

FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
PLAN DE TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL ROL DEL PSICÓLOGO EN SALAS DE
INTERNACIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALARIA.

Alumno: Ignacio A. Tahhan Auad

Docente: Lic. María Mucci

1. Introducción

El tema del trabajo final de integración es describir el rol del psicólogo en una sala de internación pediátrica hospitalaria. El mismo, así como sus objetivos, se desarrolla en función de la práctica e integración profesional. Dicha práctica se llevó a cabo en un hospital situado en la Provincia de Buenos Aires, en el Servicio de Pediatría. La misma se realizó hasta finalizar el cuatrimestre y cubrir las 320hs pautadas.

El hospital brinda atención ambulatoria a niños y adolescentes a través de consultorios externos. Asimismo, por medio de las recorridas de sala de internación, se llevan a cabo diversas actividades entre las que se destacan: contención y asesoramiento a los internados y a los padres y/o cuidadores de niños internados; actuar como nexo en la relación médico-paciente; rastillaje de problemáticas que excedan lo estrictamente médico, que comprometan o puedan llegar a comprometer psicológica y psicosocialmente a los internados, entre muchas otras.

El tema surgió a medida en que transcurrió la pasantía, en las recorridas por sala de internación. Experimentar en profundidad las tareas asignadas en la pasantía, generaron una mayor implicación y, así mismo, mayor responsabilidad. Ello permitió vislumbrar el carácter complejo y multifactorial de lo involucrado en estas tareas. Por ejemplo, a toda persona internada, se le administra una entrevista psicosocial, para ubicar cuestiones en relación a lo vincular, afectivo, psicológico y social. Esto permite, no solo tomar un contacto más profundo con el internado, sino también hacer un rastillaje de cuestiones que podrían requerir de la asistencia e intervención de psicólogos, como situaciones de violencia y abuso familiar.

2. Objetivos

Objetivo General:

Describir el rol del psicólogo en una sala de internación pediátrica hospitalaria.

Objetivos Específicos:

- Describir las funciones y competencias del psicólogo, en un servicio de internación pediátrica hospitalaria.
- Describir las técnicas y estrategias de intervención implementadas por el psicólogo, en la sala de internación pediátrica de un hospital pública ubicado en la Provincia de Buenos Aires.
- Describir la labor del psicólogo, en relación a otros profesionales de la salud, en la sala de internación de pediatría del Hospital.

3. Marco teórico

En el marco teórico se procederá a definir, en primer lugar, dos conceptos: la Psicología en la Salud Pública y la Psicología de la Salud. Seguidamente se desarrollará el rol del psicólogo en los hospitales en general y luego en las salas pediátricas en particular. Después se comentarán las estrategias y las técnicas del psicólogo actuando como clínico en la internación pediátrica. Finalmente, se definirá el concepto de interdisciplina en relación ámbito hospitalario y cómo esto le incumbe al psicólogo.

3.1. La Psicología en el marco de la Salud Pública

Según la OMS. (Organización Mundial de la Salud), actualmente, referirse al nivel de salud, implica hablar de cierto equilibrio entre el organismo biológico, los factores psicológicos, en conjunto con factores medio ambientales. La

evolución y complejización del término “salud”, posibilitó la consideración e integración de la psicología al plano sanitario.

En tal sentido, la psicología de la salud, comienza a tener mayor implicancia en el ámbito sanitario en función de la redistribución de las causas de morbi-mortalidad en el siglo XX. La misma ubica sus inicios como disciplina teórica, docente-investigativa y profesional, en los albores de los años 70 en los Estados Unidos, ante la integración entre conocimientos e intervenciones psicológicas en ámbitos de salud y enfermedades físicas. En 1969, se reconoce su institucionalización gracias a William Schofield, cuyo artículo: “*The role of the psychology in the delivery of health services*”, daba cuenta de las aplicaciones de la psicología al plano sanitario. Luego, en 1978, la American Psychological Association (APA.), crea la división 38, dedicada a investigar y estudiar las diversas concepciones de salud así como los modelos que las sustentan y sus intervenciones (Mucci, 2011).

3.2. Psicología de la Salud: Definiendo el concepto.

En 1968 la denominación “psicología de la salud” comenzó a utilizarse en Cuba y en 1974, se funda la correspondiente sociedad científica. Simultáneamente la denominación aparece en un documento interno de la universidad de California en San Francisco, que proponía un nuevo currículo de psicología. En lo que a lo institucional se refiere, en 1977 se crea una nueva división en la American Psychological Association (APA.). Luego, en el Congreso Interamericano de Psicología de Quito, en 1982, la mayor parte del programa se dedicó a temas de salud. En 1984, en la Habana Cuba, se realiza el primer seminario internacional sobre el tema. Ello propició el interés mundial por la aplicación de los conceptos, conocimientos y habilidades de los psicólogos, a los problemas del sistema de salud y desplegó diversas tendencias a la hora de definir la psicología de la salud. Por ejemplo, en 1982 B. L. Bloom planteó que la psicología de la salud se relaciona con el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad (Morales Calatayud, 1999).

La definición de Psicología de la Salud de la APA., propuesta por Matarazzo (1980), la define como las contribuciones educacionales, científicas y profesionales, específicas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud. (Morales Calatayud, 1999).

Para Morales Calatayud (1999), el interés de la Psicología de la Salud reside tanto, en los procesos psicológicos determinantes del estado de salud y en el riesgo de enfermar, como también en la condición de enfermedad, en la recuperación, y las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud, y se expresan de manera práctica, en un amplio modelo de actividad, que incluye acciones para promover la salud, la prevención, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para adecuar los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben.

Vemos como, con el transcurrir del tiempo, la psicología de la salud expande sus límites, abarcando temáticas y prácticas, que exceden a la salud física y mental, ocupándose de las interfaces conductuales entre el individuo, el sistema de cuidado de la salud y la sociedad. Este amplio rango de despliegue, necesita valerse de un modelo que le permita aproximarse de manera multidisciplinaria a su objeto de estudio, análisis y acción. Este tipo y nivel de abordaje, sienta sus bases en la teoría de la psicología de la salud. Esta consiste en tres grandes tipos que varían según su nivel de generalidad: “marcos de referencia, teorías y modelos” (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes. 2008).

Cabe señalar que los marcos de referencia aluden a sistemas completos de pensamiento sobre un campo de investigación que, a diferencia de los paradigmas, son más flexibles, menos desarrollados, pero su objeto es que sean de aplicación general. Un ejemplo de ello es el modelo médico o más recientemente, el modelo biopsicosocial. En el nivel de las teorías, da cuenta de la habilidad de la psicología de la salud, como empresa científica, de proporcionar descripciones explicativas o teorías respecto de la experiencia y la

conducta en relación con la salud. Por último los modelos, más puntualmente, el modelo biopsicosocial (Marks et al. 2008).

El modelo biopsicosocial (MBPS) establece que la salud y la enfermedad son el producto de una combinatoria de factores que incluyen: factores biológicos, conductuales y creencias sociales. La División 38 de la APA plantea que el MBPS es en realidad, un conjunto de creencias y valores acerca de la salud la enfermedad, la psicología y la cultura, que la psicología de la salud adhirió a su definición oficial. Puede decirse que, el modelo biopsicosocial, no es un modelo propiamente dicho, sino una forma de pensar la salud y la enfermedad, la cual legitima y justifica la investigación.

Los psicólogos de la salud trabajan en diversos ámbitos, desde unidades de difusión básica, cuidados médicos básicos y hospitales generales, hasta compañías y organizaciones, departamentos académicos y unidades de investigación, aunque los ambientes más tradicionales son los entornos médicos con programas y prácticas médicas. El MBPS ha cumplido superficialmente al nivel de las creencias y los valores respecto de la salud y la enfermedad, pero no lo hizo, como se pretendió desde sus inicios, reformando el modelo biomédico hegemónico. Para ello son necesarias teorías que proporcionen descripciones coherentes sobre cómo los procesos psicosociales afectan la salud (Marks et al. 2008).

Hasta ahora no hubo un análisis crítico, válido y profundo de la psicología de la salud en relación a su contexto sociopolítico, así mismo, tampoco lo hubo respecto de la implicancia de la naturaleza individual de la cultura occidental, la psicología y los sistemas de salud, para el desarrollo del campo. Desde esta perspectiva, se considera que la psicología de la salud, es un campo interdisciplinario vinculado con otras ciencias de la salud, humanísticas y literarias. Esto la vuelve un campo de investigación práctico con fuerte carga social (Marks, *et al.* 2008).

3.3. El rol del psicólogo en el ámbito hospitalario.

Anteriormente, se mencionó cómo el modelo de salud según la OMS fué integrando progresivamente la dimensión biológica, la dimensión psicológica y la social. De esta manera cuestiones relacionadas al bienestar y la calidad de vida, son también incumbencia de las instituciones de la salud pública. Las organizaciones hospitalarias, incluyen para ello, dentro de su plantel, a psicólogos y trabajadores sociales, que trabajan de forma integrada con los médicos (Farberman 2010). La cuestión sería; ¿Qué ofrece la psicología para satisfacer las demandas de los servicios de salud? Para responder esto, se debe tener en cuenta que La Ley de Salud Mental 26.657, instituida en el año 2010, cuenta con once referencias al trabajo interdisciplinario. Atendiendo a este dato, se podría delinear el tipo de propuesta, como también, el carácter del rol que cumpliría un psicólogo en un servicio de salud pública (Mucci, 2012).

