

Universidad de Palermo

Trabajo Final de Integración

Titulo: Psicología de la salud, el rol del psicólogo en el servicio de pediatría de un hospital público.

Autor: Pablo Morales Andreau

Tutor: Dr. Ricardo Zaidenberg

Indice:

1. INTRODUCCION:	3
2. MARCO TEORICO:	4
2.1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	4
2.2. TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES	20
2.3. INTERDISCIPLINARIEDAD O MULTIDISCIPLINARIEDAD	26
3. METODOLOGÍA.	34
4. PROCEDIMIENTO.	35
5. RESULTADOS	35
5.1. ENTREVISTA	35
5.2. ENCUESTAS	38
5.3. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA.	43
6. ANALISIS	46
6.1. EL TRABAJO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL.	46
6.2. INTERVENCIONES MÁS COMUNES QUE REALIZA EL PSICÓLOGO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL.	47
6.3. INTERDISCIPLINARIEDAD O MULTIDISCIPLINARIEDAD.	49
7. CONCLUSIONES.	51
8. REFERENCIAS:	55
9. ANEXOS	57
7.1. ANEXO I: ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA A LA JEFA DEL GABINETE DE PSICOLOGÍA PEDIÁTRICA:	57
7.2. ANEXO II: MODELO DE ENCUESTA ENTREGADA AL MÉDICO:	64
7.3. ANEXO III: MODELO DE ENCUESTA ENTREGADA A PSICÓLOGO:	65

1. INTRODUCCION:

La Práctica de Habilitación Profesional V tuvo lugar en el Servicio de Psicología perteneciente al servicio de Internación pediátrica de un Hospital público.

La práctica se realizó con una carga horaria de 320hs, durante la misma se realizaron numerosas y diversas tareas que se podrían englobar en dos grupos: las recorridas por las salas de internación pediátrica; y la atención ambulatoria en consultorios externos.

Se eligió el tema del presente TFI en base a las observaciones y experiencias vividas durante la pasantía realizada en el servicio de pediatría.

Básicamente se propuso describir el rol de psicólogo en el servicio de pediatría del hospital en cuestión, además de indagar sobre otras cuestiones relacionadas con los quehaceres del psicólogo en el ámbito hospitalario y la modalidad en la que acostumbran trabajar.

Para concretar los objetivos anteriormente descritos se efectuaron observaciones del funcionamiento cotidiano del servicio de pediatría, se hicieron encuestas destinadas a los diferentes profesionales que trabajan en el servicio y una entrevista semidirigida a la jefa del servicio de psicología pediátrica.

El objetivo general de este trabajo es describir el rol del psicólogo en el servicio de pediatría del hospital. Los objetivos específicos son, en primer lugar describir el trabajo profesional de los psicólogos del servicio de pediatría; en segundo lugar, describir las intervenciones más comunes que realiza el psicólogo en el servicio de pediatría, y por último analizar si el trabajo del psicólogo se encuadra dentro de una modalidad interdisciplinaria o multidisciplinaria.

2. MARCO TEORICO:

El presente TFI tiene como propósito analizar el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario, específicamente en el servicio de pediatría del Hospital elegido. Por ese motivo se desarrolló brevemente la conceptualización de la psicología de la salud.

En segundo lugar, el gabinete de psicología pediátrica utiliza numerosas técnicas cognitivo conductuales. A los objetivos de este TFI, se desarrolló el concepto de terapia cognitivo conductual y se describieron las técnicas mas utilizadas en el servicio.

Finalmente y a fin de analizar si este servicio se encuadra dentro de una modalidad de trabajo multidisciplinaria o interdisciplinaria, se describieron dichos conceptos.

2.1. Psicología de la Salud

Hay muchas definiciones de psicología de la salud, empero la mayoría de ellas coinciden en ciertos puntos básicos, lo que facilita la finalidad de tener una comprensión general sobre la temática. A continuación se desarrollarán algunas definiciones.

Una de las primeras definiciones de psicología de la salud fue elaborada por Matarazzo (1980), quien la definió como una suma de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y para la identificación de correlatos etiológicos y de diagnostico de la salud y la enfermedad. (Morales Calatayud, 1999).

Dos años después, Millon y colaboradores (1982) alegaron que la psicología clínica de la salud tiene que ver con la aplicación de los conocimientos y métodos de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud física y mental del individuo. Además de la prevención, evaluación y tratamiento de todos los problemas físicos y mentales en los

cuales la intervención psicológica contribuya para solucionar o paliar el problema. (Morales Calatayud, 1999).

En principio se puede pensar la psicología de la salud como una rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes subjetivos y comportamentales del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Por ende la psicología de la salud esta interesada en el estudio de los procesos psicológicos involucrados en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, estando enfermo, en la recuperación, en la promoción y prevención de la salud, en mejorar la gestión hospitalaria y la atención a los pacientes. (Morales Calatayud, 1997).

Morales Calatayud (1999) precisa también que los objetivos de la psicología en los hospitales pueden ser agrupados en cuatro direcciones principales que están íntimamente relacionadas: 1) la asistencia directa a los enfermos y sus familiares; 2) la docencia, enseñando conocimientos provenientes de la psicología no solo a los médicos, sino también a los enfermeros, residentes, pacientes y a trabajadores varios del hospital; 3) la investigación, enfocada en los aspectos psicológicos de la enfermedad y en la atención de la misma; 4) la acción institucional, ya que se busca optimizar el funcionamiento del hospital.

Según el Colegio Oficial De Psicólogos De España (2000) la Psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica sus propios principios, técnicas y conocimientos científicos para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar y prevenir los comportamientos relevantes en los procesos de la salud y enfermedad en los variados contextos en que éstos se manifiesten.

Para Mucci (2004) la psicología de la salud es la extensión de la clínica psicológica al territorio medico. Dicha autora sostiene que esta área tiene sus precedentes en la medicina psicosomática, la medicina conductual y la psicología medica, campos que convergen en la denominada psicología de la salud.

Por otro lado, autores como Reynoso y Seligson (2006) sostienen que la psicología clínica de la salud es el resultado de la fusión de dos corrientes de la psicología: el análisis conductual aplicado, y la terapia cognitivo conductual.

Esta nueva área de la psicología aplicada permite afrontar muchas problemáticas que tradicionalmente solo eran reservadas para los médicos. Los autores también recuerdan que la psicología de la salud es un área bastante reciente, ya que los primeros trabajos de investigación comenzaron a finales de 1960 y 1969. (Reynoso y Seligson, 2006).

Para Reynoso y Seligson (2006) cada vez es más innegable el hecho de que los problemas de salud se abordan de una mejor manera cuando se trabaja con un equipo de salud constituido por profesionales de disciplinas diversas. El argumento anterior se basa en la lógica de que es más eficaz evaluar y afrontar un problema desde varias perspectivas que desde una sola.

Para Reynoso y Seligson (2006) algunas de las tareas centrales del psicólogo conductual en el campo de la salud son:

- Favorecer estilos de vida saludables.
- Trabajar en la prevención y promoción de la salud.
- Mejorar las condiciones de vida en el caso de enfermedades crónico-degenerativas.
- Desarrollar programas de rehabilitación, etc.

Según numerosos autores (Laham, 2006; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010), algunas de las razones más importantes del crecimiento de la psicología clínica de la salud a partir de 1980, fueron:

- La insuficiencia del modelo biomédico o modelo medico tradicional para explicar claramente las conductas de salud y enfermedad. Esta insuficiencia también contribuyó al desarrollo del modelo biopsicosocial en las ciencias de la salud.
- El importante cambio a finales del siglo XX de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico-degenerativas como principales causas de mortalidad, lo cual favoreció la atención en los estilos de vida saludables y el incremento en la investigación aplicada sobre estos problemas.

Se entiende por modelo biomédico a una forma particular de entender y abordar la salud y la enfermedad. Este modelo ha sido el imperante en Occidente en las últimas décadas, y aun hoy sigue teniendo una gran influencia en muchos países. (Oblitas, 2006).

Este modelo solo se interesa en la parte biológica de la enfermedad y descuida otros aspectos importantes de la misma. La enfermedad se explica a partir de las alteraciones fisiológicas de la persona, ignorando la influencia los procesos psicológicos y de los aspectos socioambientales del proceso salud-enfermedad. Por ende define la salud exclusivamente en términos de ausencia de enfermedad. (Laham, 2006).

A pesar de haber aportado grandes avances en la salud publica y en la medicina, este modelo es por definición un modelo reduccionista, que mantiene el dualismo mente-cuerpo y que esta mas enfocado en la enfermedad que en la persona (Oblitas, 2006).

El modelo biopsicosocial, desarrollado originalmente por Engels en 1977, en cambio entiende a la salud y a la enfermedad como elementos de un mismo proceso. Se

trata de un proceso dinámico que se desarrolla en tres niveles: físico, psíquico y social. En los extremos de este proceso encontramos a la salud, entendida como bienestar en sentido amplio y a la enfermedad, como la pérdida de la salud bio-psico y social. Para este modelo ya no es el cuerpo el que enferma, sino el ser humano en su totalidad, al cual se considera una unidad biopsicosocial. Laham (s/f).

Para el Colegio Oficial De Psicólogos De España (2000) es notable el crecimiento que ha tenido la psicología de la salud a causa, en gran parte, del cambio que ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía entre la salud física y la salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente biopsicosocial del enfermar. Esto se debe en gran parte al conocerse, cada vez con mas exactitud, la interdependencia entre la conducta o la psique y el cuerpo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido el aumento de los equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios.

La prevención y el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas representan un gran reto conjunto tanto para la tecnología conductual como para la medicina. Desde el punto de vista de la psicología clínica de la salud la prevención se percibe como fundamental. (Reynoso y Seligson, 2006).

2.1.1 La importancia de la psicología de la salud en el proceso salud-enfermedad.

En las últimas décadas, numerosas investigaciones han comprobado que las malas condiciones de salud de la población y su agravamiento, al menos en los países occidentales, se deben fundamentalmente a factores de naturaleza psicosociocultural y no a factores biológicos. (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Casi cualquiera de los problemas de salud que se tome en cuenta, entre los de mayor prevalencia o de características endémicas o de riesgo epidémico, han sido y son abordados exclusiva o preponderantemente desde la perspectiva médica. Empero son total o

parcialmente insolubles sin el aporte de la psicología. (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Algunos ejemplos son: el cólera, el dengue, la osteoporosis, la desnutrición infantil, las parasitosis, cardiopatías, las deficiencias de cobertura de las campañas de vacunación, infecciones de transmisión sexual, accidentes de tránsito, tabaquismo, alcoholismo, adicción a sustancias, etc.

