome, el equipo de salud siempre va a estar para acompañarlos.” Ante esto, la abuela agregó: “Yo pienso en el bienestar de Lucia y que no sufra.”*

*Luego, acordaron entre la familia que irán evaluando la situación y en función de eso decidirán, pero que por el momento no se tomará una decisión. (Registro N°20, 26/06/2025)*

En la situación descrita se observa que las intervenciones de la psicóloga se orientan a la contención y al acompañamiento de la familia frente a la situación de gravedad en la que se encuentra Lucia. Asimismo, se habilita un espacio de reflexión en torno a los beneficios y costos de las intervenciones médicas futuras, respetando los tiempos emocionales de la familia y promoviendo un posicionamiento activo en la toma de decisiones. A su vez, la psicóloga valida la afectación emocional que implica dicha situación y el sufrimiento que atraviesan al expresar “Esto también implica pensarse ustedes cuánto pueden sostener emocionalmente y en los cuidados o no”.(Registro N°20, 26/06/2025).

### VIII.2.2.1 LA ETAPA TERMINAL

El rol del psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva implica también en algunas situaciones, el acompañamiento al paciente, familia y equipo de salud durante la etapa terminal. Farberman (2010) sostiene que la misma se inicia cuando ya no existe un tratamiento curativo posible y el costo de implementar intervenciones supera los posibles beneficios. Luego continúa con un estado de agonía caracterizado por un deterioro significativo y conductas regresivas.

La terminalidad de un niño confronta a todos los que lo rodean a un sentimiento de impotencia y angustia. En especial, a los padres los enfrenta a ser testigos del fin de la vida de su hijo y a renunciar a todo lo que anhelaban junto a él (Farberman, 2010).

Esta etapa llegó a la vida de Benjamin, su enfermedad pasó por distintos momentos que requirieron diversas intervenciones médicas y largas internaciones. En una reunión del equipo de hemato oncología, los médicos expresaban:

*“Tiene nódulos en todo el abdomen. Entonces, si le hacen rayos, sería en todo el abdomen. El equipo de rayos propuso hacer luego una cirugía, pero eso no es posible. El tumor está envolviendo los órganos y vasos más importantes. Ya no tenemos tratamiento para ofrecerle. La decisión fue hacerle rayos, eso es lo último que se le puede ofrecer.*

*“Debemos hacer una entrevista con los padres para ir explicando las dificultades que están habiendo y esclarecer, porque ellos creen que Benjamín se va a curar.”.* (Registro N°14, 06/06/2025).

*Fuimos al Servicio de Oncología a acordar pautas del abordaje sobre la situación actual de Benjamín. Los médicos comentaban que la mamá les dijo que Benja “no quiere jugar ni comer” y que su panza “está como al principio del tratamiento”. Se encuentra angustiada la mamá.*

*La doctora refiere que hay problemas con los rayos y que Benja tiene el neuroblastoma y un febrocrositoma que, si está activo, puede generar taquicardia.*

*Los papás perciben que Benja no está bien, ha bajado de peso y está desconectado. Antes hablaba o expresaba algo, un quejido, ahora ya no. (Registro N°15, 11/06/2025).*

En la viñeta anteriormente descrita se visualiza, tal como lo menciona Farberman (2010), el progresivo deterioro y las conductas regresivas en diversas áreas, específicamente en el área del lenguaje donde se comunicaba a través de un quejido. La progresión de su enfermedad llevó a que los médicos tomaran la decisión de que Benjamín reciba cuidados paliativos, por lo que se evitaría realizar intervenciones invasivas que generan un mayor sufrimiento. Luego de eso, la psicóloga realizó entrevistas con los padres de Benjamín.