Tal como lo plantea Marks et al. (2008) la psicología de la salud, es un campo interdisciplinario, que utiliza sus conocimientos y técnicas para el servicio y cuidado de la salud. Así mismo, Farberman (2010) afirma que los servicios de psicopatología y de salud mental, se ocupan de diversas funciones, pero podrían observarse dos grupos: algunas con el foco puesto en la asistencia y otras con su atención en el equipo médico. A priori esto podría resultar reduccionista, pero las tareas a las que está circunscrito un psicólogo en el ámbito de la salud pública, son muchas y heterogéneas. Por citar algunos ámbitos de despliegue; la investigación, formación, previsión y prevención, la planificación y evaluación de programas, la asesoría, intervenciones estratégicas. Oferta de asistencia directa, donde el profesional interviene, evalúa, diagnostica, trata, orienta y resuelve problemas en la población afectada, a nivel individual, grupal y comunitario (Mucci, 2012).

El rol del psicólogo de la salud, en el hospital, requiere un “saber hacer” y un “saber estar”. A diferencia de otros ámbitos de actuación, asistir, mediar y asesorar son funciones cotidianas. Un “saber hacer” implica, a priori, conocer los aspectos objetivos y subjetivos de las enfermedades físicas. Esto resulta fundamental para comprender cómo lo multidimensional, lo multifactorial, y lo multicausal afectan a la salud desde dimensiones, biológicas, afectivas, cognitivas, conductuales, vinculares, contextuales, socio-económicas, político-

culturales y espirituales. De esta manera, permite reconocer a quien padece una enfermedad física, como persona atravesada por circunstancias que generan malestar psicológico y así, ampliar la concepción de salud clásica, propia del dispositivo médico tradicional, ampliándola hacia una mirada integral de la salud (Mucci, 2012). En relación a esto, el rol de un psicólogo en el ámbito de internación hospitalaria, está más ligado al área de abordaje de la psicología de la salud clínica. Según esta autora, la misma, aborda problemáticas vinculadas a:

- Factores psíquicos implicados, secundarios a una enfermedad, lesión o discapacidad, para lograr un ajuste adecuado del enfermo y/o la familia.
- Aspectos somáticos en trastornos psicológicos (precordialgia en la crisis por pánico). También síntomas con componentes psicofisiológicos (dolor crónico, cefaleas).
- Síntomas físicos en respuesta a intervenciones comportamentales, (incontinencia de esfínteres, náuseas anticipatorias, asma).
- Complicaciones somáticas asociadas a conductas (incumplimiento de las prescripciones médicas). Síntomas psicológicos de enfermedades orgánicas (hipotiroidismo, depresión ansiosa).
- Factores comportamentales ante procedimientos médicos aversivos.
- Factores de riesgo comportamentales para la salud, la enfermedad, lesión o discapacidad (tabaquismo, obesidad, sedentarismo).

3.4. El rol del psicólogo en la internación pediátrica hospitalaria.

Según Farberman (2010), en el ámbito de internación pediátrica hospitalaria, la influencia de los vínculos primarios, la presencia de la familia, juegan un rol insoslayable en el devenir de la salud del infante. Las reacciones de los niños, frente a los hechos estresantes que suceden en el hospital, deben ser vistos como una constelación compleja de elementos entre los cuales se encuentran la edad, el temperamento, el motivo de hospitalización, la contención familiar, el vínculo establecido con el personal del hospital, así como el dispositivo de tratamiento. De pronto la internación desorganiza la vida cotidiana del niño y su familia, puesto que implanta un conjunto de exigencias y

obligaciones limitando en tiempo y espacio las fuentes habituales de gratificación. La exposición a tratamientos dolorosos, la falta de familiaridad con quienes convive transitoriamente en sala, el contacto con el sufrimiento de otros, el corte con la escolarización, o sus amistades más cercanas, son unos de los tantos hechos que atentan contra la calidad de vida. En el estudio sobre transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización, Fernández Castillo y López Naranjo (2006), planean que la permanencia y el ingreso a un hospital aumentan la exposición a una amplia gama de estresores contra los que el sujeto tendrá que hacer frente. Alguna de estas circunstancias están relacionadas con: normas de funcionamiento particulares, la separación de su contexto familiar, la ruptura del ritmo cotidiano, la pérdida de autonomía e identidad, el miedo a la separación de los padres, además de las inherentes a la enfermedad que se padece, entre otras. Farberman (2010), aporta otro núcleo de dificultad observable que conlleva la internación, y es la percepción de poder que los niños les atribuyen a sus padres. En el hospital, los padres no son “dueños de casa” con lo cual su autoridad muchas veces queda debilitada, pues ya no son los que mandan. A menudo, médicos y enfermeros deciden sobre lo que el niño debe y puede hacer a diario. Esta pérdida o debilitamiento del control tiene dos vertientes. En principio, los niños recurren a sus padres en busca de contención o ayuda de lo que les puede resultar atemorizante o doloroso. Al percibir que sus padres no pueden evitarles el inexorable encuentro con ello, su angustia puede resultar desbordante. Por otro lado, la pérdida de control sobre las indicaciones que se les da a los padres, puede generar conflictos y roces con el equipo tratante. Asimismo, Fernández Castillo y López Naranjo (2006) afirman que el factor de miedo más influyente en la percepción del estrés infantil es el daño corporal y la enfermedad, seguido del miedo a la muerte.

3.4.1. Objetivos y despliegue del rol

Según Wyszynski y Wyszynski (2006) en principio se podría decir que existen dos objetivos generales a lograr para los pacientes internados.

- Transformar la concepción de la enfermedad como castigo, y asumirla como un infortunio sin relación con el pecado.
- Ayudar al paciente a que recupere su identidad como persona y evitar que quede aislado y se aliene a lo largo del proceso de tratamiento médico

Teniendo en cuenta los distintos factores y variables que intervienen en la adaptación del paciente a la hospitalización, el *staff* médico debe adoptar las medidas tendientes a promover el cuidado de la salud mental, facilitar el proceso de afrontamiento y reducir el riesgo traumático de la experiencia (Farberman, 2010). Aún aplicando todos los cuidados posibles, la hospitalización puede generar cuadros psiquiátricos o psicopatológicos, que van desde reacciones emocionales displacenteras como el enojo, ansiedad, temor, hasta trastornos psicopatológicos definidos, los cuales requieren de un tratamiento específico (excitación psicomotriz, trastornos del sueño, trastornos de ansiedad).

La internación conjunta con uno de sus padres, la promoción del juego, la transmisión apropiada de la información y el adecuado manejo subjetivo del dolor son alguna de las cuestiones más importantes a considerar por parte del psicólogo que necesitan de un abordaje profundo. Según Farberman (2010) entre ellas se destacan:

- *La transmisión de información:* Es preciso cotejar tempranamente con los padres que es lo que se le ha informado al niño y cuan realista es esa información. ¿Cuánto sabe el niño? y ¿Qué piensan explicarle?, son preguntas que pueden revelar el grado de contención que los padres son capaces de proveer. El engaño y el ocultamiento revelan las dificultades de los padres para atender las necesidades emocionales del niño. Los niños deben ser informados sobre lo que les está sucediendo y sobre las futuras intervenciones que se les hará como partes del diagnóstico y tratamiento. Esta información puede ser provista por los padres, el médico o ambos. En ocasiones sucede que se evita informar demasiado a los niños puesto que podría deprimirlos y debilitarlos, pero siempre es bueno que el niño tenga alguna noción. Sucede que algunas de las prácticas que tendrá que experimentar generan incomodidad o dolor, o experimentarse como amenazantes para la integridad física, con lo cual anticipar estas cuestiones

permite instrumentar defensas y comprender que aunque desagradables, son buenas para la salud. Esto resulta sumamente importante, pues existen situaciones donde la información y la contención deben suceder paralelamente y de manera rápida, como ante una cirugía de urgencia. Cuando hay que dar malas noticias la tarea resulta más difícil. En este caso, el abordaje será dedicado también hacia el equipo médico. Aún cuando los tratamientos hayan sido realizados de forma irreprochable, el fracaso de la medicina en manos de la enfermedad suele ser vivenciado por los médicos como una derrota personal, de la que pueden sentirse culpables. Es frecuente que en situaciones así, los médicos tiendan a dudar sobre las palabras a utilizar para hacer la información más tolerable, inquietarse por las posibles reacciones emocionales de los pacientes, que quizás no sepan cómo contener y en consecuencia, evitar el contacto con el paciente. El psicólogo puede detectar estas interferencias cuando aparecen y trabajar en conjunto con el pediatra, sugiriéndole que es necesario que intente una comunicación profunda y dedicada con su paciente. A menudo el psicólogo suele ser el primero en enterarse de estas interferencias en la comunicación a través de las quejas y reproches de los pacientes.

- El dispositivo hospitalario se podrá adaptar de mejor manera a las necesidades del niño si promueve actividades que sean extra hospitalarias, en especial las actividades lúdicas y escolares.
- *Actividad lúdica:* En muchos aspectos el juego es la manera en la que los niños se comunican, también es el modo en el que simbolizan lo que sucede, es su manera de tramitar, elaborar y expresar lo que viven. Este es un recurso muy positivo del cual pueden beneficiarse tanto pacientes como personal del equipo médico, pues no solo funciona como elemento de recreación sino también brinda la posibilidad de relacionarse en el juego compartido, aparte de resultar gratificante poder ofrecerlos y así favorecer a una mejor alianza terapéutica durante la internación. Cuando no se dispone de personal especializado en este tipo de tareas, se puede proveer al niño de juegos de mesa dibujos, dibujos artesanías. La disponibilidad de TV, videos, videojuegos, libros juguetes también sirven, sobre todo si los niños están privados de su movilidad. La manera en la que el niño se vincula con

todos estos elementos es de gran utilidad para observar su estado anímico pues funciona como un indicador del ánimo. Así mismo es un indicador de adaptación positiva y nunca debe dejarse de lado en la evaluación diagnóstica psicológica (Farberman, 2010).