A continuación se desarrollará un ejemplo para explicar las afirmaciones anteriores. Relata Saforcada (2010) que en una oportunidad se le propuso a un grupo de alumnos de la facultad de psicología de la universidad de Buenos Aires, un trabajo práctico que consistía en llevar a cabo una campaña de prevención del cólera (esto sucedía cuando amenazaba la epidemia en la Argentina).

Al escuchar dicha propuesta los estudiantes replicaron enérgicamente: ¡Y qué tiene que ver la psicología con el cólera!. Y la respuesta fue: ¡todo!.

La respuesta dada a los alumnos fue coherente, ya que la única barrera eficaz que se puede poner a una amenaza de epidemia de cólera es de naturaleza psicosociocultural: cambio de ciertas estructuras cognitivas (valoraciones, actitudes, representaciones sociales, etc.), transferencia de conocimientos y tecnologías protectoras, modificación y/o desarrollo de ciertos hábitos de higiene personal, alimenticios y de preparación de los alimentos, etc.

La instalación de una barrera de esta naturaleza implica un metódico y tenaz trabajo psicológico, el cual puede ser realizado apropiadamente por un psicólogo. (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

El ejemplo anterior hace evidente que la mayoría de los problemas de la salud pública se deben fundamentalmente a factores psicosocioculturales y no tanto a factores

biológicos; y siendo que la subjetividad y el comportamiento humano son la razón de ser de la psicología solo queda en evidencia el enorme potencial que posee esta ciencia para asistir a numerosos problemas de salud. (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Hay que agregar que, en el campo de la salud, no hay disciplina aplicada más económica que la psicología ya que no implica drogas ni aparatos, ni tecnologías de costo relevante. A su vez, es la que genera menos gastos y la que otorga mas eficacia y eficiencia. (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Por definición, el psicólogo clínico y de la salud puede contribuir enormemente a mejorar la salud pública aportando y aplicando sus conocimientos sobre promoción y prevención en el proceso de salud y enfermedad. Una de sus herramientas principales para lograr este objetivo es realizar intervenciones para conseguir estilos de vida más saludables, tanto en los individuos como a nivel social (Laham, 2006; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Para muchos profesionales de las ciencias de la salud no quedan dudas de que ciertas conductas como el fumar, beber alcohol o el sedentarismo, incrementan notablemente el riesgo de contraer numerosas enfermedades, incluso algunas que son letales como las cardiopatías, los derrames cerebrales o distintos tipos de canceres (Laham, 2006; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Cada persona, a través de sus conductas y por medio de hábitos estables constituye un determinado estilo de vida. En las últimas décadas, numerosos profesionales de las ciencias de la salud han enfatizado la relevancia que tienen los estilos de vida en el proceso salud-enfermedad (Laham, 2006; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Debemos tener presente que no todos los estilos de vida favorecen o perjudican la salud de la misma manera. Si pensamos al estilo de vida como un patrón de comportamientos, hablaremos de patrones patógenos y patrones inmunógenos. Laham (s/f).

Un patrón patógeno de comportamiento es un conjunto de conductas que incrementan el riesgo a contraer ciertas enfermedades, en algunos casos letales. Por el contrario, un patrón inmunógeno es un conjunto de comportamientos aumentan o mantienen la salud, al mismo tiempo que nos protegen de la enfermedad. Laham (s/f).

Un patrón patógeno de comportamiento o un estilo de vida no saludable es, por ejemplo el fumar regularmente, el beber alcohol en exceso, la mala alimentación o mantener una vida sedentaria por mucho tiempo. Estas conductas incrementan notablemente el riesgo de contraer numerosas enfermedades, incluso algunas que son letales como las cardiopatías, los derrames cerebrales o distintos tipos de cánceres (Laham, 2006; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Por otro lado un patrón inmunógeno de comportamiento, también llamado estilo de vida saludable o protector, es un conjunto de conductas que protegen, promueven o mantienen la salud.

Según numerosos autores (Laham, 2006; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010), las conductas básicas o generales de un patrón inmunógeno de conductas o estilo de vida saludable serían:

1. Dormir siete u ocho horas cada día.
2. Alimentarse de forma apropiada y saludable.
3. Realizar actividad física regularmente.
4. Evitar conductas nocivas como el fumar o el consumir alcohol en exceso.

5. Mantener relaciones interpersonales saludables y visitar a los familiares, amigos o seres queridos cada tanto.

Habría un sexto punto que algunos autores como Seligman (2011) consideran muy importante; estamos hablando de la creencia en algo, desde creer en alguna religión, en un Dios, o en alguna filosofía de vida. Seligman (2011) sostiene que numerosos estudios muestran de forma sistemática que los creyentes son algo más felices y están más satisfechos con la vida que los no creyentes.

Seligman (2011) menciona también, que en promedio se evidencia una mayor calidad de vida en los creyentes en comparación con los no creyentes.

Según algunos psicólogos, al modificar el estilo de vida de las personas se puede disminuir de forma notable la morbilidad y la mortalidad. La adopción a temprana edad de estilos de vida saludables puede ser la mejor forma para disminuir la probabilidad de aparición de algunas enfermedades, mejorar la salud y el bienestar de las personas. (Reynoso y Seligson, 2006).

Para cerrar el tema de los estilos de vida y las enfermedades crónico-degenerativas, cabe añadir que recientes estimaciones del Instituto Estadounidense Para la Investigación Del Cáncer (AICR, por sus siglas en ingles) y el Fondo Mundial Para La Investigación Del Cáncer (WCRF) indicaron que simples cambios en los estilos de vida pueden impedir la aparición de millones de canceres. (Kelland, 2011).

En dichas estimaciones se considera inquietante que en el 2011 la gente esté muriendo innecesariamente de cánceres que pueden prevenirse manteniendo un peso saludable, una dieta adecuada, actividad física regular y otros factores del estilo de vida. En dicho comunicado se advirtió que si bien el mensaje sobre cómo prevenir estos cánceres evitables es simple, hay que facilitar que la gente haga estos cambios. (Kelland, 2011).

Otro ejemplo de la relevancia de la psicología de la salud, son las investigaciones en psiconeuroinmunoendocrinología de Kiecolt-Glaser (2002). Dichas investigaciones muestran que síntomas como: el estrés, la ansiedad, la angustia o la percepción de amenaza, repercuten negativamente en el estado de salud del paciente, afectan el sistema inmunológico, prolongan el proceso de cicatrización e inciden en la recuperación. (Mucci, 2006).

Muchas de las investigaciones sobre ansiedad, señalan que los montos elevados preoperatorios se asocian a una adaptación postoperatoria inadecuada en lo referente a la recuperación (Johnson y cols., 1971). Otros autores sostienen que los sujetos mas ansiosos son mas propensos a infecciones y complicaciones. (O'Leary, A 1990; Manyade y cols., 1998).

Es notable la creciente importancia que se ha dado a la intervención psicológica en la prevención de trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental. Esto se debe a que muchos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer, las cardiopatías y el SIDA, tienen en la prevención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia. Sostienen además, que no es exagerado afirmar que en muchos casos la intervención psicológica debe ser uno de los ejes esenciales de cualquier política responsable en estos y otros muchos trastornos. (Colegio oficial de psicólogos de España, 2000).

Quizás los conceptos e ideas anteriores sean poco aceptados o poco conocidos por el común de la gente, incluso para un número importante de los mismos profesionales de la salud. Esto se debe en parte a la formación fragmentaria que reciben los profesionales de la salud, a la separación cartesiana cuerpo-mente, y también a la influencia del mercado de la enfermedad. (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

2.1.2 Perfil profesional del psicólogo clínico de la salud.

Sería pertinente empezar este segmento mencionando las particularidades que tiene el quehacer profesional del psicólogo en ámbitos sanitarios, por ejemplo en un hospital. Para esto sería idóneo contar con algún perfil profesional del psicólogo clínico de la salud elaborado por alguna institución Argentina o avalado por el estado. Pero lamentablemente no hay legislación específica sobre este tema en nuestro país.

Es por eso que recurrimos a un documento elaborado en el exterior. El Colegio Oficial De Psicólogos De España (2000) ha confeccionado en 1997 una serie de documentos en los que se ha propuesto delimitar y definir los distintos perfiles profesionales de las diversas especializaciones y áreas de la psicología. Dicho documento desarrolla de forma muy completa el perfil profesional del psicólogo clínico y de la salud.

El Colegio Oficial De Psicólogos De España (2000) define al Psicólogo Clínico y de la Salud como el profesional que aplica el conocimiento, las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a todo comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluarlo, explicarlo, tratarlo o prevenirlo en los distintos contextos en que se manifiesten.

Según este documento, algunas de las funciones más importantes que realiza el psicólogo clínico de la salud son:

2.1.2.1. Evaluación

Consiste en reunir información sobre los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Posteriormente, esta

información puede servir para el diagnóstico de trastornos psicológicos, la elección de técnicas de intervención, la selección de candidatos a un puesto de trabajo en un ámbito sanitario por ejemplo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos, etc.

En general, los instrumentos más utilizados son los tests, cuestionarios, entrevistas y observación. Es común que estos instrumentos se utilicen combinadamente para recaudar mas y mejor información. (Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

2.1.2.2. Diagnostico

Según el Colegio Oficial De Psicólogos De España (2000), se trata de la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional, de la persona o social, etc. Es el resultado del proceso de evaluación psicológica. Luego del diagnostico, el psicólogo clínico y de la salud puede decidir:

- Si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- Cómo especificar el problema en términos operativos.
- La indicación del tratamiento.