*Nos encontramos al papá de Benjamín en el pasillo. Refirió que no pudo dormir y que le dolía la cabeza ante toda la información de los médicos y el estado de salud del niño. La psicóloga le sugirió que puede realizar una actividad de dispersión por un momento, como por ejemplo tomar un poco de aire (pauta para desconectar temporalmente con la grave situación de salud de su hijo, que le posibilite expresar emociones vivenciadas e identificar alternativas de afrontamiento al respecto). Luego, el papá le dijo que Benja ya no lloraba cuando le sacaban sangre (comportamiento que antes era frecuente).*

*Ahora se encuentra en un aislamiento de la UTI para que pueda estar más tranquilo, donde lo cuida y acompaña un enfermero.*

*La psicóloga le preguntó al papá por los hermanos de Benja, y él respondió que le iban a decir; “acá no hay mentiras” respondió. La psicóloga le sugiere formas de anticipar la situación de salud del niño, a los hermanos, acorde a su etapa evolutiva: “puedes decirle que la enfermedad de Benja está más avanzada, que los doctores no están pudiendo resolver dicha situación de su pancita (síntoma corporal visible) que está creciendo por la masa que tiene” en continuidad con lo informado al hermano mayor del niño en una entrevista realizada con anterioridad por la psicóloga con el mismo.*

*Refiere que luego, cuando Benja esté más estabilizado, iban a trasladarlo para que esté en un lugar lo más confortable posible, y con la posibilidad de la presencia de familiares referentes. “Luego de que orine lo pasaran al área de oncología, en un aislamiento para que puedan ir los hermanos”. La psicóloga sugiere la importancia de anticipación de la información a los mismos acorde a la edad de cada uno, y la posibilidad de acompañamiento de familiares referentes. Ante ello, el padre manifiesta: “le avise a las abuelas, y a mi hermana y a la hermana de mi señora, que nos acompañaron en el cuidado del Benja”.*

*Posteriormente, la psicóloga le sugiere alternativas para la internación del niño en aislamiento: “pueden ponerle la música o videos...dibujos animados...de su interés, pueden traerle los juguetes que le gustan”, favoreciendo la posibilidad de identificar formas de afrontamiento de dicha situación terminal del niño.*

*La psicóloga me comenta que una opción es que esté en su casa siempre y cuando la familia pueda acompañar y tolerar la evolución, sino el equipo de salud favorece los cuidados del niño ante dicha situación en el mismo hospital. (Registro N°17, 18/06/2025).*

En este momento, las intervenciones de la psicóloga con los padres consisten en acompañar en la elaboración de la despedida y de un proceso de duelo saludable (Farberman, 2010). Por otro lado, la intervención que realiza sobre el brindar información a los hermanos responde a que, siempre que sea posible, deben estar informados para que la muerte no se presente como un acontecimiento imprevisto y pueda ser asumida gradualmente (Farberman, 2010).

*Luego fuimos a ver a entrevistar a la mamá de Benja. Se encontraba angustiada y le decía a la psicóloga: “acá en el hospital están esperando que Benjamín se muera”. Se mostró desconfiada de las decisiones tomadas por el equipo de oncología y con una actitud de negación de la situación. Por ello, la psicóloga le sugirió que si quería realizar otra consulta en otro centro u hospital para sacarse las dudas y tener otra opinión, podía realizarlo. La mamá dijo que sí, que lo iba a hacer el lunes a más tardar. Ella considera que “todavía quedan cosas por hacer”. La psicóloga le asesoró sobre los equipos a los que podía asistir para realizar otra consulta y le dijo que exprese su necesidad de nueva consulta y solicite el informe de la situación de salud del niño y tratamiento al equipo médico para poder presentar en otro centro de salud especializado.*

*Posteriormente, la mamá refirió “me pongo así a la noche, mal, pienso que están esperando que se muera... luego me pongo mejor”. Ante dichas referencias la psicóloga validó el proceso emocional de la madre, conteniendo y favoreciendo dicho proceso: “ es esperable que tengas esos momentos, la situación es muy dura, y sensible, es importante que puedas expresar lo que necesites al y del equipo de salud” (Registro N°21. 27/06/2025)*

En la viñeta es posible visualizar las reacciones de la mamá frente a la noticia y por otro lado las intervenciones que realiza la psicóloga.