- *La escolaridad:* Dada la ausencia al colegio del niño internado, debido a los períodos prolongados de internación, algunos centros hospitalarios cuentan con escuelas hospitalarias, o maestras domiciliarias. Cuando no es posible ninguna de estas cuestiones, los padres pueden solicitar a la escuela del niño que le envíen tareas domiciliarias para compensar su ausencia a clases. Otro modo de dar relevancia a sucesos muy valorados por los niños, son festejar fechas como el día del niño los reyes magos, decorar pasillos y salas, y en lo posible hacer que participen los internados en los preparativos (Farberman, 2010).
- *Atestiguar reanimaciones o fallecimientos:* Muchas veces sucede que en la internación se comparte sala con niños que padecen diversos tipos de enfermedades. Generalmente se los agrupan en función del riesgo para ellos y los demás pacientes. Cuando un paciente vecino necesita reanimación o fallece, la amenaza por la propia enfermedad crece y se hace más presente que nunca. Cuando los niños perciben esto, tienden a hacer preguntas directas y pueden desestructurar a sus padres. Las explicaciones deben ser acompañadas de aclaraciones que tranquilicen respecto de su propia evolución (Farberman, 2010).
- *Adolescencia:* Los adolescentes pueden comprender con la lógica de los adultos las características de los riesgos de su estado de salud, y de su tratamiento, incluso la muerte. Debido a que la adolescencia es una etapa de cambios psicológicos y físicos, es una etapa particularmente espacial si es que se debe transcurrir mucho tiempo internado. La enfermedad y la cirugía especialmente si ha sido mutilante, y ha dejado rastros físicos observables, puede sumar a la crisis propia del adolescente en relación a la imagen corporal. En pacientes adolescentes resulta importantísimo mantener en la medida de lo posible el pudor y la intimidad, reduciendo la cantidad de profesionales que lo revisan. Dividir las salas entre masculinos y femeninos, para evitar ser observados en situaciones incómodas como el llanto, dolor,

temor. Además de los síntomas propios de la enfermedad, los adolescentes suelen presentar problemas psicosomáticos, emocionales y conductuales. Estos pueden ser reactivos o corresponder a trastornos preexistentes.

- *Evaluación psicológica del paciente hospitalizado:* Es importante destacar que cuando el equipo médico pide una interconsulta por un niño o un adolescente hospitalizado, además de los aspectos a incluir en un diagnóstico psicológico, deben sumarse y tenerse en cuenta: los vínculos familiares, y cómo se compone su familia, con quién convive etc. La enfermedad que padece, pues si se trata de una enfermedad crónica, se debe revelar en qué etapa de la misma está. Las implicancias psicológicas serán distintas si se trata de una internación por la enfermedad que se diagnosticó, o si es una enfermedad que soporta hace tiempo. Las expectativas de la misma difieren igualmente. Es importante destacar si fue un evento accidental y si participó algún familiar cercano. Si la situación se llevó a cabo en su hogar o fuera. Su estado de salud actual y pronóstico futuro. Los tipos de medicamentos que toma, cómo y qué cantidad, es un elemento a ser indagado. Debe indagarse si el paciente copera o no con los mismos. El psicólogo debe familiarizarse con las medicaciones que consumen los pacientes pues estas pueden generar reacciones que puede confundirse con síntomas emocionales. Generalmente se dice que el niño mira la realidad a través de los ojos de sus padres con lo cual, el estado emocional del cuidador principal debería ser una prioridad, pues es la principal fuente de contención del niño.

3.4.2. Estrategias y Técnicas del psicólogo en la clínica pediátrica hospitalaria

Hablando en términos de técnica y estrategia clínica, como plantean Hirsch y Rosario (1987), en relación a los servicios asistenciales y sobre todo a los servicios de salud mental en hospitales públicos, la demanda se modela, en su mayoría, desde lo que el servicio de salud oferta. Es importante entenderlo, pues esto establece los alcances de la actividad de sus integrantes, tanto en consultorios externos, como el trabajo en sala. Desde la perspectiva sistémica, un sistema familiar o asistencial, resulta disfuncional cuando posee

características que, de modo directo o indirecto, impiden y dificultan el restablecimiento de la salud (Hirsch & Rosario, 1987). Se destaca así, una de las funciones más importantes en salas de internación hospitalaria, que se abordará más en profundidad posteriormente, denominada *screening* o *rastrillaje* de posibles trastornos, patologías, interacciones o situaciones que resulten lo suficientemente relevantes como para realizar interconsultas, derivaciones a consultorios externos, o la profundización en el caso.

Desde esa perspectiva, Hirsch y Rosario (1987), sugieren que cualquier comportamiento por parte del terapeuta, debería ser una maniobra. Una maniobra es entendida como una acción tendiente a influir sobre el paciente para que este se modifique en direcciones más convenientes y resolver su motivo de consulta. Para lograr este objetivo, el terapeuta se vale de un conjunto de maniobras. Se puede diferenciar diversos tipos de maniobras dependiendo del momento y la finalidad. Estas pueden ser *maniobras generales* o *maniobras específicas*. Las *maniobras específicas*, son aquellas que se utilizan en situaciones especiales cuando ya se posee un conocimiento más acabado del sujeto. Las *maniobras generales* son aquellas intervenciones que el terapeuta podrá utilizar de manera rutinaria en la mayoría de los casos.

Son las maniobras generales, las que se tienden a utilizar con más frecuencia en sala de internación pediátrica, se observan:

- Reflejar y responder empáticamente a lo que el paciente comunica verbal y prevervalmente.
- Dirigir las preguntas iniciales al consultante o a la persona que establece mayor contacto.
- Generar alianza con el miembro capaz de generar cambios
- Buscar y exigir siempre la precisión del consultante cuando define su problema, mientras se mantiene la propia ambigüedad.
- No apurarse en aceptar que lo que plantea el consultante como problema, es “malo” y debe ser erradicado (Hirsch, et. al 1987).

Desde la psicología cognitiva, los recursos técnicos a aplicar dependerán de aquello que se quiera lograr, adaptándose al modelo que se haya formado del problema o la situación en cuestión. Un tratamiento cognitivo es la combinación entre arte y estructura, conceptualización y técnica (Keegan, 2007).

Keegan (2007), explica que la teoría cognitiva sugiere que cualquier influencia sobre la cognición, debería generar un cambio en el ánimo y la conducta. La terapia cognitiva va a generar este cambio, focalizándose sobre todo en la cognición. Mahoney (1988) plantea que el hombre es un continuador de significado a las experiencias vividas, y precisamente de todas las experiencias de la vida en general, no solo las situaciones más sobresalientes.

Según Keegan (2007) las intervenciones, en terapia cognitiva, pueden ser clasificadas en cuatro grupos diferentes que dependen de los objetivos a realizar. Desarrollo de habilidades de auto-monitoreo y resolución de problemas, son propias de la terapia cognitiva estándar, entre las cuales se encuentran:

- Técnicas de reducción de la ansiedad.
- Desarrollo de habilidades para comunicar y escuchar adecuadamente.
- Desarrollo de habilidades para responder racionalmente.

Las estructuras en las que el ser humano se basa para entender el mundo y las propias experiencias, son los esquemas cognitivos que alojan a las creencias como contenido. Estas se organizan jerárquicamente desde las más superficiales ligadas a las percepciones, hasta las más profundas y nucleares ligadas a la propia identidad (Beck, 1983).

Parte del trabajo cotidiano en el servicio hospitalario, es el recorrido por salas de internación. En él se toma contacto directo con los internados. Debido a que el trabajo con los internados muchas veces, sino la mayoría, se asemeja a un inicio de tratamiento clínico psicológico, el psicólogo debe valerse de herramientas clínicas para poder tramitarlo de manera optima. Así mismo, durante estos encuentros se ponen en juego circunstancias, y factores propios

de un encuentro clínico. Desde la psicología cognitiva, y su modelo constructivista realista, J. M. Bulacio (2006) ofrece la descripción de ciertos factores inespecíficos que intervienen de forma tácita en un encuentro psicoterapéutico. Entre estos factores, encontramos:

- La *Empatía o Rapport*, es un concepto desarrollado por Howard Gardner, en los albores del 1980. En este caso, el concepto es utilizado para describir una relación de tipo profunda y simétrica entre dos personas, beneficiado por el fin común. En este sentido, los pacientes necesitan poder confiar para poder sentirse cómodos. Proceder con empatía, permite establecer esa confianza.
- La *Creatividad* desde esta perspectiva es vista como una disposición del hombre a buscar caminos poco habituales, enfoques y conductas nuevas en vías de ampliar su repertorio de respuestas. Para ello se debe poder identificar aquellas restricciones que resultan tácitas, para luego poder indagar en las nuevas alternativas.
- Sucede con frecuencia, que quienes acompañan a los internados en sala, o el internado mismo, tengan una teoría acerca de qué le sucede y cómo encarar esas situaciones. Muy a menudo estas maneras suelen generar “angustia” o malestar general. Es probable que el primer tema a resolver por el terapeuta sea: cómo lograr una redefinición más adecuada de lo que sucede, paso previo a la solución de cualquier problema. Esta intervención, es definida como *psico-educación*. Su objetivo último es desarrollar y fortalecer las capacidades de afrontar las situaciones de modo más adaptativo de las personas. Muchas veces la explicación y clarificación de los contenidos que hacen a un diagnóstico psicológico, debe hacerse de manera sencilla y clara, de modo tal que resulte de fácil comprensión para su receptor.
- Cuando se trabaja en psicoterapias, la dinámica que se pone en juego entre el tiempo (objetivo) y la vivencia del tiempo (subjetivo) surge una suerte de sincronización, que se habilita en una realidad intersubjetiva. Esta es la dimensión en la que interaccionamos con otros, donde lo subjetivo y lo objetivo se conjugan. Entre el sinfín de variables que influyen tácitamente

en la percepción subjetiva del tiempo, el *Timing* vendría a sincronizar el tiempo del paciente y el proceder del terapeuta, concluyendo en una intervención apropiada en un momento específico.