2.1.2.3. Tratamiento e intervención

El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las conductas o estados emocionales del paciente que influyen positiva o negativamente en la salud y la enfermedad paciente. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000)

Por otro lado las intervenciones del psicólogo clínico y de la salud no se limitan al paciente, a los profesionales del equipo de salud o al hospital en su totalidad, sino que también incluyen el trabajo en instituciones de distintos tipos, en poblaciones de alto riesgo así como en la promoción y prevención de la salud y la enfermedad en la comunidad toda. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

Según Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk (2010), las intervenciones que puede realizar un psicólogo en ámbitos sanitarios son realmente numerosas y variadas. Algunas de estas intervenciones específicas pueden ser:

- Modificar los flujos de información entre los médicos y los pacientes, para reducir los niveles de ansiedad de los enfermos y facilitar una mejor adaptación.
- Ejecutar una campaña de sensibilización en una comunidad para aumentar su participación en programas de prevención.
- Colaborar en la confección de políticas de salud pública.

2.1.2.4. Consejo y asesoramiento.

Se refiere aquí al consejo de experto que el psicólogo clínico y de la salud puede proporcionar a una gran variedad de problemas, a petición de alguna institución. En este sentido, se entiende al psicólogo como un consultor técnico que aconseja y asesora a otros profesionales de cualquier servicio dentro de un sistema sanitario o institución relacionada con la salud. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

Así, el psicólogo puede aconsejar o dar sugerencias a los médicos sobre cómo hacer que los pacientes se adhieran al tratamiento, sobre como mejorar la relación médico-paciente, etc. También pueden ser consultados para el diseño y puesta en práctica de programas de salud pública, de rehabilitación, etc. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

Las organizaciones consultantes pueden ser muy diversas. Además de la sanitaria, pueden consultar médicos y abogados del sector privado, agencias gubernamentales, entidades judiciales, empresas multinacionales, instituciones educativas y de rehabilitación, etc. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

2.1.2.5. Prevención y promoción de la salud.

Este apartado se trata de las funciones preventivas y promotoras de salud del psicólogo, las cuales se centran en:

- Capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad diana para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.

- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

2.1.2.6. Investigación

La investigación es fundamental para el psicólogo y la psicología. Gracias a los resultados de la investigación en psicología, las intervenciones del psicólogo se han valorizado en contextos tanto comunitarios como sanitarios. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

El psicólogo clínico y de la salud realiza investigaciones mayormente en los propios contextos aplicados, pero también en laboratorios en donde puede llevar a cabo estudios mas controlados. Las áreas de investigación propias del psicólogo clínico y de la salud son numerosas y muy variadas. Incluyen desde la construcción y validación de tests hasta el estudio del proceso y resultado de distintos tratamientos psicológicos, etc. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

2.1.2.7. Enseñanza y supervisión

La docencia y la supervisión son dos funciones muy comunes en los psicólogos clínicos y de la salud. Ambas funciones pueden tener lugar en contextos muy variados y pueden implementarse de maneras distintas. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

Por ejemplo, un psicólogo clínico de la salud puede ejercer la docencia dando clases en un curso de postgrado sobre psicología de la salud, dirigido tanto a psicólogos como a otros profesionales de las ciencias de la salud. También puede supervisar el funcionamiento o desempeño de una política sanitaria en una comunidad determinada, la eficacia de una

determinada intervención psicológica en un determinado problema de salud, etc. (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

3.1.2.8. Dirección, administración y gestión.

Esta función se refiere a la colaboración con la gerencia del sistema sanitario. Es básicamente una función de gestión de recursos humanos, cuyo objetivo es optimizar el rendimiento de los servicios mediante el mejoramiento de la actuación de los profesionales sanitarios y del sistema mismo. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

Dentro de esta función, se entiende que un psicólogo clínico de la salud puede desempeñarse en puestos como los siguientes: director de un hospital de salud mental, jefe de servicio de un hospital o centro de salud, director de un programa de formación de postgrado o doctorado, director de un servicio clínico universitario, director general de servicios o programas sectoriales de psicología clínica y de la salud, diseñador de políticas públicas de salud, auditor, consultor técnico en diversos asuntos, responsable de un proyecto de investigación, etc. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

2.1.2.9. Ámbitos de actuación.

Algunos de los lugares específicos en donde podría desempeñarse el psicólogo clínico de la salud, son:

- Centros privados de consulta, asesoramiento y tratamiento.
- Equipos de atención primaria.
- Equipos de salud mental.
- Unidades de salud mental del hospital general.
- Unidades de Psicología del hospital general.

- Unidades de Neuropsicología del hospital general.
- Unidades de rehabilitación hospitalaria o comunitaria.
- Hospitales de día.
- Hospitales psiquiátricos.
- Unidades u hospitales geriátricos.
- Hospitales Materno-infantiles.
- Unidades o centros de atención psicológica infantil.
- Unidades de dolor crónico y de cuidados paliativos.
- Organizaciones No Gubernamentales de atención a personas con discapacidades.
- Unidades de Salud Laboral.
- Otros dispositivos (Centros educativos, Equipos de psicología clínica en el ejército, etc.).

Las intervenciones que se realizan en cada uno de en estos lugares pueden ser individuales, grupales, dirigidas a la familia, equipo sanitario o a toda la institución. (El Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

Por ultimo, Según Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk (2010), la psicología es una profesión fuertemente dirigida a mejorar la comunicación humana y a desarrollar comportamientos cooperativos, actitudes de confianza y asociatividad entre las personas. Es por ello que el psicólogo puede brindar una gran ayuda en la formación y mantenimiento de equipos interdisciplinarios de salud.

2.2. Técnicas Cognitivo Conductuales

La terapia cognitivo conductual es una forma de tratamiento que se respalda en evidencia experimental y que se orienta hacia el problema; es generalmente de corta duración y procura que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas. Las

personas pueden aprender nuevas formas de actuar, nuevas formas de pensamiento, de expresar sentimientos y de afrontamiento. (Reynoso y Seligson, 2006).

Los terapeutas cognitivos conductuales se enfocan normalmente en el estado actual mas que en el pasado, y prestan mucha atención a la visión y la percepción del paciente respecto de su vida mas que a los rasgos de personalidad. Estos terapeutas también intentan entrenar a los pacientes para que tengan más control sobre su vida, ayudándoles a cambiar estilos de vida que han sido problemáticos y sustituirlos por otros que sean mas adaptativos. (Reynoso y Seligson, 2006).

2.2.1. Programas de intervención para determinados problemas de salud.

Con el fin de ilustrar cómo se podría aplicar la psicología de la salud a problemáticas sanitarias concretas, aludiremos a Reynoso y Seligson (2006) quienes sugieren ciertos programas de intervención para determinados problemas de salud. A continuación se nombrarán algunos de esos problemas de salud y se desarrollarán brevemente tres ejemplos de programas de intervención.

- Artritis- Intervención conductual en pacientes artríticos
- Presión arterial e hipertensión
- Infarto del miocardio
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Diabetes mellitas tipo 2
- Insuficiencia renal crónica
- Síndrome ulceroso
- Cáncer
- Asma

2.2.1.1. Intervención conductual en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

El tratamiento conductual del paciente con EPOC depende de la evaluación conductual previa, la cual debe tomar en cuenta el tiempo de evolución del problema, las condiciones generales del paciente, el deterioro progresivo de su estilo de vida, sus creencias sobre la enfermedad y el tratamiento. Además es importante ver si el paciente puede adherirse correctamente a la terapéutica. (Reynoso y Seligson, 2006)

El paciente con EPOC debe adherirse al régimen terapéutico prescrito, debe dejar de fumar, tomar medicamentos que disminuyen la viscosidad de la secreción mucosa bronquial, evitar en la medida de lo posible estar acostado y prevenir infecciones broncopulmonares. Debido a que esta enfermedad es progresiva, el trabajo deberá centrarse en el manejo del estrés y la depresión, así como en buscar la mejor calidad de vida posible a pesar del deterioro orgánico irreversible (Kohler, Fish, Greene, 2002).

2.2.1.2. Intervención conductual en pacientes con insuficiencia renal.

La forma de abordar el tratamiento de quien presenta insuficiencia renal depende del tiempo de evolución del problema, de las condiciones generales del paciente, de las indicaciones medicas y de la evaluación conductual. (Reynoso y Seligson, 2006).

La primera condición de importancia es que el paciente debe adherirse al régimen terapéutico que se le prescriba; en el caso de la insuficiencia renal como enfermedad crónica, la persona debe tomar sus medicamentos, pero además cumplir con un régimen

dietético, controlar estrictamente la cantidad de líquidos ingeridos y cuidar el catéter de diálisis peritoneal evitando el riesgo de infección. (Reynoso y Seligson, 2006).

La insuficiencia renal, por otra parte, genera un monto importante de estrés que complica la enfermedad. Es por esta razón que las técnicas para tratar el stress tienen un lugar importante en el programa conductual de intervención.

Estos pacientes a menudo están sujetos a un estrés crónico y también a un estado depresivo. Es habitual en estos pacientes que al asistir a la consulta medica, previa realización de estudios de laboratorio, con la expectativa de encontrarse bajo control y dentro de cifras normales se vean alterados cuando el medico les informa que sus niveles de urea se encuentran elevados.

Cuando esto sucede es común observar signos de depresión, ya que estos pacientes suponen que los esfuerzos que han realizado han sido infructuosos; suponen que de nada sirvió intentar ajustarse a la terapéutica medicamentosa, esforzarse por seguir la dieta o restringir los líquidos, etc. (Reynoso y Seligson, 2006).

Por ultimo, un programa de afrontamiento para pacientes con insuficiencia renal debe enfocarse en trabajar el manejo del estrés, la depresión, el desarrollo de estrategias para la solución de problemas, y en educar al paciente y a sus familiares para mantener la calidad de vida a pesar de las diálisis. (Reynoso y Seligson, 2006).

2.2.1.3. Intervención conductual en pacientes Asma

Según Seligson y Reynoso (2006) el primer paso es que el medico realice el diagnostico de asma y lo diferencie de alguna infección respiratoria aguda, luego debe buscar las posibles causas para planear el programa de tratamiento. Los niños con este padecimiento tienen una mayor probabilidad de sufrir de episodios de estrés agudo como

consecuencia de los ataques de asma, esto ocasiona una mayor constricción bronquial e incrementa el problema de la obstrucción. (Reynoso y Seligson, 2006).