En primer lugar, el hecho de pedir información en otro centro de salud, es una forma de evitar sentimientos de culpa que no se justifican (Molina Peralta, 1989). Por otro lado, frente a esta situación que desborda al yo, pone en marcha el mecanismo de la negación. El objetivo de ello es proteger al yo del displacer que genera la realidad y evitar situaciones dolorosas y ansiógenas (Freud, 1925). En este caso, este mecanismo le permite a la mamá permanecer conteniendo y sosteniendo a su hijo que se encuentra en estado terminal, ya que la total conciencia de finitud no le permitiría estar ahí acompañando.

Por su parte, la psicóloga interviene y actúa como un organizador externo, proporcionando información sobre las posibles vías de acción (Farberman, 2010), evitando una futura situación de autoculpabilización, que afectaría el proceso de duelo. Además contiene, acompaña y ayuda a canalizar las emociones para favorecer la elaboración psíquica

del estado emocional esperable que atraviesa la mamá. Tal como lo menciona Molina Peralta (1989), cuando se tiene la certeza que el niño va a fallecer, la entrevista parental tiene como principal objetivo la elaboración del duelo.

### VIII.2.3 LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS CON EL EQUIPO DE SALUD DE LA UTIP

Entre las funciones que el psicólogo puede desempeñar en el ámbito hospitalario se destacan aquellas orientadas al acompañamiento del equipo de salud. Su propósito consiste en promover y resguardar la salud mental de los profesionales, ofreciendo recursos y estrategias para afrontar demandas emocionales y contextuales propias de la práctica clínica (Farberman, 2010). El hospital constituye un escenario donde el sufrimiento atraviesa no solo a los pacientes, sino también a los profesionales. En esta línea, López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2019) señalan que “no es posible acercarse a un paciente que sufre sin que este sufrimiento encuentre un eco en el profesional mismo” (p.3). En ello, los autores remarcan que la dificultad en elaborar las situaciones estresantes puede derivar en agotamiento, frustraciones, enojo, repercutiendo en la atención brindada a los pacientes.

Lo anteriormente descrito se visualiza en la siguiente viñeta:

*Posteriormente fuimos a UTI. Al llegar, surgió una demanda del equipo a partir del malestar y cansancio que se está viviendo. Acuerdan dificultades en la comprensión de la información durante la transmisión de los parte médico a los padres. Una médica de terapia intensiva refiere “ es desgastante, es una carga grande”.*

*La psicóloga expresó: “para favorecer la comunicación con los padres y cuidadores es importante que tengan una identificación donde los padres puedan ver el nombre de ustedes, ya que ven a diario muchos médicos. También que no sea solo un profesional, sino dos los que están presentes durante la transmisión del parte médico, ya que los padres en ese momento escuchan lo que pueden o quieren.”*

*La psicóloga también les comentó que se podría pensar en un psicólogo externo para realizar terapia grupal “está indicado para preservarse y para preservar al equipo”. Luego las médicas recuerdan que la licenciada había realizado una charla sobre cómo comunicar malas noticias. A partir de ello, la psicóloga propone realizar una revisión bibliográfica y aportar desde allí, realizando una charla con el equipo de la*

*UTI sobre cómo comunicar malas noticias y pensar dispositivos de comunicación.*  
(Registro N°27, 30/07/2025).

Dentro de las intervenciones psicológicas dirigidas al equipo médico, Farberman (2010) destaca el “asesoramiento sobre modalidades de información adecuadas, en las distintas etapas evolutivas, al paciente y la familia” (p.51). En este sentido, a partir de la demanda realizada por el equipo de la UTIP, la psicóloga llevó a cabo una charla donde se abordó el tema “Cómo comunicar malas noticias”. Allí se abordaron conceptos claves como la diferencia entre comunicar e informar, qué es una mala noticia, la comunicación verbal y no verbal y pautas para la comunicación en la UTIP acorde a las etapas evolutivas (Registro N°32, 07/08/2025).

#### VIII.2.4 LOS DESAFÍOS Y LÍMITES DEL PSICÓLOGO EN LA UTIP

El ejercicio profesional del psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica se caracteriza por un conjunto de desafíos inherentes a la complejidad clínica del contexto, donde convergen la urgencia médica y en ocasiones, situaciones de vulneración de derechos. En este marco, el profesional se enfrenta a exigencias éticas y legales que delimitan su intervención y requieren un abordaje singular.