- Por último, *Lo Trivial*, favorece a la creación de un vínculo empático. Supone, una charla, diálogo fácil y descansado sin gran importancia aparente, cuya temática impliquen temas que puedan tener en común paciente y terapeuta. A menudo, toma poco tiempo y brinda fluidez y naturalidad al diálogo y al vínculo. Suele ser útil para comenzar un diálogo, aflojar tensiones o incluso sirve como conector entre temas diferentes. Recobra importancia al final de un encuentro, pues permite concluir con más naturalidad, cuando la situación lo requiere (Bulacio, 2006).

Según Faberman (2010) hay ciertas técnicas particularmente útiles en la atención clínica de los niños internados:

- Las *técnicas graficas* que utiliza la psicoterapia cognitiva, son útiles en este contexto pues habilitan a nombrar con claridad, y calibrar, la intensidad de los pensamientos y sentimientos surgidos en la situación hospitalaria. Si bien se tratan de técnicas dirigidas, se realizan encubiertas a modo de juego o desafío, para los niños más pequeños, pues es más fácil que los acepten.
- *Antes y después*: Se le pide al paciente que haga dos listas, en las que describan el antes y el después de una situación específica. Esta técnica sirve para poder clarificar aquellos cambios que han resultado negativos, como por ejemplo la enfermedad, y para chequear si existe algún problema preexistente que ha sido mitigado. Puede pedírsele también que se dibuje antes y después durante la enfermedad, o luego de un tratamiento a donde el niño mejoro, para resaltar la superación de la dificultad.
- *Torta de sentimientos*: Esta técnica ayuda al terapeuta en su evaluación, y al niño le brinda la posibilidad de elaborar las sensaciones que experimenta, identificarlas mejor, discriminarlas entre si y medurarlas. En esta técnica el niño identifica diversos sentimientos que experimenta, luego el terapeuta

realiza un círculo, en el que el paciente delimitara en forma de porciones de torta, al que corresponda a cada una de ellos.

- *Listas de opuestos (lo mejor y lo peor, fácil y difícil)*: Esta técnica se utiliza especialmente con pacientes que tienden a enfocarse en los aspectos menos positivos de la situación. Hacer una lista de lo mejor y lo peor, de lo fácil o difícil, les permite cambiar el foco o vislumbrar cuestiones que se les pueden haber pasado por alto, y así reconocer otras posibles maneras de ver las circunstancias que los apremian, apoyarse en ellas y adoptar una perspectiva más positiva. Asimismo una vez identificado el problema o lo negativo, permite buscar nuevas alternativas o soluciones.

- *Frases incompletas*: El terapeuta escribe frases incompletas en función de los campos que desea explorar, por ejemplo:

-Me imagino que en seis años...

-Yo pienso que algunos doctores...

-Si algo te molesta tendrías que...

-Lo más divertido del mundo...

Estas frases permiten que el paciente deposite sus ideas sobre aspectos de su situación, su estilo de afrontamiento en distintos órdenes de la vida. Pueden observarse, aquí, aspectos de la relación médico/paciente, perspectiva sobre el futuro, conocimientos de la condición diagnóstica, etc.

Todas estas técnicas útiles en el contexto hospitalario mencionadas por Farberman (2010), deben ser aplicadas a manera de juego, evitando que el paciente se sienta en situación de examen. Es recomendable, que en algunas ocasiones el terapeuta vaya llenando una ficha propia paralelamente a la del niño y luego se intercambien las hojas.

3.5. Trabajo interdisciplinario del psicólogo en el hospital

Dada la complejidad de la salud humana, comprenderla requiere tener en cuenta a las corrientes de pensamiento, que enlazan conocimientos con los aspectos multidimensionales que en ella concurren (Nieto Munuera, Abad Mateo, E. Albert & T. Arreal, 2004). Como destacan León Rubio y Medina Anzano (2004), aunque se ocupen de diferentes aspectos, entre ellos el comportamiento, será la integración de sus contribuciones, y no su mera suma, las que permitan desarrollar recursos que potencien y promuevan estilos y calidad de vida saludable y bienestar subjetivo, pues la salud es una cuestión sociocultural. De la misma manera, el psicólogo José Luís Verón (2008), plantea en relación a la psicología, que la evolución de esta ciencia junto con la medicina, la abogacía etc., las ha llevado a interactuar, integrarse, logrando su inserción mutua y más natural, afianzándolas como parte de la cultura.

Por lo tanto, un psicólogo deberá conocer la interacción entre esos factores, programar y evaluar estrategias de intervención para proteger y promover la salud, prevenir, tratar y rehabilitar la enfermedad. Conocer los factores que se ponen en juego en el entrecruzamiento de las esferas individuales, familiares y socioculturales para desplegar su quehacer de manera integral. Por lo tanto, sus funciones y competencias son un punto de convergencia de diversos corpus teóricos y prácticas específicas. Desde aquí se plantea un modelo que propone una etiología multifactorial y multidimensional, exigiendo así, nexos interdisciplinarios (Mucci & Benaim, 2006).

Farberman (2010) afirma que hoy en día, dados los cambios en la concepción de la salud, las organizaciones hospitalarias incluyen en su plantel a psicólogos y trabajadores sociales para trabajar de forma integrada con los médicos. La interconsulta médico-psicológica resalta la importancia de la dimensión bio-psico-social de los procesos de salud enfermedad. Se denomina *psicología de enlace* al trabajo de un profesional *psi*, en una institución pediátrica para tratar temas vinculados a la salud mental con el foco puesto en el equipo médico. El trabajo interdisciplinario se ve favorecido, sobre todo, en instituciones hospitalarias donde el trabajo conjunto con otros profesionales, se

caracteriza por un vínculo continuo y fluido, en vías de mejorar la atención que reciben los internados sospechados de estar en riesgo de, o por padecer problemas emocionales. Básicamente, es un trabajo que enfatiza el carácter de cooperación y coherencia entre los especialistas que se ocupan de una misma persona. Así, el trabajo interdisciplinario de un psicólogo en salas de internación pediátrica, encuentra sus alcances en:

- *Asistencia clínica del paciente y su familia*, requiere tareas que involucren diagnóstico diferencial de enfermedades psicosomáticas apoyo y/o tratamiento psicoterapéutico y sostén emocional de pacientes padres y hermano.
- *Implementación de programas interdisciplinarios de atención*, estructurados para abordar a poblaciones específicas. Generalmente estos planes son estructurados en forma conjunta entre profesionales de la salud mental y pediatras.
- *Intervenciones orientadas al equipo de salud*, son actividades de enlace propiamente dichas, las cuales, a través de encuentros pautados entre médicos psicólogos y psiquiatras se intercambian opiniones sobre temas relacionados a la asistencia clínica. Las mismas tienen la finalidad de promover una mayor integración de las dimensiones psicológica y emocional a las prácticas médicas.
- *Participación en aspectos legales y éticos, que hacen a problemas pediátricos*, son sin duda, de las tareas interdisciplinarias más frecuentes de las que se pueden encontrar. La participación en casos de abuso sexual y maltrato infantil, en donde el trabajo es realizado en conjunto a asistentes sociales y pediatras (Farberman 2010).

En su libro “El psicólogo en el hospital pediátrico”, Farberman (2010) plantea que una de las situaciones más clásicas, en el quehacer del psicólogo en el hospital, es recoger pedidos de consulta, a través de una pequeña esquila con datos elementales. Luego, el psicólogo encuentra al paciente en sala, realiza su entrevista, desarrolla un plan de trabajo a realizar, fija un objetivo, y luego vuelca los datos y realiza una breve conclusión en la historia

clínica y da por finalizado el proceso cuando cree que arribó al objetivo primeramente planteado. Este tipo de trabajo, no es incorrecto, desde luego, pero no es un trabajo de interconsulta. Hay que destacar que cuando un profesional de la salud mental, está desarrollando su trabajo de forma aislada no se está desempeñando en interconsulta. Seguramente su trabajo sea beneficioso para el paciente y su familia, pero es muy poco probable que resuelva el problema clínico que motivó la consulta del médico. La psicología de enlace hace énfasis en la cooperación y la coherencia entre los distintos especialistas que abordan un mismo caso. Esto indefectiblemente requiere interdisciplina, y las instituciones hospitalarias generales, favorecen este tipo de prácticas y su modalidad de trabajo. En ellas los diversos especialistas pueden emitir sus opiniones y elaborar sus propias observaciones, que luego serán informadas en una historia clínica única, mientras que el contacto mutuo entre el personal de salud, será beneficiado por compartir el mismo espacio físico de trabajo.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio fue Descriptivo.

4.2. Participantes

Se observó a los psicólogos miembros del servicio de Psicología Pediátrica de un hospital público ubicado en la Provincia de Buenos Aires, en su interacción con otros miembros no psicólogos del servicio y con los pacientes internados.

El número de estos psicólogos fue tres o cuatro, en función del turno que se cubría en la sala de internación. Los profesionales no psicólogo observados fueron médicos y pasantes de medicina, de cinco a seis profesionales y una trabajadora social.

El número de pacientes internados que se han observado en su interacción con los psicólogos ronda las decenas, pero debido a la gran rotación de la sala de internación no se puede proveer un número preciso.