La intervención conductual en pacientes con asma debe centrarse en el establecimiento de relaciones funcionales entre el ataque asmático y algún disparador ambiental. Por otra parte, ya que el ataque agudo de asma provoca estrés en el paciente, se deberá desarrollar un programa de reducción de estrés a través del aprendizaje de habilidades de afrontamiento. Otra forma de intervención es el uso de la relajación para disminuir los síntomas del broncoespasmo. Para lograr una mejor relajación del músculo liso bronquial, una opción es utilizar la retroalimentación biológica. Existe evidencia que sugiere que los cambios en la tensión de los músculos faciales producen mejoría de la resistencia al paso del aire en los bronquios debido a un reflejo trigémino vagal; la tensión de estos músculos produce broncoconstricción y la relajación produce broncodilatación. Asociado a lo anterior, el psicólogo deberá trabajar con el niño lo referente a la adherencia al tratamiento del asma. El niño tendrá que aprender a reconocer el momento en que debe usar el broncodilatador en aerosol, sin sobredosificarse y utilizando solamente en casos de un auténtico ataque y no ante situaciones controlables sin medicamento. (Reynoso y Seligson, 2006).

2.2.1.4. Psicoprofilaxis quirúrgica.

Otra intervención importante en ámbitos sanitarios es la psicoprofilaxis quirúrgica. La entendemos como un proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos y clínicos, focalizado en la situación quirúrgica; planificado para promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo, recursos que lo orienten a: a) Afrontar la operación; b) Reducir efectos, eventualmente adversos, para el psiquismo; b) Facilitar la recuperación biopsicosocial. (Mucci, 2006).

En resumen, según Mucci (2004) los objetivos generales de la psicoprofilaxis quirúrgica son:

- Ayudar a procesar la información.
- Proveer recursos para manejar las preocupaciones que generan la enfermedad y la cirugía.
- Estabilizar los síntomas psicológicos en niveles aceptables.
- Trabajar los miedos, la ansiedad y el estrés.
- Hacer explícito lo implícito.
- Facilitar la recuperación biopsicosocial.

2.2.2. Técnicas cognitivo conductuales subyacentes a los programas de intervención.

Según Reynoso y Seligson (2006) algunas de las técnicas cognitivo conductuales subyacentes en los programas de intervención anteriores son:

- Relajación
- Técnicas expositivas
- Desensibilización sistemática
- Terapia implosiva
- Imaginación guiada
- Entrenamiento asertivo
- Modelamiento
- Manejo de contingencias
- Contrato conductual
- Restructuración cognitiva
- Solución de problemas

- Biorretroalimentacion
- Inoculación del estrés
- Intervención en crisis

2.3. Interdisciplinariedad o Multidisciplinariedad

Antes de hablar de interdisciplinariedad sería conveniente empezar definiendo lo que es una disciplina.

Según la Real Academia Española, una disciplina puede ser un arte, una facultad o una ciencia. (Real Academia Española, 2001).

En el presente trabajo, se entiende el concepto de disciplina como un campo de estudio. Hay que tener presente que un campo de estudio de una disciplina cualquiera no es un reflejo exacto de la realidad, sino mas bien una construcción. La realidad es un todo, y no esta dividida en disciplinas ni fragmentada. Por ende, es muy difícil sino imposible que una sola disciplina pueda generar conocimientos integrales y no fragmentados de la naturaleza. (Vidal y Benito, 2011)

Tiempo atrás, cuando el conocimiento disciplinar era de menor envergadura, un individuo tenía la posibilidad dominar o manejar muchas disciplinas. Por ejemplo, Leonardo da Vinci (1452-1519). Se sabe que Leonardo era: escultor, artista plástico, ingeniero, científico, inventor, anatomista, arquitecto, urbanista, botánico, músico, poeta, filosofo, escritor, etc. (Vidal y Benito, 2011).

Pero a medida que el conocimiento disciplinar se fue desarrollando y acumulando, este hecho se fue haciendo menos posible. Es por eso que, a medida que el conocimiento disciplinar se volvió de mayor envergadura se hizo mas difícil para un individuo dominar o conocer en profundidad mas de una disciplina. Es mas, hoy por hoy, las disciplinas han

logrado tal cúmulo de conocimiento, que una persona ni siquiera puede manejar o conocer en profundidad una sola disciplina. (Vidal y Benito, 2011). Por ejemplo no se puede esperar que un mismo medico sea un buen oncólogo, dentista, traumatólogo, ginecólogo, etc.

Y es así como empezó a haber mayor especialización en cada disciplina, al punto de que los especialistas empezaron a saber mucho de poco, lo que conlleva a una gran fragmentación del conocimiento de la realidad. (Vidal y Benito, 2011).

2.3.1. El problema de la incesante especialización.

Según Vidal y Benito (2011) el aglomerar grandes cantidades de conocimiento, métodos e instrumentos de investigación en una disciplina conlleva ciertos riesgos, como:

- La Hiperespecialización
- cosificación del objeto de estudio
- No considerar que el objeto de estudio es una construcción
- No relacionarse con otras disciplinas
- Fragmentar el conocimiento

Las preguntas que surgen son: ¿Qué hacer frente al problema de la excesiva especialización o hiperespecialización?, y ¿Seguimos el mismo rumbo sin reparo alguno o volvemos a la alquimia?.

Muchos psicólogos y científicos proponen a la interdisciplinariedad como un método adecuado y promisorio para intentar generar un conocimiento mas integral y no fragmentado de la naturaleza (Laham, 2006; Morin, 2000; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010). Según Ezequiel Ander-Egg

(1999) se puede entender la interdisciplinariedad como un intento de narrar la realidad de manera no fragmentada.

Al hablar de interdisciplinariedad o interdisciplina, no se está haciendo referencia a un equipo o grupo de personas de diferentes profesiones, sino que se está hablando de un método o actitud determinada. Ya que todo grupo de trabajo con distintos profesionales es por definición multidisciplinario, pero no necesariamente es un grupo de trabajo con un método o actitud interdisciplinario. Por ende, no hay que suponer que la interdisciplinariedad surge espontáneamente cada vez que un equipo multidisciplinario se constituye. (Vidal y Benito, 2011).

Un error frecuente es confundir la multidisciplinariedad con la interdisciplinariedad. Es por ello que a continuación se describirán de forma paralela las características más importantes de cada una.

Multidisciplina	Interdisciplina
<ul style="list-style-type: none"> • Varias disciplinas se ocupan simultáneamente de un mismo problema. No trabajan de forma reciproca ni interdependiente, mas bien de forma aislada. • Cada profesional da respuesta al problema desde su disciplina. • Se integran los resultados de las partes, generalmente al final. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se da en equipos de trabajo conformados por diferentes profesionales que trabajan de manera interdependiente y reciproca. • Supone la integración, no del resultado sino de los distintos enfoques para la delimitación de la problemática a investigar. • Hay una base paradigmática común y compartida (por ejemplo: en PS debe haber un paradigma biopsicosocial). • La problemática a estudiar se concibe como un sistema complejo. • Se espera que cada profesional: sea competente en la propia disciplina; Que conozca los métodos y contenido de las otras.

Entonces, entendemos la interdisciplinariedad como un método o actitud con el que trabaja un determinado equipo de diferentes profesionales. Que se caracteriza por intentar generar un conocimiento mas integral y no fragmentado de la realidad. (Vidal y Benito, 2011).

2.3.2. Sistemas complejos y paradigma de la complejidad.

Según muchos autores (Laham, 2006; Morin, 2000; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010) el método descrito anteriormente es el más indicado para abordar o investigar sistemas complejos. Se toma el término sistema complejo del paradigma de la complejidad, cuyo autor es Edgar Morin (2000).

Según Morin (2000), los sistemas complejos se caracterizan por:

- Estar constituidos por elementos heterogéneos en interacción.
- Sus subsistemas pertenecen a los dominios materiales de muy distintas disciplinas.
- Son abiertos, es decir sometidos a intercambios con el medio.
- Se mantienen en condiciones estacionarias a pesar de los intercambios de materia y energía constantes con el mundo externo. Por ende no son formas rígidas en equilibrio estático.

Por otro lado, los supuestos principales del paradigma de la complejidad son, según Morin(2000):

- No hay respuestas simples a situaciones complejas.

- Asumir la ambigüedad y la ambivalencia.
- Policausalidad.
- Visión poli-ocular.
- Multiplicidad de variables.

En resumen: La interdisciplinariedad resuelve la fragmentación de la especialización, al mismo tiempo que es el abordaje adecuado de los sistemas complejos. (Vidal y Benito, 2011).

2.3.3. ¿Cómo se aplica la interdisciplinariedad en las ciencias de la salud?

Según Vidal y Benito (2011) se entiende la interdisciplinariedad como una actitud o método (de trabajo o investigación) particular. Siendo así, entendemos que esta actitud o metodología se puede aplicar en ámbitos tan diversos como:

- Un equipo de trabajo en un ámbito hospitalario (por ejemplo un equipo interdisciplinario de salud)
- Una institución.
- Un proyecto de investigación.

A continuación, se desarrollará en profundidad como se puede aplicar la interdisciplinariedad en un equipo de trabajo de un hospital.

2.3.4. La interdisciplinariedad aplicada a un equipo de trabajo en un hospital.

Para empezar, es pertinente definir brevemente lo que es un equipo de trabajo. Primeramente es un grupo pequeño de personas, que se comprometen a trabajar por un objetivo común. Se supone también que dicho grupo se rige por objetivos, normas y roles. Y que generalmente posee algún coordinador o líder. (Vidal y Benito, 2011).

Para Vidal y Benito (2011) es posible aplicar la interdisciplinariedad a un equipo de salud, pero para ello es necesario que sus miembros tengan las siguientes características:

- Capacidad de Afiliación.
- Disposición al diálogo.
- Actitud respetuosa, no autoritaria.
- Interés por los quehaceres de los otros profesionales.
- Tener un paradigma compartido: el biopsicosocial.
- Habilidades comunicacionales interprofesionales.
- Interés en avanzar hacia la construcción de un código comunicacional común.

- Dominio de la propia Disciplina.
- Capacidad de descentrarse de la propia disciplina.
- Comprender los problemas planteados a su propio dominio desde los otros dominios.
- Percibir los problemas del propio dominio que se prolongan en los otros y formularlos adecuadamente para que los otros profesionales comprendan.