Uno de los principales desafíos radica en la necesidad de realizar intervenciones rápidas y coordinadas con el equipo de salud frente a la detección de indicadores de vulneración de derechos. La Ley N° 26.061 establece en su artículo 30 que los profesionales de salud que tomen conocimiento de situaciones que pudieran constituir una vulneración deben informar de manera inmediata a la autoridad administrativa local de protección de derechos.

Lo anteriormente descrito se visualizó durante la práctica con el caso de Florencia (3 meses). Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva con hemorragias cerebrales y hematomas. Posteriormente, el equipo de la UTIP realizó la interconsulta con psicología con el fin de valorar el contexto familiar. Una vez descartada la presencia de una enfermedad orgánica

asociada a los indicadores físicos observados, se realizó una entrevista con la familia para comunicar los pasos a seguir y activar las pautas de protección correspondientes frente a la sospecha de maltrato físico infantil.

*Me comenta la psicóloga sobre Florencia. Realizaron una serie de estudios y descartaron la presencia de una enfermedad orgánica. Entonces llevaron a cabo una entrevista donde se encontraba presente la pediatra, trabajadora social, el papá, la mamá, la abuela paterna y la psicóloga. Allí les dijeron a la familia que había medidas de protección de derechos de los niños que como Hospital deben realizar, ante los síntomas indicativos de posible situación de riesgo. Los estudios indicaron que no existe una enfermedad orgánica y se sospecha maltrato infantil. Entonces ante esto, la abuela paterna dijo: “Lo decis vos, o lo digo yo?”. Allí, el papá expresó que él había sacudido a la bebe.*

*Luego, los papás expresaron temor a que le quiten a la bebe.*

*La psicóloga me comenta que a partir de la presencia de indicadores físicos determinantes, se notifica a la Unidad Judicial correspondiente, que posteriormente solicita intervención de SeNAF para definir medidas de protección. Como factores favorables se observó que el papá haya reconocido los hechos, que tengan otros cuidadores referentes como la abuela paterna.*

*En el mismo se notifica la situación de riesgo y se solicita la intervención a la Unidad Judicial.*

*La psicóloga manifiesta que esta intervención funciona como la introducción de un representante de la ley, y viene a poner un límite, organiza a la familia y permite repensar las formas de vincularse.*

*Luego de haber presentado el informe de notificación a la Unidad Judicial, se indica internación del niño hasta la definición de la misma Unidad Judicial sobre su condición de alta hospitalaria. (Registro N°6, 21/05/2025).*

Las intervenciones realizadas por la psicóloga permiten visualizar que su labor trasciende los límites estrictos de la institución hospitalaria, requiriendo una articulación permanente con los organismos de protección de derechos, constituyéndose como un desafío en su ejercicio profesional.

Asimismo, otro desafío en el ejercicio profesional del psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva se vincula con los tiempos que impone el propio contexto. Al tratarse de un ámbito atravesado por la urgencia clínica, se requieren intervenciones inmediatas y situadas. Sin embargo, estos tiempos son diferentes a los tiempos subjetivos y emocionales necesarios para que tanto el niño como su familia o cuidados referentes, puedan procesar la información recibida y utilizar recursos operativos para afrontar la misma, lo cual implica desafíos para la intervención que debe realizarse.

En relación con los límites del rol, resulta importante considerar que, al integrarse en un equipo interdisciplinario, la práctica del psicólogo y su lectura de los fenómenos clínicos, se encuentra atravesada por las dinámicas propias del ámbito hospitalario. En esta línea, López Fuentetaja e Iriando Villaverde (2019) señalan que, en este contexto, el sufrimiento psíquico no solo se presenta en los pacientes, sino también en los profesionales que allí trabajan.

En la práctica realizada, ante al desgaste manifestado por el equipo de la UTIP y la demanda de pensar otros modos saludables de afrontar la comunicación de malas noticias, la psicóloga propuso: *“Se podría pensar en un psicólogo externo para realizar terapia grupal “está indicado para preservarse y para preservar al equipo”*. (Registro N°27, 30/07/2025). Esta intervención evidencia un límite inherente al ejercicio del rol, en tanto la psicóloga al formar parte del mismo equipo interdisciplinario, también se encuentra implicada y afectada por el contexto hospitalario. Reconocer esto le permite intervenir con el equipo de UTIP desde un posicionamiento ético.