Por otra parte, se entrevistaron a dos de estos psicólogos -que llamaremos Candela y Sofía- y a la trabajadora social (que llamaremos Ana). Si bien se procuró entrevistar a todos los participantes del servicio, solamente estas tres personas tuvieron el tiempo y la disposición a ser entrevistados.

4.3. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- observación participante de la rutina del servicio. Esto incluye la interacción de los psicólogos entre sí, con otros profesionales no psicólogos y con los pacientes internados y sus familiares.
- entrevista semi-estructurada a tres miembros del servicio

- lectura de historia clínica de una paciente.

La observación participante (Malinowsky 1975) es una forma de observación no encubierta. Consiste en acompañar al participante, intentando no interferir con la ejecución de las tareas y el despliegue de las mismas (Marks, *et al.* 2008). Las observaciones de este trabajo, tanto a los miembros del servicio como a la interacción del psicólogo con la paciente, se centraron también en tomar registro de los roles de los psicólogos, las técnicas y estrategias que utilizan y sus interacciones con sus colegas no psicólogos.

La entrevista semi-estructurada está diseñada para explorar la opinión de los participantes, con la mínima cantidad de suposiciones posibles por parte del entrevistador (Marks, *et al.* 2008). Según el diccionario de psicología de Galimberti (2002), este tipo de entrevista, facilita que el entrevistado comunique su punto de vista acerca de determinados aspectos precisos del tema en cuestión, dejándolo en libertad de intervenir, ampliar o abordarlo en el orden que le parezca conveniente.

Las entrevistas semi-estructuradas de este trabajo (Anexo I) se diseñaron a fin de explorar las opiniones de los entrevistados sobre el rol del psicólogo en la internación hospitalaria, las técnicas más utilizadas en sala de internación por éstos y las interconsultas y asesorías realizadas por los psicólogos con los otros miembros del servicio.

4.4. Procedimiento

La observación participante de la rutina diaria del servicio se realizó durante las horas que duró la pasantía.

Se solicitó a todos los miembros del servicio que participaran en una entrevista individual semi-estructurada presencial. Por motivos ajenos a su voluntad (urgencias laborales, falta de infraestructura, etcétera) ninguno pudo acceder a una entrevista presencial. Como alternativa se les envió por correo electrónico las preguntas, que sólo tres participantes contestaron. En forma

posterior y en sucesivos correos electrónicos se hicieron repreguntas para aclarar algunos puntos.

5. Desarrollo

En esta sección se procurará describir las funciones y competencias, las técnicas y estrategias y las interacciones del psicólogo en la sala de internación pediátrica observada utilizando los conceptos del marco teórico para recortar y ordenar las descripciones. Sin embargo, en la práctica diaria en la sala de internación los conceptos que parecen claramente distinguibles en la teoría, en la práctica se presentan combinados Hirsch y Rosario (1987). Por ejemplo, una función es la ejecución de una técnica, que puede hacerse o no en interacción con miembros del equipo médico. Además, las funciones, técnicas e interacciones del psicólogo son afectadas profundamente por las condiciones institucionales de ejecución. Estas cuestiones serán retomadas en Conclusiones.

5.1. Funciones y competencias del psicólogo en la sala de internación pediátrica

Los participantes entrevistados acuerdan, a grandes rasgos, con cuales son las funciones y competencias del psicólogo en sala de internación. Efectivamente, Candela, psicóloga del servicio, dice que su función es la interacción permanente con los médicos y demás profesionales del hospital a cargo de cada sala, así también las interconsultas de la asistencia. Considera Candela que, por otro lado, también se ocupa de las consultas que surgen espontáneamente por parte de los familiares que acompañan a los niños en la internación. Otras funciones que ella nombra son las pasadas por las salas. Durante estas pasadas se lleva a cabo un trabajo de rastrillaje (técnica que desarrollaremos como screening, en el segundo apartado de este desarrollo), e interconsultas con el equipo de asistentes sociales. Sofía, la otra psicóloga, suma a esto que durante el rastrillaje el psicólogo tiene como función la

contención de los pacientes y sus familiares en sala y mediación entre pacientes y equipo médico.

La trabajadora social, por su parte, afirma que uno de los roles más importantes del psicólogo es responder las interconsultas de los médicos y las trabajadoras sociales. Estas funciones serán ampliadas en el tercer punto de este desarrollo.

Efectivamente, desde las observaciones realizadas en sala, las funciones principales de los psicólogos son, en primer lugar y más frecuentemente, el rastillaje de situaciones problemáticas. Se ha observado que los psicólogos, durante los rastillajes, han hecho foco en interacciones entre pacientes y sus familiares y detección de situaciones llamativas para decidir intervenciones técnicas posteriores.

Todos los días la rutina de los psicólogos comenzaba con un recorrido de sala. Cada psicólogo tenía asignada una sala específica que diferenciaba de otras salas por la población internada en ellas. Por ejemplo, en sala Rosa, residían las madres con sus bebés. En sala Amarilla, la población era de adolescentes. Y, en sala Verde, habitualmente, estaban los niños con mayor riesgo al contagio.

Era habitual que durante su recorrido de sala, la psicóloga que tenía asignada una sala hiciera su recorrido acompañada por la otra psicóloga (que luego era acompañada en su propia sala en forma recíproca). En estos recorridos usualmente no estaban presentes ni los médicos ni la trabajadora social. En algunas ocasiones, sin embargo, se buscaba que este recorrido coincidiera con el realizado por los médicos (que habitualmente lo hacían más temprano). En estos recorridos conjuntos a veces se realizaban interconsultas informales. (Un ejemplo de tal interconsulta informal será descrito en el tercer apartado de este Desarrollo).

En los recorridos por sala, las psicólogas van cama por cama presentándose ante los pacientes (y sus familiares, si están presentes) e indagando sobre datos personales y clínicos. En estos recorridos se han observado funciones de contención, mediación entre pacientes y familiares con

el equipo médico, trabajar en el ajuste entre enfermo y familia, intervención en crisis de pánico, ayudar al cumplimiento de prescripciones médicas, realización de entrevistas psicosociales.

Estas funciones se realizan, muchas veces, en forma simultánea.

En una ocasión, Sofía (acompañada por Candela y el autor de este trabajo) intentó relacionarse con la madre de una niña de unos seis años internada por quemaduras en los brazos. La niña no levantaba la mirada y no realizaba contacto alguno con la psicóloga. Fue llamativo observar que la madre tampoco realizaba contacto visual. Su mirada era esquiva, sus respuestas eran cortas y escuetas, su articulación pobre dificultaba la comunicación. En ese momento llegó una enfermera para cambiar las vendas de los brazos de la niña. Esta comenzó a gritar desconsoladamente. La madre reaccionó de forma violenta, gritándole a la nena que se callara, destapándola en forma brusca y levantándola de la cintura para apoyarla en su regazo. Sofía en ese momento intervino pidiéndole a la madre que se calmara y tratara a la niña con más gentileza. Posteriormente Sofía manifestó que esta conducta materna le dio la pauta para una indagación posterior más profunda mediante una entrevista psicosocial. De esta entrevista psicosocial surgió una interconsulta con la trabajadora social. En este ejemplo se combinaron la contención, la ayuda a la intervención de la enfermera y la selección de una paciente para una entrevistas psicosocial.

En otra ocasión, se ha observado a Candela conteniendo a la madre de un niño que estaba por ser sometido a diálisis. Cinco minutos antes de que el niño fuera llevado a la sala de intervención, la profesional notó que si bien la madre se mostraba contenedora con el niño, también estaba tensa. Cuando retiran al niño la madre comenzó a contarle a la psicóloga sus problemas económicos y familiares que afectaban al niño, y rompió en llanto. Candela la ha escuchado y contenido. Es función del psicólogo ayudar a amenizar el ambiente durante la estadía del paciente internado y sus familiares (Faberman, 2010).

También se observó a un adolescente, que se llamara Pedro, de quince años, internado por una infección intrahospitalaria que era frecuentemente

pinchado para poder conectarlo a la sonda. Debido a que no se le encontraba la vena, el paciente comenzó a mostrarse reticente a ser intervenido. Únicamente admitía la intervención de una enfermera que cursaba en el horario nocturno por su sala, respondiendo de forma hostil con quienes intentaban conectarlo durante el resto del día. Por indicación de los coordinadores del servicio, un psicólogo del servicio a quien se llamará Alejandro, que ya conocía y había tenido frecuentes encuentros con este paciente, fue a contenerlo. Durante ese encuentro el paciente relato las peripecias que debía realizar para evitar ser conectado, pues los pinchazos le dolían mucho. Tanto él como su familia coincidían en que las enfermeras procuraban malos tratos. Alejandro se comunicó con el equipo de enfermeras y se acordó un encuentro con el paciente. Luego de una breve charla, el paciente se mostró más dispuesto a ser intervenido. Este ejemplo nos provee, además, de otras funciones del psicólogo en sala: mediar entre pacientes y equipo médico (Faberman, 2010), ayudar al cumplimiento de prescripciones médicas (Mucci, 2012). Además, esta intervención ayudo a recuperar la propia identidad como persona de Pedro, con necesidades reales y que merecen ser oídas, y no como un enfermo, un mero cuerpo a ser intervenido. Esta función es señalada por Wyszynski y Wyszynski, (2006).

Durante una de las visitas de la familia de Pedro, se observó a Alejandro transformando una visión de la enfermedad como castigo en un infortunio sin relación con el pecado (Wyszynski y Wyszynski, 2006). En efecto, la madre y el padre declaraban que lo que le pasaba al hijo era una suerte de "castigo divino" y que no entendían cómo era posible que siendo ellos tan religiosos Dios les mandara este castigo. Alejandro reformuló este discurso sobre castigo divino en una prueba a ser superada y que Dios no estaba en contra sino acompañándolos. Se observó un efecto de contención inmediata y un cambio en el clima angustioso.