Al estar presentes estas características, se puede trabajar con una actitud o método interdisciplinario.

Para Vidal y Benito (2011), algunas de las actividades propias de un equipo de salud interdisciplinario son:

- Los ateneos compartidos. Donde se realizan presentaciones conjuntas de casos, y los respectivos análisis y discusión de los mismos.
- Reuniones de Equipo. Lo que implica intercambios y discusión de casos clínicos.
- Elaboración conjunta de instrumentos. Desde la historia clínica hasta guías de Procedimiento.

2.3.5. La relevancia de la interdiscipliniedad en el ámbito de la salud.

Trabajar desde la interdisciplinariedad en ámbitos sanitarios es de suma importancia, ya que la persona es una totalidad compleja de carácter sistémico. Por ende, El abordaje de la persona sana o enferma requiere de la interdisciplinariedad (Laham, 2006; Oblitas, 2006; Reynoso y Seligson, 2006; Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Con respecto a la modalidad de trabajo, Mucci y Benaim (2005) detallan los beneficios de utilizar una modalidad interdisciplinaria y las limitaciones de no hacerlo. Sostienen que para dar una respuesta satisfactoria a los objetivos generales y específicos en psicología y salud, es imprescindible convocar a distintas disciplinas para trabajar unidas y de forma recíproca ya que, dada la cantidad de fenómenos que atraviesan el proceso salud-enfermedad, una sola perspectiva no alcanza. (Mucci & Benaim, 2005).

También aclaran que no es una mera sumatoria de saberes, ni la aglutinación de intervenciones de un grupo, sino que supone más bien una comunicación y apertura recíproca en la que no tienen lugar los absolutismos, los mandatos ni los reduccionismos. (Mucci & Benaim, 2005).

3. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo de estudio: Descriptivo.

3.2. Participantes: en este estudio participaron 25 profesionales del servicio de pediatría del hospital elegido. Esta población se fue elegida al azar entre los miembros del servicio. Este grupo de profesionales está compuesto por: 6 médicos de planta, 2 médicos residentes, 5 enfermeras, 6 psicólogos, 3 residentes de psicología, 1 estimuladora temprana, 1 anestesista y 1 asistente social.

3.3. Instrumentos utilizados: a fin de cumplir con los objetivos generales y específicos del presente trabajo, se utilizaron tres instrumentos:

3.3.1 Entrevista semidirigida: se realizó una entrevista semidirigida a la Jefa del gabinete de psicología pediátrica. La entrevista duró 1 hora y 20 minutos aproximadamente.

3.3.2. Encuestas Cerradas: se administraron 2 tipos diferentes de encuestas cerradas a los profesionales del servicio de pediatría. Una de las encuestas cerradas fue diseñada y administrada solo a los médicos, y la otra encuesta fue administrada al resto de los profesionales, es decir que fue destinada a los psicólogos, enfermeras, etc..

4.3.3. Observación participante del servicio de pediatría. Se realizó una observación participante en el servicio de pediatría que duró 4 horas aproximadamente.

4. PROCEDIMIENTO.

Lo primero que se llevó a cabo fue una observación participante en el servicio de pediatría, dicha observación que duró unas 4 horas aproximadamente.

El próximo paso fue realizar una entrevista semidirigida a la jefa del gabinete de psicología pediátrica.

Las encuestas cerradas se administraron a 25 profesionales del servicio de pediatría. Finalmente, se analizaron los resultados de dichos estudios a la luz de la bibliografía seleccionada con el fin de cumplir con los objetivos del presente trabajo.

5. RESULTADOS

5.1. Entrevista

Durante la entrevista semidirigida, la Jefa del gabinete de psicología pediátrica respondió a todas las preguntas de manera cordial y sin escatimar en detalles. A continuación se desarrollarán los puntos relevantes. La entrevista completa puede consultarse en el Anexo I.

La Dra. G habló de las diferentes áreas en las que trabaja el psicólogo en el servicio de pediatría.

Empezó por el área asistencial, donde los psicólogos reciben pacientes derivados de distintos lugares (desde instituciones educativas, defensorías hasta del mismo hospital), luego habló de los recorridos de sala, cuyo objetivo es que los psicólogos y los pediatras establezcan un buen vínculo y que se ayuden mutuamente para lograr un mejor servicio. Por un lado el psicólogo se beneficia en los recorridos informándose sobre la situación de

los pacientes, y el pediatra a su vez puede nutrirse de los aportes del psicólogo y de la posibilidad de hacerle interconsultas. Y por último, mencionó un área llamada contención y trabajo en grupo con los pediatras, dedicado a trabajar tensiones internas del grupo y el stress, con el objetivo de cohesionar el grupo, de lograr un mejor funcionamiento del servicio y una mayor calidad en las relaciones interpersonales del equipo.

Al preguntársele sobre que es lo que ella cree que los pediatras esperan de los psicólogos, la Dra. G respondió que los pediatras ven a los psicólogos como interconsultores a los cuales se puede consultar sobre temas emocionales o psicológicos que obstaculizan la recuperación del paciente. Que esperan que los psicólogos se encarguen de las cuestiones emocionales, psicológicas o comportamentales que dificulten el trabajo del pediatra y retrasen el alta del paciente.

Según la Dra. G, las intervenciones más comunes son las entrevistas de admisión, el psicodiagnóstico, la psicoeducación, técnicas de psicoestimulación temprana, desensibilización sistemática, el manejo de contingencias, reestructuración cognitiva, algunas técnicas de inoculación del estrés, psicoprofilaxis quirúrgica, etc.

Con respecto a la promoción y prevención de la salud, comentó que se realizan algunas intervenciones. Por ejemplo se realizan charlas informativas regulares en las salas, destinadas tanto a los pacientes como a sus familiares. El fin de estas charlas es prevenir ciertas enfermedades y promocionar la salud. Otro objetivo es instruir a los pacientes y a sus cuidadores sobre cómo detectar si uno está bajo alguna situación de violencia familiar o negligencia, etc.

También dijo que los psicólogos utilizan la psicoeducación diariamente, la cual es una buena herramienta para trabajar temas relacionados con la promoción y prevención de la salud. Explicó también que el gabinete de psicología pediátrica no se dedica exclusivamente a trabajar en promoción y prevención de la salud, pero piensa que sería una

buena idea que en el futuro haya un equipo de psicólogos que se dediquen a trabajar en ello.

Al preguntársele sobre la relación entre los profesionales del equipo de salud, respondió que esta es excelente, muy buena. Habló de las particularidades que tiene el servicio de pediatría y de las razones por las que funciona bastante bien. Entre dichas razones comentó que el gabinete de psicología pediátrica es independiente del departamento de salud mental, y que si bien forma parte del departamento de pediatría goza de una gran autonomía.

La Dra. G cree que el hecho de formar parte del servicio de pediatría y de dedicarse casi exclusivamente a este departamento, ha generado relaciones interpersonales calidas y un sentimiento de pertenencia que da por resultado un buen servicio y un ambiente de trabajo agradable para todo el equipo de salud.

Dijo que hay mucho respeto entre todos los profesionales del servicio y que una evidencia de ello es que durante los ateneos todos tienen libertad para opinar, hacer preguntas, o realizar observaciones. También afirmó que es frecuente que los psicólogos trabajen en conjunto con los médicos para diagramar un ateneo, o que los psicólogos preparen ateneos especiales para instruir a los médicos sobre temas específicos de la psicología que les resultarían útiles en el ambiente sanitario.

Con respecto a la modalidad de trabajo, sostuvo que la relación entre los profesionales es interdependiente y realmente recíproca, y que es muy común que se generen amistades entre los psicólogos, los pediatras, las enfermeras y los trabajadores sociales, etc. Dijo que no tiene duda de que el equipo de salud, del servicio de pediatría, es interdisciplinario.

Al preguntársele sobre que se puede mejorar desde gabinete de psicología pediátrica a fin ofrecer un mejor servicio, respondió que se necesitan más nombramientos de

psicólogos, ya que solo están nombrados ella y un psicólogo mas. El resto de los psicólogos están trabajando Ad Honorem. También dijo que se necesita con urgencia un psiquiatra infanto-juvenil, ya que no se dispone de ninguno en todo el hospital y muy frecuentemente los pacientes lo necesitan, por lo que se termina derivándolos a otro hospital .

Cuando se le preguntó si tenía alguna autocrítica con respecto al funcionamiento del gabinete de psicología pediátrica, dijo que cree que el servicio que brindan funciona muy bien y que se tiene un feedback muy positivo, y que sin intenciones de ser soberbia debe admitir que esta conforme con el servicio que brindan a los pacientes y al equipo de salud.

Dijo también que debido al predominio del modelo medico hegemónico no cree que haya una gran inserción de psicólogos en ámbitos sanitarios, al menos en los próximos 10 años. Pero manifestó su asombro sobre el hecho de que en la psicología hay cada vez mas especialidades relacionadas con la salud. A tal punto de que hay psicólogos que son especialistas en temas muy puntuales, como por ejemplo en psico-oncología. Por ultimo, dijo que le sorprende y que recibe con agrado el hecho de que estos psicólogos especialistas en temas de salud son muy bien recibidos por los hospitales y que son valorados cada vez mas en el mercado de salud.

5.2. Encuestas

En esta sección se encuentran los resultados de las encuestas realizadas. Se encuestó a un total de 25 profesionales del servicio de pediatría; esta poblacion fue elegida al azar entre los miembros del servicio. Todos los encuestados contestaron la encuesta en forma completa. Como se aclaró anteriormente en el capitulo 3, se administraron 2 tipos diferentes de encuestas; una de las encuestas fue administrada solo a los médicos, y la otra a los psicologos y al resto del personal del servicio. Los modelos de dichas encuestas se encuentran en el Anexo II.

Los resultados se expresaron en tablas que integran los resultados ambas encuestas.

Tabla 1:

Frecuencia con la que solicitó interconsultas a otros profesionales del servicio de pediatría.