## **IX. CONSIDERACIONES FINALES**

La internación en la Unidad de Terapia Intensiva pediátrica constituye una experiencia disruptiva tanto para el niño o niña, como para su familia. En este contexto, el rol del psicólogo clínico adquiere un lugar central al acompañar, sostener emocionalmente, alojar y otorgar sentido a la experiencia de internación.

A lo largo del trabajo fue posible dilucidar que la labor del psicólogo en la UTIP se caracteriza por la singularidad y la artesanía clínica, en tanto cada intervención se construye en función de la complejidad del cuadro clínico, los recursos del paciente, la etapa del desarrollo en la que se encuentra, las dinámicas familiares y las condiciones institucionales en las que se inscribe la práctica. Aun así, todas las intervenciones comparten objetivos comunes: promover estrategias de afrontamiento saludables, facilitar la elaboración de las consecuencias emocionales de la internación, favorecer la comunicación entre la familia y el equipo de salud, y garantizar el acceso del niño o niña a información acorde a su comprensión y necesidades.

El análisis realizado, guiado por los objetivos propuestos, permitió visibilizar la diversidad de intervenciones que el psicólogo despliega en este servicio. En primer lugar, se encuentran las intervenciones dirigidas al niño o niña internado en la UTIP, las cuales contribuyen a humanizar la experiencia hospitalaria e incorporar la dimensión afectiva y subjetiva, que al tratarse de un contexto caracterizado por la urgencia médica y protocolos de intervención, pueden verse relegadas. Esto permite afirmar que no es posible promover el bienestar integral del niño, niña o adolescente sin un abordaje interdisciplinario que contemple los aspectos físicos, psicológicos y sociales que lo atraviesan.

Resulta importante que el psicólogo reconozca los recursos y mecanismos de defensa esperables que presenta el niño o niña, ya que ello le permitirá realizar intervenciones orientadas a disminuir la angustia y propiciar un afrontamiento más saludable de la situación.

En lo que respecta a la familia, la internación de un niño en Terapia intensiva produce un impacto emocional significativo y una reorganización de la rutina familiar. En este marco, el psicólogo desempeña una función central de contención y apoyo frente a la incertidumbre, el miedo y el sufrimiento. Las intervenciones registradas mostraron que, al ser la familia la principal fuente de sostén emocional del niño (Bleichmar, 2005), el acompañamiento a los padres tenía sus resonancias en el paciente, promoviendo su capacidad de afrontar la internación y su disposición a participar en los procedimientos médicos.

Asimismo, las intervenciones psicológicas dirigidas al equipo de salud de Terapia Intensiva adquieren también un carácter relevante dentro de la dinámica de la UTIP. Los profesionales se encuentran expuestos de manera cotidiana a situaciones de alta complejidad

clínica, a la toma de decisiones críticas y escenarios emocionalmente demandantes. En este contexto, la intervención del psicólogo se orienta a facilitar estrategias que promuevan el cuidado del equipo, favorezcan modos de afrontamiento más saludables y habiliten espacios de reflexión sobre la práctica. De este modo, su tarea contribuye a prevenir el desgaste profesional, fortalecer la comunicación interdisciplinaria y promover prácticas asistenciales más humanizadas.

Del mismo modo, la experiencia permitió identificar desafíos y límites del ejercicio profesional. La práctica del psicólogo en la Unidad de Terapia Intensiva también se encuentra atravesada por la urgencia clínica y el sufrimiento psíquico. Este escenario pone en relieve el desafío que supone realizar intervenciones inmediatas. Los tiempos de la Unidad de Terapia Intensiva no suelen coincidir con los tiempos subjetivos y emocionales necesarios para que el niño y su familia puedan procesar la información recibida, por lo que resulta un desafío para la intervención del psicólogo.

Asimismo, el profesional se enfrenta al desafío de articular su intervención con otras instituciones ante situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes.