En las salas, además de las funciones nombradas, el psicólogo aplica técnicas específicas: como ser la entrevista psicosocial, la psicoeducación, que anteriormente fue vista como un factor inespecífico (Bulacio, 2006), también es una técnica muy utilizada, serán desarrollados en la segunda sección de este desarrollo.

Por otra parte, se han visto intervenciones que Bulacio (2006) considera como “lo trivial” y Faberman (2010) como actividades vitales infantiles o actividad lúdica. El autor de este trabajo tuvo la oportunidad de estar en la sala de internación para el Día del Niño. Los psicólogos de la sala habían propuesto a los niños internados que decoraran su cama con dibujos hechos por ellos. Los psicólogos proveyeron cartulinas, crayones, lápices de colores, papeles de colores, cartones etc. a ese fin. Algunos psicólogos acompañaron a ciertos niños en el proceso de realización de estas consignas. Esta función de proveer espacios lúdicos es habitual en los psicólogos del servicio. Por ejemplo, a una paciente que tenía problemas respiratorios, Sofía le brindó juguetes con el solo fin que la paciente jugara (sin ánimos de intervención clínica).

Los psicólogos no solo realizan sus funciones en sus rastrillajes de sala sino también como respuesta a pedidos formales escritos de interconsulta por parte del equipo médico. También los psicólogos realizan pedidos de interconsulta con el equipo de trabajo social. Estas funciones serán desarrolladas más en detalle en el tercer apartado de este desarrollo.

Una última función observada en el equipo psicológico es la elaboración de informes. Al final de cada jornada laboral, los miembros del equipo ingresan a la oficina de trabajo donde completan fichas personales de cada paciente que está internado, a modo de historias clínicas psicológicas. A estas fichas anexan las entrevistas psicosociales y luego son utilizadas para el seguimiento de pacientes. Esto es muy importante porque hay pacientes que se internan en forma sucesiva.

5.2. Técnicas y estrategias de intervención implementadas por el psicólogo en la sala de internación pediátrica

5.2.1. Estrategia global

Si bien hay estrategias particulares de atención para cada paciente, la estrategia global observada en el servicio de internación pediátrica es la siguiente.

El primer contacto con el paciente se realiza en el screening o rastillaje por la sala de internación. En este recorrido por las salas los psicólogos evalúan necesidades de los pacientes internados y sus familias. Luego, o simultáneamente, se aplica la técnica de recolección de datos llamada entrevista psicosocial y de ser necesario de contención inmediata. De aquí se evalúa aplican maniobras generales y específicas en sala. Aquí también se decide si el paciente, cuando sea externado, seguirá con tratamiento ambulatorio en consultorios externos. Esta estrategia global incluye interconsultas con médicos y trabajadoras sociales.

Complementariamente, los psicólogos del servicio asisten una vez por semana a las reuniones diarias de los médicos del servicio. Este aspecto estratégico permite hacer fluidas las interconsultas, recabar información sobre los pacientes y afianzar el trabajo en equipo.

Ana, la trabajadora social, en forma cualitativa, afirma que la estrategia global de los psicólogos del servicio apunta al bienestar y contención del niño. Considera que el psicólogo es más amigable que el médico. En sus interacciones con el niño, el psicólogo (que comparte el uniforme con los médicos) genera vínculos de confianza que luego son transferidos al equipo médico facilitando así la tarea de estos últimos. Por ejemplo, se ha observado el caso de una niña internada que lloraba cada vez que los médicos se acercaban, ya que en su experiencia los médicos alejaban a la madre de su lado. Los psicólogos del servicio notaron esto, y, más allá de las técnicas que aplicaban con la niña, procuraban integrar a la madre en todo momento. Se

observó que posteriormente la niña temió menos que los médicos alejaran a su madre y los recibía de mejor grado.

A continuación, se procederá a describir algunas de las técnicas que se observaron en sala de internación. Siguiendo a Hirsch, et. al (1987), se clasificarán en maniobras generales y específicas.

5.2.2. Maniobras generales

Hirsch, et. al (1987) plantean que las maniobras generales son aquellas intervenciones que el terapeuta podrá utilizar de manera rutinaria en la mayoría de los casos. En esta sala de internación se ha observado el screening, la entrevista psicosocial y la derivación a consultorios externos. En las dos primeras se observó que el terapeuta construye lazos empáticos con el paciente, genera confianza, y define con precisión el problema del paciente.

5.2.2.1. Screening

Como se ha descrito en este desarrollo, la maniobra general por excelencia en el servicio de internación es el screening o rastillaje.

Lo que suele hacer como actividad cotidiana y preestablecida, es la recorrida de sala, en la que a cada psicólogo se le asignan una o dos salas a recorrer. En general se lo hace de a dos cada sala, para que el trabajo tenga más ritmo y no se llegue desgastado a la última cama. En estas visitas de sala, se suele tomar una pequeña entrevista en la que se pide; nombre, fecha de ingreso, razón por la que ingresó, enfermedad que padece (según los dichos de los médicos), síntomas físicos y quien lo acompaña.

En principio este contacto permite pesquisar si la persona en cuestión requiere de una entrevista específica. El criterio para designar a quien será administrado de la entrevista psicosocial, es si se observa alguna conducta o disfunción a nivel vincular o psicológica. A priori, simplemente con que esa

situación particular llame la atención del psicólogo, será motivo para la administración de esta entrevista.

Esos chequeos rápidos durante el rastillaje (previos a técnicas más complejas) a veces son críticos para el bienestar del paciente. Por ejemplo, se observó el caso de una niña que fue traída por su madre por, aparentemente, un accidente doméstico. La niña fue internada por un día. Sin embargo, como se sospechaba violencia familiar una psicóloga del servicio fue convocada a internación para determinar, con prontitud, si se trataba además de violencia familiar y se debía intervenir desde el trabajo social.

5.2.2.2. La entrevista psicosocial

En la entrevista psicosocial, se hacen preguntas más pormenorizadas que en la entrevista inicial. Esta entrevista es estructurada, a modo de anamnesis. Además de las preguntas formuladas, se incluye un genograma, en el que se busca explorar los vínculos familiares del paciente, con quien convive, si tiene hermanos y/o hermanastros, si sus padres están juntos o no lo están, si tienen parejas. En este sentido, se busca que el paciente relate un poco sobre su familia. Otras preguntas incluidas en esta entrevista son dónde duerme, con quién, cómo es su casa, cómo es su barrio, si poseen las necesidades básicas cubiertas o no, si tiene luz y agua potable, si poseen cloaca o pozo; si la casa que habitan es suya, si alquilan o si es tomada; si su barrio es de fácil acceso o no; si tiene alguna sala de atención médica cercana. Se abordan cuestiones médicas, como la enfermedad actual y enfermedades o trastornos médicos anteriores. Se busca explorar emociones en relación a esto y perspectivas a futuro. Así mismo, se busca si tuvo o tiene antecedentes con drogas o si algún pariente cercano consume. También violencia familiar y trastornos psicológicos, son temas que se deben determinar en esta entrevista.

Esta entrevista suele durar quince minutos y se procura que sea administrada con la presencia de al menos un compañero. Esto se hace a fin de que el psicólogo que no está tomando nota pueda focalizarse en lo

paraverbal, el comportamiento del entrevistado: gestos, movimientos, interacciones con parientes presentes, etcétera.

Por ejemplo, en el rastillaje por sala de internación se observó a una niña cuya madre quien, en la entrevista preliminar, mostraba un vínculo muy desapegado con su hija. Se pasó entonces a realizar una entrevista psicosocial. Mediante las preguntas de la misma, se determinó que la madre no cumplía con los roles maternos esperados (contención, alimentación, cuidado físicos, vivienda adecuada). Esto generó la interconsulta con el equipo de trabajo social.

5.2.2.3. Derivación a consultorios externos

Es otra maniobra general observada. Existen pacientes que durante su internación fueron asistidos psicológicamente, y luego del alta, continuaron en consultorios externos.

Por ejemplo, una adolescente estaba internada por motivos médicos (apendicitis). Su madre, enfermera del hospital, estaba preocupada además porque su hija fumaba a escondidas. La psicóloga del servicio, que ya trabajaba asistiendo a la adolescente, decidió que posterior a la internación, la relación vincular entre madre e hija podría ser abordada en terapia. Por eso recomendó que la adolescente tuviera entrevistas posteriores en consultorios externos.

5.2.3. Maniobras específicas

Si bien se observaron muchas intervenciones clínicas, casi nunca se explicitó la orientación teórica que utilizaban los psicólogos en sus intervenciones. Según Candela, sin embargo, la orientación del servicio es cognitivo-conductual.

Más allá del marco teórico de las técnicas, aclara Candela, en la práctica es más importante la habilidad del acto que la orientación teórica que avale la técnica.

Una primera observación es que en esta sala de internación, cuando un paciente necesitaba un proceso psicoterapéutico tradicional se lo derivaba a consultorios externos. Sin embargo, se puede considerar el contacto inicial del paciente en sala de internación como un primer contacto psicoterapéutico.

Bulacio (2006) plantea los factores inespecíficos en su versión de la terapia cognitiva que se han observado en la sala de internación.

Por ejemplo, gran parte de la tarea de los psicólogos era la construcción de vínculos empáticos. Era usual que cuando un niño o niña llorara por cuestiones médicas, la profesional demostrara afecto auténtico correspondido por el niño. También con los padres de los niños internados, los profesionales demostraban empatía real por sus problemas.