Interconsulta solicitada	Medicos		Psicólogos y resto del personal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1 vez por mes	3	37.5%	5	29.4%
1 vez por semana	3	37.5%	4	23.5%
1 vez por día	1	12.5%	4	23.5%
más de 1 vez por día	1	12.5%	0	0.0%
Otros	0	0.0%	4	23.5% ^a
Total	8	100.0%	17	100.0%

En la encuesta realizada a los médicos se observó que, una vez por mes y una vez por semana son las frecuencias de interconsulta de mayor solicitud con un 37,5% cada una, seguido de una vez por día y más de una vez por día con un 12,5%. Con respecto a la encuesta realizada a los psicólogos y resto del personal, una vez por mes es la frecuencia de interconsulta con mayor solicitud con un 29,4%, seguida de una vez por semana, una vez por día y otros con un 23,5%.

^a en otros, 4 enfermeras explicaron que solo intercambian interconsultas con los médicos y no con otros profesionales. si bien manifestaron que interactúan con los psicólogos y el resto del personal, y que a veces los consultan por diversos temas, advierten que no lo hacen con la formalidad de la interconsulta.

Tabla 2:

Frecuencia con la que recibió interconsultas de otros profesionales del servicio

Interconsulta recibida	Medicos		Psicólogos y resto de personal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1 vez por mes	1	12.5%	3	17.6%
1 vez por semana	4	50.0%	5	29.4%
1 vez por día	1	12.5%	4	23.5%
más de 1 vez por día	1	12.5%	1	5.9%
Otros	1	12.5%	4	23.5% ^a
Total	8	100.0%	17	100.0%

En la encuesta realizada a los médicos, una vez por semana es la mayor frecuencia de interconsulta recibida con un 50%, seguido de una vez por mes, una vez por día y más de una vez por día con un 12,5%. Con respecto a la encuesta realizada a los psicólogos y resto del personal, una vez por semana es la mayor frecuencia de interconsulta recibida con un 29,4%, seguida de una vez por día y otros con un 23,5%, luego sigue una vez por mes con un 17,6% y, finalmente mas de una vez por día con un 5,9%.

^a en otros, 4 enfermeras explicaron que solo intercambian interconsultas con los médicos y no con otros profesionales. si bien manifestaron que interactúan con los psicólogos y el resto del personal, y que a veces los consultan por diversos temas, advierten que no lo hacen con la formalidad de la interconsulta.

Tabla 3:

Frecuencia en la asistencia a los ateneos del servicio de pediatría

Asiste a los ateneos	Medicos		Psicólogos y resto de personal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1 vez cada 3 meses	2	25.0%	6	35.3%

1 vez por mes	5	62.5%	4	23.5%
más de 1 vez por mes	0	0.0%	2	11.8%
Otros	1	12.5%	5	29.4% ^a
Total	8	100.0%	17	100.0%

En la encuesta realizada a los médicos, una vez por mes es la mayor frecuencia de asistencia a los ateneos con un 62.5%, seguido de una vez cada 3 meses con 25%, y finalmente otros con un 12,5%. Por otra parte, en la encuesta realizada a los psicólogos y resto del personal, una vez cada 3 meses es la mayor frecuencia de asistencia a los ateneos con un 35.3%, seguida por otros con un 29,4%, luego sigue una vez por mes con un 23,5% y por ultimo mas de una vez por mes con un 11,8%.

^a5 enfermeras dijeron que nunca habían asistido a un ateneo del servicio de pediatría.

Tabla 4:

La libertad para opinar en los ateneos

Hay libertad de opinión en los ateneos	Medicos		Psicólogos y resto de personal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Completamente de acuerdo	7	87.5%	1	8.3%
De acuerdo	1	12.5%	11	91.7%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
En desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
Completamente en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
Total	8	100.0%	12	100.0%

En la encuesta realizada a los médicos, completamente de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia con respecto a la libertad de opinión en los ateneos, con un 87,5%, seguido por de acuerdo con un 12,5%. En la encuesta realizada a los psicólogos y resto del personal, de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia del cuadro con un 91,7%, seguido de completamente de acuerdo con un 8,3%

Tabla 5:

Relación entre los distintos profesionales del servicio de pediatría.

Considera que la relación es buena	Medicos		Psicólogos y resto de personal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Completamente de acuerdo	3	37.5%	3	17.6%

De acuerdo	5	62.5%	9	52.9%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0	0.0%	4	23.5%
En desacuerdo	0	0.0%	1	5.9%
Completamente en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
Total	8	100.0%	17	100.0%

En la encuesta realizada a los médicos, de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia con respecto a la relación entre los distintos profesionales, con un 62,5%, seguido de completamente de acuerdo con un 37,5%. En la encuesta realizada a los psicólogos y resto del personal, de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia del cuadro con un 52,9%, seguido de ni de acuerdo, ni en desacuerdo con un 23,5%, luego sigue completamente de acuerdo con un 17,6%, y finalmente en desacuerdo con un 5,9%.

Tabla 6:
El valor de las opiniones de los distintos profesionales

Tengo en cuenta las opiniones de los demás	Medicos		Psicólogos y resto de personal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Completamente de acuerdo	2	25.0%	3	17.6%
De acuerdo	4	50.0%	7	41.2%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	12.5%	6	35.3%
En desacuerdo	1	12.5%	1	5.9%
Completamente en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
Total	8	100.0%	17	100.0%

En la encuesta realizada a los médicos, de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia del cuadro, con un 50%, seguido de completamente de acuerdo con un 25%, luego siguen de ni de acuerdo, ni en desacuerdo y en desacuerdo con un 12,5% cada una. En la encuesta realizada a los psicólogos y resto del personal, de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia del cuadro, con un 41,2%, seguido de ni de acuerdo, ni en desacuerdo con un 35,3%, luego sigue completamente de acuerdo con un 17,6% y finalmente en desacuerdo con un 5,9%.

Tabla 7:
Apreciación de los aportes de profesionales que provienen de disciplinas diferentes

Tengo en cuenta el aporte de los demás	Medicos		Psicólogos y resto de personal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Completamente de acuerdo	1	12.5%	2	11.8%
De acuerdo	5	62.5%	12	70.6%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	12.5%	3	17.6%
En desacuerdo	1	12.5%	0	0.0%
Completamente en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
Total	8	100.0%	17	100.0%

En la encuesta realizada a los médicos, de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia del cuadro, con un 62,5%, seguido de ni de acuerdo, ni en desacuerdo y de en desacuerdo con un 12,5%, luego sigue completamente de acuerdo con un 12,5%. En la encuesta realizada a los psicólogos y resto del personal, de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia del cuadro, con un 70,6%, seguido de ni de acuerdo, ni en desacuerdo con un 17,6%, y finalmente por completamente de acuerdo con un 11,8%.

Tabla 8:

El trabajo en equipo con profesionales de otras disciplinas es eficaz.

	Medicos		Psicólogos y resto de personal	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Trabajar en equipo con diferentes profesionales es eficaz				
Completamente de acuerdo	7	87.5%	10	58.8%
De acuerdo	1	12.5%	7	41.2%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
En desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
Completamente en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
Total	8	100.0%	17	100.0%

En la encuesta realizada a los médicos, completamente de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia del cuadro, con un 87,5%, seguido de de acuerdo con un 12,5%. En la encuesta realizada a los psicólogos y resto del personal, completamente de acuerdo es la respuesta con mayor frecuencia del cuadro, con un 58,8%, seguido de de acuerdo con un 41,2%.

5.3. Observación participante del servicio de pediatría.

Ademas de la información obtenida durante las 320hs de residencia realizadas en el primer cuatrimestre del año 2010, se efectuó una observación participante en el servicio de pediatría.

El ex-residente llega a las 9:30hs y al entrar se dirige directamente al departamento de pediatría, donde se encuentra el gabinete de psicología pediátrica (G.P.P.).

En el G.P.P. hay cinco cuartos pequeños que son utilizados como consultorios por los psicólogos y los residentes de psicología, a veces se improvisa un sexto consultorio el pasillo. En las paredes se observan dibujos de niños, notas, avisos de congresos, alguna que otra interconsulta sujeta por un chinche (o chincheta). En los breves momentos de

descanso, los psicólogos y los residentes dialogan en el pasillo, alternando su conversación entre los temas propios del hospital y los de la vida cotidiana. Por ejemplo, comentan la situación de un paciente, luego hablan de alguna noticias o de temas de actualidad, luego sobre cosas personales, y otra vez sobre algún paciente, etc.

A lo largo de la mañana, el trabajo de los psicólogos y residentes en psicología consiste en atender las demandas de los pacientes (o sus familiares) y también la demanda de los demás profesionales del servicio. Desde una simple entrevista de admisión, una interconsulta muy específica, o una intervención en psicoprofilaxis quirúrgica, los psicólogos parecen estar siempre predispuestos a brindar sus servicios, ya que se los ve ir y venir del G.P.P. cada vez que alguien solicita sus servicios.

Siendo las 10:40hs, algunos psicólogos están atendiendo mientras que otros se liberan y aprovechan para tomar un te o compartir un mate con algún colega en su misma situación. A veces solo se genera un fugaz intercambio de palabras y luego vuelven a los consultorios para atender a un paciente recién llegado. Los residentes se consultan constantemente con los psicólogos de planta, pero la mayoría de las veces eligen a la Dra. G para hacer sus consultas. La Dra. G es la Jefa del servicio de psicología pediátrica, y si bien mantiene una relación de amistad con los psicólogos de planta y residentes, esta se basa por sobre todo en el respeto y la responsabilidad.

A las 11:15hs vino la jefa de residentes del servicio de pediatría para coordinar actividades de investigación.

Al entrar, la Dra. G saluda a los psicólogos de planta y a los residentes. Luego saluda a un residente de psicología por su cumpleaños. La Dra. G hace muchas cosas simultáneamente, mientras esta sentada revisa una tesis en la computadora, al mismo tiempo que habla por teléfono, sugiere ideas sobre el próximo ateneo y responde las preguntas de alguien que le habla desde el pasillo. Aprovecha una pausa para preguntar si alguien puede asistir a un niño que se encuentra internado por una enfermedad respiratoria

en el servicio, que perdió a sus padres y se siente muy angustiado. Añade que su abuela es la única que se encarga de su cuidado. Se trata de una interconsulta reciente, en este caso los médicos solicitan ayuda del G.P.P. ya que pese a que a trataron la enfermedad respiratoria como de costumbre, el niño no muestra ninguna mejoría y al contrario se ve muy angustiado y abatido. Por lo cual han solicitado la ayuda de los psicólogos esperando poder facilitar el proceso de curación.