En cuanto a los límites del ejercicio profesional, estos se hicieron visibles al interior del equipo interdisciplinario de la UTIP. Frente a las manifestaciones de desgaste profesional y al encontrarse inserto el psicólogo en la dinámica del equipo, las intervenciones se orientaron a facilitar espacios de reflexión y a proponer estrategias institucionales de cuidado. A pesar de ello, las condiciones propias del contexto delimitan el alcance de dichas intervenciones, lo que evidencia la necesidad de implementar otras estrategias, tales como la incorporación de espacios de terapia grupal coordinados por un profesional externo al equipo.

Finalmente, la experiencia de práctica profesional en el Hospital Infantil Municipal me permitió no solo consolidar saberes teóricos y competencias clínicas, sino construir una mirada más humana y ética de la profesión. Este recorrido reafirmó mi compromiso con el sufrimiento psíquico infantil y mi propósito de ejercer una clínica orientada a escuchar, validar y transformar ese sufrimiento en una vía posible hacia el bienestar.

## **X. REFERENCIAS**

- Alberti, M., Lores, R. y Menchaca, A. (2008). Cuidado paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátrico. *Revista Médica de Uruguay*, 24 (1), 50-55.
- Argentina. Congreso de la Nación. Ley N° 26.061. *Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. 21 de octubre de 2005. INFOLEG. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Argentina. Congreso de la Nación. Ley N° 26.657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. 2 de diciembre de 2010. INFOLEG. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5ª ed). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barnechea García, M. y Morgan Tirado, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias y Retos*, (15), 97-107.
- Benyakar, M. (2005). *Lo traumático. Clínica y Paradoja*. Tomo 1. Biblos.
- Bleger, J. (1985). *Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Ediciones Nueva Visión.
- Bleichmar, S. (2005). *Subjetividad en riesgo: herramientas para el rescate*. Conferencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. <https://catedraedipica.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/03/la-subjetividad-en-riesgo-silvia-bleichman-conferencia-6.pdf>
- Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. En L. Buendía (Ed.) *Psicología clínica: perspectivas actuales* (pp. 17-32). Pirámide.
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). *Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba*.

<https://cppc.org.ar/wp-content/uploads/2022/05/CODIGO-DE-E%CC%81TICA-2016.pdf>

Córdoba. Legislatura de la Provincia de Córdoba. Ley N° 7.106. *Ley Provincial de Disposiciones del ejercicio de la Psicología*. 13 de septiembre de 1984.

Córdoba. Legislatura de la Provincia de Córdoba. Ley N° 9.848. *Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba*. 20 de octubre de 2010.

De Carvalho Chiattonne, H. B., & Sebastiani, R. W. (2005). Humanización de la UTI. Aspectos pediátricos. En Flores Alarcon, L., Botero, M. M, Moreno-Jimenez, B. (Eds.), *Psicología de la Salud: Temas Actuales de Investigación en Latinoamérica*. (pp.209-230). Universidad del Norte.

De la Oliva, P., Cambra Lasaoa, F. J., Quintana Diaz, M., Rey Galan, C., Sanchez Diaz, J. I., Martin Delgado, M. C., Carlos Vicente, J. C., Hernandez Rastrollo, R., Holanda Peña, M. S., Pilar Orive, F. J., Ocete Hita, E., Rodriguez Nuñez, A., Serrano Gonzalez, A. y Blanch, L. (2018). Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. *Anales de Pediatría*, 88 (5), 287.e1-287.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.10.008>

De Simone, G. y Tripodoro V. (2004). *Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. Manual para estudiantes de la Carrera de Medicina*. Pallium Latinoamérica.

<https://www.pallium.com.ar/wp-content/uploads/2019/10/FUNDAMENTOS-DE-CUIDADOS-PALIATIVOS-y-control-de-sintomas.pdf>

Díaz V., D.; Haz M., A. M. y Raglianti H., M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 201 (37), 23-28.

Escobedo, P. S. (2008). *Psicología clínica*. El Manual Moderno.

Faas, A. E. (2018). *Psicología del desarrollo de la niñez*. (1a ed). Brujas.

- Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico: herramientas de intervención*. (1ra ed). Paidós.
- Farberman, D. (2022). Desarrollo psicoevolutivo y enfermedad oncológica. En D. Farberman y F. Moreno (Eds.), *Manual de Psicooncología Pediátrica*, (pp.74-84). Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/2022-10-psiconcologia-pediatria.pdf>
- Farberman, D. (2022). Evolución del concepto de enfermedad a lo largo del desarrollo. El manejo de la información médica. En D. Farberman y F. Moreno (Eds.), *Manual de Psicooncología Pediátrica*, (pp.86-105). Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/2022-10-psiconcologia-pediatria.pdf>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*. Fe.P.R.A. <https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1073>
- Ferrari, H., De Notrica, S., Rucker, S., Araujo, F., Cambrero, M., Cifarelli, A., Fernandez, L., Gewisgold, S., Ledesma, V., Lee, O., Melazzini, M., Rally, M. E., Sesé, G., Verzero, M., Zac, H. y Zalzman, D. (2019). *Vigencia de la interconsulta*. UBA. Ciencias Médicas. <http://saludmental-jornadas.fmed.uba.ar/2019/xvi/7.1.pdf>
- Ferrari, H., Luchina, I. y Luchina, N. (1980). *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Nueva Visión.
- Freud, S. (1925). *La negación*. En Obras completas (Vol. XIX). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, S.G. (2006). *Hospital Infantil Municipal de Córdoba*. (2da ed.). Graphic.
- Jara Holliday, O. (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. Entrevista a Oscar Jara. *Decisio*, 28, 67-74.  
[https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28\\_testimonios1.pdf](https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf)
- Jara Holliday, O. (2013). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias.  
[https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6\\_JAR\\_ORI.pdf](https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf)
- Lagache, D. (1982). Psicología clínica y método clínico. En D. Lagache (Ed.), *Obras III: De la homosexualidad a los celos*, 141- 156. Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- López Fuentetaja, A. M e Iriondo Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 10 (1) 1-19.  
<https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Méndez, T. (2022). Psicoprofilaxis para procedimientos dolorosos. En D. Faberman y F. Moreno (Eds.), *Manual de Psicooncología Pediátrica*, (pp.126-148). Instituto Nacional del Cáncer.  
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/2022-10-psiconcologia-pediatria.pdf>
- Molina Peralta, A. (1989). *La comunicación con los padres en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica*. Universidad Central de Venezuela. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica: Una práctica en convergencia interdisciplinada*. Paidós

- Organización Mundial de la Salud. (20 de agosto de 2020). *Palliative care* [Cuidados paliativos]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de junio de 2023). *Palliative care for children* [Cuidados paliativos para niños]. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care-for-children>
- Pedreira Massa, J. y Mendoza, E. (1981). Desarrollo y cuidados psicológicos del niño en cuidados intensivos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1 (1), 56–68. <https://doaj.org/article/04a22d6d4d6f455c82732ec32bbd072b>
- Pérez de Maza T. (2016). *Guía Didáctica para la Sistematización de Experiencias en Contextos Universitarios*. (1a ed). Ediciones del Vicerrectorado Académico.
- Siquier de Ocampo, M. L. y Garcia Arzeno, M. E. (1975). La entrevista inicial. En M. L. Siquier de Ocampo, M. E. Garcia Arzeno y E. Grassano de Piccolo (Eds), *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico* (pp.21-47). Nueva Visión.
- Toobe, M. (2021). Síndrome post cuidados intensivos en pediatría. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78 (4), 408-414. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n4.32809>
- Vidal y Benito, M.C. (2022). La psicooncología como psicología/psiquiatría de enlace. En D. Farberman y F. Moreno (Eds.), *Manual de Psicooncología Pediátrica* (pp. 22-40). Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/2022-10-psiconcologia-pediatria.pdf>
- Villanueva, S. (2009). Sala de juegos terapéutica: Algunas características del niño enfermo. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 51 (234), 215-217. <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con292-215.pdf>
- Yuni J. y Urbano C. (2006) *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Editorial Brujas.