La creatividad del psicólogo, otro factor mencionado por Bulacio (2006), era habitual en los psicólogos del servicio. Por ejemplo, un niño se negaba a comer. El psicólogo utilizó un juego, en el que la cuchara con alimento era un avión y la boca del niño era un aeropuerto donde los pasajeros, la comida, descendían.

La psicoeducación (Bulacio, 2006) es un factor inespecífico importante en este servicio. Es de notar que Candela, psicóloga del servicio, considera fundamental a la psicoeducación sobre diferentes temáticas que surgen dentro de una internación. Al mismo tiempo, dentro de su rol, se destaca la tarea de psicoeducación continua ya sea para orientar a los familiares que acompañan la internación como así también la guía directa para los niños en cuestión. En efecto, la educación de los niños y los padres con respecto a las enfermedades, la traducción a palabras sencillas del vocabulario médico técnico, era habitual. Además, como veremos un poco más adelante, este es un elemento que promueve la disminución del estrés. Por ejemplo, a un adolescente internado se le informó que tenía una infección intrahospitalaria en la pierna. Esto le provocó gran angustia debido a que una de las posibilidades era la amputación. Un psicólogo le indicó que “infección intrahospitalaria” era un término técnico para algo sencillo: bacterias que podían ser curadas con antibióticos como aquellos usados en la gripe. Esto calmó rápidamente al paciente.

El timing (Bulacio, 2006) en cuenta los psicólogos del servicio. Por ejemplo, los padres de un paciente consideraban que el equipo médico los maltrataba y menospreciaba. Sin embargo, el psicólogo notó que ellos, de orientación religiosa estricta, a su vez menospreciaban a los médicos y a veces a los otros pacientes. El psicólogo esperó a que estos padres lo interpelaran agresivamente a él y a otro paciente internado para hacerles notar que el maltrato, en todo caso, era mutuo y que bien podrían empezar ellos por tratar mejor a la gente del servicio. El momento específico de la intervención fue lo que, aparentemente, facilitó la aceptación por parte de los padres en cuestión.

Lo trivial, (Bulacio, 2006) era observado permanentemente: charlas sobre deportes, clima, ropa, y todo tipo de comentario que aparentemente no tenía objetivo terapéutico, pero que facilitaba la construcción del vínculo.

Por otra parte, según Faberman (2010) hay técnicas particularmente útiles en la atención clínica de los niños internados. Muchas de estas técnicas se han observado en el servicio de internación:

- Una de las psicólogas del servicio utilizaba frecuentemente una técnica gráfica "Antes y después". En esta técnica se charla con el paciente internado ("antes") y luego se le pide un dibujo que represente su momento actual, y se vuelve a charlar ("después"). Por ejemplo, una niña ingresó a internación y relató cómo se sentía. Luego se le pidió que hiciera un dibujo. En su dibujo había un árbol sin hojas. Se le preguntó por qué y ellas dijo que así es cómo se siente el árbol. Esta intervención sirvió para hablar de la tristeza de la niña. Posteriormente se volvió a administrar esta técnica a la niña y se compararon sus estados de ánimo antes y después. Cómo se puede ver, en esta ocasión, esta técnica se sirvió para auto-monitoreo (Keegan 2007)
- Otra técnica que se ha observado es pedirle al paciente observado que dibuje caras con distintas emociones. Los niños dibujan estas caras y luego el psicólogo charla con ellos para que identifique sus emociones en estas caras. Por ejemplo, una niña tenía emociones encontradas con respecto a su padre. Se utilizó el reconocimiento de rostros para que identificara qué

emociones sentía. La niña dibujo rostros que finalmente reconoció como "enojo", "tristeza", "nostalgia".

- Con esta misma niña, luego, se aplica una torta de sentimientos. Se le pidió que en un círculo, marcara qué proporciones de cada sentimiento sentía (a modo de porciones de torta). Esta técnica, además de proveer automonitoreo, fue el fundamento de un trabajo posterior de identificación de problemas con su padre y que llevó al trabajo para la resolución de problemas vinculares (Keegan, 2007).
- Cuando los niños emitían juicios unilaterales y negativos, se observó el uso de la técnica llamada "listas de opuestos". Por ejemplo, cuando el adolescente que tenía una infección intrahospitalaria en la pierna, comenzó a insultar al servicio, afirmando que "todo es una porquería", el psicólogo utilizó esta técnica. Le indicó que hiciera una lista de que no le gustaba y luego de lo que sí le gustaba. Esto ayudó al paciente a equilibrar sus juicios, lo que llevó a atemperar sus emociones y reducir su ansiedad (Keegan, 2007).

En forma menos específica, Keegan (2007) clasifica las técnicas clínicas en desarrollo de habilidades de automonitoreo, resolución de problemas, reducción de ansiedad, comunicación y respuesta racional. Es difícil dar ejemplos aislados de estas técnicas. Casi todas las intervenciones de los psicólogos apuntan a una u a otra. Por ejemplo, se ha observado a los psicólogos traducir la jerga médica a términos coloquiales para los pacientes. Esto corresponde al desarrollo de habilidades de comunicación. También se ha visto el ejemplo de padres religiosos que maltrataban al servicio al acusarlo de maltratador. El psicólogo los hizo reflexionar sobre sus propios modos. Esto es el desarrollo de respuesta adecuada.

5.3. Labor del psicólogo, en relación a otros profesionales de la salud en la sala de internación

Desde el punto de vista de la interacción de los psicólogos con otros miembros del equipo de salud, en esta guardia de pediatría, se ha observado

tanto interconsultas como asistencia, y asesoría (Mucci, 2012). Además se vieron roles de mediación y comunicación entre paciente y médico (Faberman, 2010) que hemos desarrollado más arriba. Faberman (2010) denomina a este tipo de accionar "psicología de enlace".

El modo de interacción básica entre los psicólogos y el equipo médico en la interconsulta. Si bien los médicos la solicitaban informalmente en forma continua, el equipo de psicólogos requería que se hiciera por escrito. Por ejemplo, un médico del servicio compartió en una ocasión el relato de un niño internado de modo informal. Según sus padres, el niño se habría caído en la cocina sobre un caño en punta que lo penetró levemente. El médico sospechó de esto y pidió ayuda a los psicólogos. Estos le indicaron que realizara un pedido formal de interconsulta para determinar si habría indicios emocionales de abuso sexual.

En la rutina cotidiana de los psicólogos estaba el consultar una carpeta con pedidos de interconsulta al llegar al servicio. Por ejemplo, en esta carpeta, había pedidos de interconsulta sobre un niño específico en una sala. Al leer este pedido, el psicólogo concurría a ver al paciente en sala y luego procedía a la sala de médicos a hacerle una devolución oral al médico que había pedido la interconsulta. Posteriormente volcaba esta devolución por escrito y se la enviaba al equipo médico. Estas interconsultas por escrito no eran frecuentes: habrían tres o cuatro por semana.

Otra interacción con el equipo médico era el rastrillaje conjunto de sala. Esto era frecuente pero no siempre ocurría. En efecto, la rutina común era que los médicos hicieran su ronda médica primero y más tarde en el día lo hicieran los psicólogos. A veces, sin embargo, los psicólogos hacían su recorrido junto con los médicos. Los psicólogos hacían las veces de testigos en silencio: de este modo se ponían al día con las condiciones médicas de los pacientes lo que facilitaba su trabajo posterior.

Si bien la interconsulta era frecuente, no se han visto muchos ejemplos de interdisciplina. En una ocasión había un paciente muy resistente a las intervenciones médicas. Un psicólogo y un médico, en forma conjunta, abordaron al paciente: mientras el psicólogo interactuaba con ambos y

evaluaba modos de comunicación y promovía mejoras vinculares, el médico realizaba su trabajo (cambio de vendaje y vías). Aquí se vio también la interdisciplina con la trabajadora social: simultáneamente, mientras médico y psicólogo se ocupaban del paciente, la trabajadora hablaba con la madre a fin de aislarla y dar espacio de trabajo a sus compañeros, mientras recababa información. En otra ocasión, una niña con retraso mental leve estaba internada en el hospital. Esta niña no vivía con sus padres, sino que, debido a que la madre no estaba en condiciones de criarla, había sido enviada a un internado. Durante la internación en el hospital, se realizó una intervención interdisciplinaria con la trabajadora social: mientras esta última evaluaba los recursos económicos y sociales de la madre para recuperar la tenencia de su hija, los psicólogos evaluaban el vínculo entre madre y niña. A su vez, los psicólogos utilizaban técnicas de reducción de ansiedad tanto con la niña como con la madre.

La asesoría de los psicólogos a los médicos es permanente. Por ejemplo, un caso en que un médico sospechaba de una madre que enfermaba a su hijo para que continuara hospitalizado. En este caso, además de la interconsulta, el psicólogo realizó una asesoría: colocar cámaras en la sala de internación, a fin de verificar la conducta de la madre. Además, le explicó a los colegas médicos el cuadro llamado “síndrome de Munchhausen”, que justificó su modo de encarar la interconsulta y asesoría. Es interesante notar el rol de educación (Mucci, 2012) en este caso: después de este suceso, los médicos estaban alerta a otros posibles casos de trastornos similares. Posteriormente se observaron las filmaciones junto con los médicos, y luego con la trabajadora social. Se discutió lo observado y se eligió el curso de acción. Este es un ejemplo de interdisciplina.

De la entrevista con la asistente social surge otro de los roles del psicólogo en el servicio: la interconsulta en el caso de adolescentes. Es habitual que los adolescentes se nieguen a hablar con los médicos directamente. Los psicólogos cumplen un rol de diálogo e interconexión entre paciente y médico (Faberman, 2010). En efecto, se ha observado una adolescente que recibió un tratamiento médico que le resultó inversivo. Comenzó a tratar de manera agresiva a los médicos. Un psicólogo fue

convocado para mediar y tranquilizar al paciente y a su familia, y de este modo facilitar el quehacer médico.