El ex-residente pasea por los pasillos del servicio de pediatría para saludar a los médicos y enfermeros. Aprovecha para preguntar como se encuentran, que tan atareada fue la mañana y si vuelven a sus pagos por las fiestas.

De regreso al G.P.P., el ex-residente se encuentra con algunas enfermeras con las cuales había conformado cierta amistad, les pregunta si puede hacerles algunas preguntas sobre el funcionamiento del servicio. Acceden al pedido e invitan al ex-residente a tomar un te a su gabinete. El gabinete es muy pequeño, consta de una mesa con seis sillas, una ventana grande y algunos muebles. El ex-residente se sienta en una de las sillas, mientras que el resto de las sillas son ocupadas por cinco enfermeras. Las enfermeras cuentan que en general están a gusto con su trabajo y con el departamento de pediatría. A su vez reconocen que siempre hay situaciones y personas incómodas como en casi todos los trabajos y lugares, pero que en general se sienten a gusto con su trabajo. También dijeron que, para ellas, los profesionales del servicio de pediatría no están realmente unidos, que es una unidad muy rudimentaria y que podría ser mucho mejor.

Entre las cosas que mas les molesta, es que los médicos de planta nunca les presentan a los nuevos médicos residentes, entonces les sucede que cuando van a las salas siempre encuentran médicos nuevos y no saben ni su nombre ni de donde vienen. Por otro lado, las enfermeras dijeron que nunca han asistido a un ateneo, y aunque admitieron que sienten curiosidad por saber como es un ateneo del servicio, también reconocen que quizás no es realmente necesario que ellas asistan, pues sus tareas son mas bien técnicas y no hace falta realmente que asistan a un ateneo sobre violencia familiar, cuestiones legales de la eutanasia, esquizofrenia, etc. Luego de una hora aproximada de conversación con una gran

parte de las enfermeras del servicio, el ex-residente se despide y agradece que lo hayan invitado a tomar un te.

A las 12:30hs aproximadamente. Al llegar al G.P.P., el ex-residente le dice a la Dra. G que ya terminó con la observación participante y le agradece que le haya permitido realizar la observación libremente.

6. ANALISIS

En esta sección se analizaron los resultados de las observaciones a la luz del marco teórico desarrollado anteriormente.

6.1. El trabajo profesional del psicólogo del servicio de pediatría del Hospital.

Luego de la experiencia resultante de la residencia en el gabinete de psicología pediátrica en el 2010, la entrevista realizada a la jefa del G.P.P., más la observación participante realizada en el mismo servicio, se puede coincidir en que los psicólogos que trabajan en dicho servicio realmente realizan intervenciones y tratamientos propios de la psicología de la salud.

Recordemos que para Mucci (2004) la psicología de la salud es básicamente la extensión de la clínica psicológica al territorio medico. En relación a la afirmación anterior, se puede convenir que dicha autora consideraría las intervenciones típicas de los psicólogos del servicio de pediatría como legítimas de la psicología de la salud; pues muchas de las intervenciones y tratamientos que realizan son propios de la clínica psicológica.

Por su lado, Reynoso y Seligson (2006) considerarían el trabajo de los psicólogos de dicho servicio como un trabajo propio de un psicólogo conductual de la salud. Siendo un hecho que la mayoría de las intervenciones de estos psicólogos son cognitivo conductuales,

la afirmación de la primera oración del párrafo sería lógicamente correcta, puesto que para dichos autores la psicología de la salud es el resultado de la fusión de dos corrientes, el análisis conductual aplicado y la terapia cognitivo conductual. (Reynoso y Seligson, 2006).

Los psicólogos del servicio de pediatría también cumplen con muchas de las funciones propias del psicólogo clínico y de la salud desarrolladas por el Colegio Oficial De Psicólogos De España (2000); dichas funciones se encuentran ampliamente descritas en un documento titulado el perfil profesional del psicólogo clínico y de la salud.

Algunas de aquellas funciones que los psicólogos del servicio de pediatría llevan a cabo son: la evaluación, el diagnóstico, las intervenciones psicológicas, el consejo y asesoramiento al servicio de pediatría, la prevención y promoción de la salud, la supervisión, etc. (Colegio Oficial De Psicólogos De España, 2000).

Por su parte, Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk (2010) hacen énfasis en el potencial de la psicología y de los psicólogos para mejorar la comunicación humana, desarrollar comportamientos cooperativos y actitudes de confianza entre las personas. En base a lo anterior sostienen que el psicólogo puede contribuir enormemente en la formación y mantenimiento de equipos interdisciplinarios de salud. Con respecto a los psicólogos que trabajan en el servicio de pediatría, esa potencialidad y esas capacidades han quedado demostradas, ya que es notable la calidad comunicacional existente entre los miembros del servicio y los comportamientos cooperativos que mantienen entre ellos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir que los psicólogos del servicio de pediatría poseen en gran medida las características básicas de un psicólogo clínico y de la salud, a la vez que aplican técnicas e intervenciones propias de la psicología de la salud.

6.2. Intervenciones más comunes que realiza el psicólogo en el Servicio de Pediatría del Hospital.

Según la jefa del gabinete de psicología pediátrica, el enfoque con el que se trabaja en el servicio de pediatría es el cognitivo conductual y también el sistémico. Luego de haberle preguntado sobre el tipo de técnicas e intervenciones que se utilizan comúnmente, se constató que los psicólogos que trabajan en el G.P.P. emplean mayormente intervenciones cognitivo conductuales, y también algunas propias del enfoque sistémico.

En el servicio se utilizan técnicas muy variadas, desde las cabalmente cognitivo conductuales como la desensibilización sistemática, hasta otras propias de la terapia sistémica, como por ejemplo las intervenciones que tienen lugar en el sistema familiar.

Según lo observado durante la residencia en el año 2010 mas la información obtenida en la reciente entrevista a la Dra. G., se puede decir que algunas de las técnicas cognitivo conductuales mas utilizadas en el servicio son: la psicoeducacion, psicoprofilaxis quirúrgica, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, restructuración cognitiva, etc. Las técnicas mencionadas anteriormente son en su mayoría cognitivo conductuales, lo cual es positivo para autores como Seligson y Reynoso (2006) quienes sostienen que las técnicas cognitivo conductuales son las más recomendadas e idóneas para el trabajo en ámbitos sanitarios y para abordar problemáticas relacionadas a la salud.

Según la Dra. G la psicoeducacion es la técnica que se emplea con mas frecuencia en el servicio de pediatría. Los psicólogos la utilizan para trabajar muchas cuestiones, desde la relación vincular de los padres con los hijos hasta cuestiones relacionadas con prevención y promoción de la salud. Seligson y Reynoso (2006) también ven a la psicoeducacion como una técnica de gran utilidad y flexibilidad que se puede utilizar con distintos fines.

La psicoprofilaxis quirúrgica también se utiliza con frecuencia en el servicio de pediatría, especialmente en pacientes que deben exponerse a estudios muy invasivos. Según la Dra. G esta técnica ha dado resultados excelentes. Mucci (2006) no solo recomienda la psicoprofilaxis quirúrgica como un proceso terapéutico idóneo para muchos casos, sino que también y al igual que la Dra. G, sostiene que esta intervención da resultados muy positivos.

Finalmente arribamos a la conclusión de que el enfoque con el que se trabaja en el servicio de pediatría es el cognitivo conductual y también el sistémico; además de que la mayoría de las técnicas e intervenciones que se utilizan son cognitivas conductuales, y también algunas de corte sistémico.

6.3. Interdisciplinariedad o multidisciplinariedad.

Según Vidal y Benito (2011), una característica propia de un equipo de salud interdisciplinario es la participación en ateneos. En el caso los psicólogos del servicio de pediatría no solo participan con frecuencia en los ateneos, donde intercambian ideas y debaten con los médicos y el resto de los profesionales, sino que también se les encarga que diseñen y lleven a cabo ateneos para los médicos.

Otra característica básica de un equipo de salud interdisciplinario es, que los miembros que lo conforman emitan y reciban interconsultas entre sí regularmente. (Vidal y Benito, 2011). Con respecto a lo anterior, se puede afirmar que el equipo de salud del servicio de pediatría también cuenta con esa característica; ya que según los resultados de las encuestas la gran mayoría de los profesionales del servicio solicitan o reciben interconsultas de otros profesionales con asiduidad.

Luego de analizar los resultados de las encuestas se puede decir que las conclusiones más importantes son:

- Los distintos profesionales del servicio de pediatría mantienen una interacción regular y constante.
- Esta interacción regular y constante se evidencia en gran parte por la frecuencia con la que los diferentes profesionales solicitan o reciben interconsultas, por el trabajo cotidiano, y por la asiduidad con la que asisten a los ateneos.
- Esta interacción, se caracteriza por el respeto a los aportes de los distintos profesionales.
- Las enfermeras son las que están menos integradas en el equipo de salud del servicio de pediatría.
- La interacción en cuestión es percibida por la mayoría como buena.
- Todos los encuestados piensan que trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas ayuda a resolver los problemas de forma mas integral y eficaz.

Al analizar la información obtenida en las encuestas, la observación participante y la entrevista a la jefa del G.P.P., se puede concluir que el equipo de salud del servicio de pediatría trabaja bajo una modalidad interdisciplinaria.

Hay que hacer una salvedad a la afirmación anterior, y es que algunos miembros del equipo de salud no están 100% integrados. Esos miembros son las enfermeras, ya que nunca asistieron a un ateneo del servicio y solo restringen el intercambio de interconsultas con los médicos. Por otro lado, las enfermeras manifestaron en la observación participante, que si bien están a gusto con el trabajo creen que los profesionales podrían llevarse mejor y que hay algunas conductas de los médicos que consideran poco agradables.

Teniendo en cuenta la salvedad anterior, se sigue manteniendo que el equipo de salud del servicio de pediatría es interdisciplinario. Y es que no podemos pretender que un

equipo de salud interdisciplinario trabaje con una metodología interdisciplinaria en todo momento y por tiempo indefinido. (Vidal y Benito, 2011). Según algunos autores, tampoco es ético juzgar u opinar sobre si un determinado equipo de salud es o no interdisciplinario (Laham, 2006 y Vidal y Benito, 2011). Finalmente se concluye que tanto los psicólogos como el equipo de salud del servicio de pediatría trabajan bajo una modalidad interdisciplinaria.

7. CONCLUSIONES.

Con el fin de describir y analizar el rol profesional de los psicólogos en el servicio de pediatría del hospital , se realizó una entrevista semidirigida a la jefa del gabinete de psicología pediátrica, una observación participante del servicio de pediatría y encuestas cerradas a sus miembros. Luego, en base a la información obtenida y a la luz del marco teórico, se analizaron las preguntas planteadas en los objetivos específicos de este TFI.

Las conclusiones más importantes a las que se llegaron fueron las siguientes:

- Los psicólogos que trabajan en el servicio de pediatría realizan intervenciones propias de la psicología de la salud. Además cumplen con muchas de las funciones inherentes de un psicólogo clínico y de la salud.
- Es evidente la influencia de los psicólogos en el mejoramiento de la comunicación dentro del servicio, tanto entre los miembros del equipo de salud como en la relación medico-paciente.
- Los psicólogos del servicio trabajan bajo un enfoque cognitivo conductual y también sistémico. En relación a las técnicas e intervenciones mas utilizadas por el servicio se puede afirmar que estas son, en su mayoría, cognitivo conductuales;

siendo la psicoeducación y la psicoprofilaxis quirúrgica dos de las intervenciones más utilizadas.

- Con respecto a la modalidad de trabajo, se puede afirmar que los psicólogos trabajan bajo una modalidad interdisciplinaria. Se arribó a esta conclusión por medio del análisis de la información obtenida durante el TFI y al contrastarla con la bibliografía seleccionada. En colación a lo anterior también se sostiene que el equipo de salud del servicio trabaja bajo una modalidad interdisciplinaria, con la salvedad de que algunos de sus miembros no se han integrado completamente aún.

Durante la elaboración del presente TFI surgieron muchas dudas, preguntas y reflexiones.

En primer lugar surgió la reflexión sobre el gran potencial que tiene la psicología de la salud para realizar aportes y mejoras en los sistemas de salud. Si tenemos en cuenta que la mayoría de los problemas de la salud pública se deben fundamentalmente a factores psicosocioculturales y no tanto a factores biológicos; y que siendo que la subjetividad y el comportamiento humano son la razón de ser de la psicología, solo queda en evidencia el enorme potencial que posee esta ciencia para asistir a numerosos problemas de salud. (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010).

Sin embargo, frente a esta reflexión, surgen preguntas como: ¿por que hay tan pocos psicólogos trabajando en los hospitales o en ámbitos sanitarios en la Argentina?; o ¿Por qué la psicología y el trabajo de los psicólogos siguen siendo subestimados y hasta despreciados en los ámbitos sanitarios?, o incluso en el mejor de los casos, ¿Por qué los psicólogos que están insertos en ámbitos sanitarios se supeditan a trabajar cuestiones estrictamente psicológicas auto-ignorando su propia utilidad en el abordaje del proceso salud-enfermedad ?

Se podría pensar en muchas razones, quizás esto se deba a que el modelo médico tradicional sigue influyendo fuertemente en los ámbitos sanitarios, o quizás la formación de los psicólogos es muy deficitaria o acaso inexistente en lo relativo a la psicología de la salud, o tal vez son los médicos quienes carecen de una formación integral y holística que tenga en consideración la gran influencia de la conducta y los estados emocionales en la salud, quizás se deba a la falta de iniciativa de los psicólogos de incursionar en ámbitos sanitarios o, una vez estando allí de incursionar en nuevas funciones, etc.

Son muchas las posibles razones; lo curioso es que haya tan pocos psicólogos trabajando a la par de los médicos, siendo que la evidencia científica y la experiencia han demostrado que la psicología puede ser muy útil y que tiene un gran potencial en ámbitos sanitarios. En cambio, la gran mayoría de los pocos psicólogos insertos en ámbitos sanitarios trabajan exclusivamente en temáticas relacionadas a la salud mental, como auto-reivindicando que los psicólogos solo están para eso, para trabajar lo mental ya que el resto no le compete.

Algunos aspectos de la modalidad de trabajo del equipo de salud, del servicio de pediatría, son realmente de vanguardia en Argentina. Es poco común ver en hospitales Argentinos a médicos, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales y demás profesionales trabajando a la par y participando de ateneos; debatiendo y resolviendo problemáticas de salud y enfermedad juntos. Por supuesto que hay cuestiones mejorables en dicho servicio y que los resultados siempre pueden ser mejores, pero hay que reconocer que esa metodología y actitud en el trabajo es lo que hace que el servicio de pediatría del hospital tenga resultados positivos y sea tan particular. Es difícil señalar que aspectos se podrían mejorar en el servicio brindado por los psicólogos, ya que estos responden a la demanda adecuadamente y contribuyen al mejor funcionamiento del servicio de pediatría; es por ello que si de críticas constructivas se trata nos remitiremos a las preguntas número 8 y 9 de la entrevista realizada a la jefa del gabinete de psicología pediátrica. Dicha entrevista puede consultarse en el Anexo I.

Otra reflexión importante es sobre la notable tendencia mundial en las ciencias de la salud a la integración; nos referimos a la integración no solo de distintos conocimientos sino también de diferentes disciplinas con el fin de lograr un mejor abordaje y entendimiento del proceso de salud-enfermedad.

Quizás esto se deba a que los profesionales abocados a las ciencias de la salud se están concientizando cada vez más en que la mejor forma de abordar una problemática compleja, como lo es la salud del ser humano, es teniendo en cuenta el problema de forma integral y no fragmentariamente. Para este fin, el trabajo interdisciplinario es altamente recomendable, ya que es una metodología válida para intentar abordar y comprender la realidad de manera más integral y no fragmentada.

En relación a lo que se podría mejorar del presente TFI, se podría responder que son varios los aspectos mejorables. Se podrían hacer mejores descripciones conceptuales, relacionar variables de forma más rigurosa y seleccionar bibliografía más idónea. También hubiera sido bueno utilizar otros instrumentos como ciertos tests, o distintos tipos de entrevista para obtener una mayor información.

Luego de haber planteado todo lo anterior se quiere enfatizar nuevamente la importancia de la psicología de la salud en los ámbitos sanitarios, e incitar tanto a las universidades de psicología como a los psicólogos a que sean más proactivos en esta área.

Por otro lado, se está de acuerdo con Oblitas (2006) cuando declara que la psicología de la salud es el campo de mayor futuro para la psicología en las próximas décadas y, por tanto, es donde hay que esperar que se produzca un gran crecimiento.

Por último, se cree que esta gran expectativa en la psicología de la salud va a ser superada tarde o temprano; y es que la psicología tiene tanto para aportar al entendimiento y abordaje del proceso de salud-enfermedad que, se cree que es inevitable la pronta expansión y desarrollo de esta ciencia en los ámbitos sanitarios.

8. REFERENCIAS:

Ander-Egg, E. (1999). Interdisciplinarietà en educaci3n. Editorial: Magisterio del R3o de la Plata.

Colegio oficial de psic3logos de Espa1a. (2000) Psicolog3a Cl3nica y de la Salud. Recuperado el 10 de Junio de 2010 de <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>

Johnson J.E.; Leventhal, H.; Dabbs, J.M. (1971): Contribution of emotional and instrumental re-sponse processes in adaptation to surgery. *J. Per. Soc. Psychol.*: 20 (1): 55. Citado en: Mucci, Maria. (2006). Psicolog3a y salud: La integraci3n interdisciplinaria en psicoprofilaxis quir3rgica. Recuperado el 21 de Junio de 2011, de <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=315>

Kelland, K. (2011). Simple cambios de vida pueden frenar millones de c3nceres. Recuperado el 21 de Junio de 2011, de http://ar.news.yahoo.com/s/reuters/110204/n_health/salud_cancer_preencion

Kiecolt-Glaser, J.K. (2002): Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 70 (3): 537. Citado en: Mucci, M. (2006). Psicolog3a y salud: La integraci3n interdisciplinaria en psicoprofilaxis quir3rgica. Recuperado el 21 de Junio de 2011, de <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=315>

Kohler, C.L., Fish, L., & Greene, P.G. (2002). The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*, 21, 610-614.

- Laham, M. (s/f). *Conceptos básicos de Psicología de la salud*. Recuperado el 20 de Junio del 2011 en <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales/42-el-modelo-biopsicosocial.html?start=1>
- Laham, M., (2006) *Escuchar al corazón, psicología cardíaca, actualización en Psicocardiología*. Ed. Lumiere, Buenos Aires.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, Edgar. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona. Ed. Gedisa.
- Mucci, M. (2006). *Psicología y salud: La integración interdisciplinaria en psicoprofilaxis quirúrgica*. Recuperado el 20 de Junio de 2011 de, <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=315>
- Mucci, M. (2007). *La relación medico-paciente ¿un vínculo distinto o distante?*. *Psicodebate 8, psicología, cultura y sociedad*. Las relaciones interpersonales (8va Ed.). Argentina. Universidad de Palermo.
- Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Mucci, M. & Benaim, D. (2005). *Psicología y salud*. *Calidoscopio de prácticas diversas*. *Psicodebate 6, Psicología, cultura y sociedad (6ta Ed.)*. Argentina. Universidad de Palermo.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2da. Ed. México: Thomson.
- O'Leary A. (1990). *Stress, Emotion and Human Immune Function*. *Psychological Bulletin*: 108 (3): 363. Citado en: Mucci, Maria. (2006). *Psicología y salud: La integración interdisciplinaria en psicoprofilaxis quirúrgica*. Recuperado el 21 de Junio de 2011, de <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=315>
- Real Academia Española(2001). *Diccionario de la Lengua Española, vigésima segunda edición*. Madrid: Espasa Calpe.

6- Consiento en que mis aportes son tenidos en cuenta como los de los médicos.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7- Tengo en cuenta los aportes de profesionales que provienen de disciplinas diferentes a la medicina.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8- Trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas ayuda a resolver los problemas de forma mas integral y eficaz.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>