Es habitual que los médicos ingresen a la guardia psicológica con consultas puntuales psicológicas sobre pacientes. En más de una ocasión se ha observado que cuando un niño internado por cuestiones médicas presenta dificultades familiares emocionales aparentes el médico consulte a un psicólogo para obtener herramientas y estrategias para interactuar con el niño y su familia. Por ejemplo, se presencié el caso de Daniela, de 13 años. De la historia clínica surge que Daniela era paciente habitual del hospital. Había sido internada en más de una ocasión. En este caso, el autor de este trabajo fue testigo de Daniela ingresando a la guardia por un cuadro sincopal. El médico de guardia mandó a realizar estudios clínicos que no justificaron el cuadro. Por este motivo, el médico en cuestión realizó, en primer lugar, un pedido de asesoría: saber si era posible que la causa del cuadro fuera psicológica. Habiendo recibido una respuesta afirmativa, procedió a derivarlo a los psicólogos para realizar una entrevista de admisión.

La interacción con la trabajadora social era informal y fluida. Se compartía con ella el mismo espacio físico de trabajo y todos los casos donde se sospechaba problemáticas socioeconómicas y sociales se compartían con ellas. Era habitual que esta profesional participara en los recorridos de sala y también asistiera en las entrevistas psicosociales.

Un rol que también se ha visto es que cuando los médicos, psicólogos y trabajadora social hacen contribuciones muy especializadas para un mismo enfermo, los psicólogos asumen el rol de integradores de la información. Por ejemplo, en el caso del niño lastimado con un caño supuestamente abusado por sus padres, los psicólogos notaron que si bien los indicios físicos de violación estaban presentes, y que vivían hacinados en una pequeña habitación (lo que podría ser propicio para abuso), psicológicamente y vincularmente no había signos de abuso sexual. Los psicólogos dialogaron con médicos y la trabajadora social para alcanzar un diagnóstico común. Esta es otra función observada entrecruzamiento de esferas individuales familiares y socioculturales y su integración con el saber médico.

Otro caso es el de una niña que médicamente tenía diagnóstico de HIV y cáncer de útero. Además presentaba un leve retraso mental. Los psicólogos detectaron un vínculo patológico de su abuela (único pariente vivo que tenía su tenencia) hacia ella: la maltrataba psicológicamente. Además, la trabajadora social sospechaba que la abuela tenía más interés en conservar el subsidio estatal que la niña recibía que en cuidarla. Psicólogos y trabajadora social intervinieron desde el aspecto legal, informándole a la abuela que podía perder la tenencia de su nieta (y el subsidio) si no modificaba su trato hacia la niña. Este caso aúna la interdisciplina con el brindar información legal a la familia del paciente.

6. Conclusiones

En este trabajo se ha visto, en primer lugar, el concepto de la psicología de la salud y de la psicología en el marco de la salud pública. Se han recorrido autores que han explicitado el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario y luego el rol del psicólogo en la internación pediátrica hospitalaria. También se han visto autores que han desarrollado estrategias y técnicas del psicólogo en la clínica pediátrica hospitalaria. Finalmente, se ha discutido desde distintos autores en qué consiste el trabajo interdisciplinario del psicólogo en el hospital

En el Desarrollo, basándose principalmente en las observaciones y secundariamente en las entrevistas, se ha procurado describir el rol del psicólogo en el servicio pediátrico de un hospital público de la provincia de Buenos Aires, profesionales de la salud del servicio.

Sin embargo, y ya excediendo los objetivos específicos de este trabajo, se ha observado que resulta unilateral e incompleto hablar del rol de los psicólogos de este servicio sin tomar en cuenta las condiciones institucionales, infraestructurales y, globalmente, socioeconómicas, de su ejecución.

En efecto, el hospital público, por su propia inserción en el tejido social, impone condiciones de trabajo en los psicólogos. A posteriori de la realización de este trabajo, el autor tomó conciencia que su bibliografía no cubría, o lo

hacia en forma insuficiente, pues había aspectos institucionales, sociales y económicos que no se tomaban en cuenta.

Por ejemplo, cuando se les pidió a los profesionales del servicio que dedicaran algo de su tiempo a las encuestas personales originalmente planteadas en el plan de tesis, ninguno de ellos pudo encontrar, dentro del hospital, el tiempo para hacerlo. Su trabajo es demandante, y no cuentan con tiempo de más. Por otra parte, dentro del servicio, no hay un espacio físico tranquilo y aislado donde se pueda realizar la entrevista. Incluso cuando se pidió que contestaran preguntas vía correo electrónico, por diversos motivos, los profesionales se excusaron de no encontrar el momento como para dedicarle.

Esto influyó en este trabajo que debió basarse principalmente en las observaciones del autor y no, como se había planeado, en forma más equitativa con las respuestas a las encuestas.

Por otra parte, los psicólogos del servicio trabajan bajo presión. Los recursos son escasos. Los roles y las estrategias se realizan lo mejor posible dadas las condiciones reales, que distan de ser óptimas. Tal vez el mayor impedimento es la falta de camas en el servicio. Se relató que incluso se utilizó la sala de los psicólogos como otra sala más de internación por falta de espacio físico.

Otro problema de este trabajo, que se detectó luego de haberlo realizado, es que el trabajo de los psicólogos en internación va mano a mano con aquel en consultorios externos. Los mismos psicólogos que trabajaban en sala de internación continuaban luego su trabajo en consultorios externos, tanto con los pacientes como con sus familiares allegados.

Debido a los objetivos limitados de este trabajo, no se han incluido las observaciones no participantes realizadas en entrevista de admisión a consultorios externos. Estas entrevistas se complementan con la tarea en sala de internación, por lo cual, sobre todo al hablar de estrategia psicológicas, deberían ser tenidas en cuenta.

La calidez y calidad humana de los miembros del servicio también afectan el rol del psicólogo. Estos aspectos personales, obviamente, no son tomados en cuenta por la teoría, pero afectan profundamente el desarrollo diario de la labor en sala de internación. Como pasante, el autor de este trabajo, supo sentirse muy contenido y esta misma sensación también, empáticamente, la notó en los pacientes y miembros del equipo de salud.

7. Bibliografía

American Psychiatric Association (2004). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Post-traumatic Stress Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.

Beck, A., Rush, A., Shaw, A. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclee de Brower. Citado en: Bulacio J. M., (2006) *Factores inespecíficos en la psicoterapia: según el modelo cognitivo constructivo realista*. Buenos Aires: Akadia.

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art. No: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3. Recuperado el 10 de agosto de 2012 de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub3/abstract>

Bulacio, J. M., (2006) *Factores inespecíficos en la psicoterapia: según el modelo cognitivo constructivo realista*. Buenos Aires: Akadia.

Farberman, D. V. (2010) *El psicólogo en el hospital pediátrico: Herramientas de intervención*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, Castillo & López Naranjo, A. I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, septiembre-Sin mes, 631-645

Galimberti, U. (2002) *Diccionario de psicología*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno.

Hirsch, H. & Rosario, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales: la organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir.

Keegan, E., (2007). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.

León Rubio, J.M., Medina Anzano, S., Barriga Jiménez, S., & cols. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC

Mahoney, M. (1988). *Psicoterapias Cognitivas y constructivistas*. Buenos Aires: Paidós.

Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C. M., (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. México, D. F.: Manual Moderno.

Malinowski, B., (1975). *Los argonautas del pacífico Occidental* Barcelona España: Península.

Morales Calatayu, G. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Mucci, M., & Benaim, D., (2006). Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas, *Psicodebate: Psicología y Salud* 6, p.123-138.

Mucci, M., (2011). Manuscrito no publicado.

Mucci, M., (2012, marzo). *Perspectivas actuales de la inserción del psicólogo en el ámbito hospitalario*. Trabajo presentado en la charla organizada por Departamento de Psicología de la Universidad de Palermo, realizado en Buenos Aires el 20 de marzo de 2012.

Nieto Munuera, J., Abad Mateo, M.A., Esteban Albert, M. & Tejerina Arreal, M. (2004). *Psicología para las ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. España: McGraw-Hill-Interamericana.

Shapiro, F., (2001). *EMDR, Eye Movement Desensitization of Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2a. ed). New York : Guilford Press.

Shapiro, F., (2002). *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism*. Washington, DC: American Psychological Association.

Wyszynski, A. A. & Wyszynski, B. (2006). *Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas*. Barcelona: Masson.

8. Anexo: Entrevistas

Estas son las tres entrevistas que se realizaron a dos psicólogos miembros del servicio, que se han llamado Candela y Sofía, y a la trabajadora social, que se ha llamado Ana.

Estas entrevistas se realizaron por correo electrónico en sucesivas interacciones.

Entrevista

Nombre: Sofía

Rol que desempeña en el hospital: Pasante de psicología.

Tiempo en el servicio: 10/4/11 al 11/12/11

Responda a la siguiente entrevista según corresponda su rol. A continuación se realizarán una serie de preguntas a las cuales usted deberá responder desde su experiencia personal en el hospital.

Entrevista a Psicólogos:

1) *¿Cuál cree usted que es el rol del psicólogo en el hospital en general?*

Considero que el rol de psicólogo en el hospital es el de orientador, educador y sobre todo la persona que brinda contención y apoyo a los pacientes, familiares y también médicos en algunas oportunidades. En este sentido, poder tomar contacto con los pacientes desde un lugar diferente al de los médicos nos abre el camino para explorar otras cuestiones.

2) *¿Cuál cree usted que es el rol del psicólogo en la sala de internación pediátrica, en un hospital?*

Fundamentalmente es aquella persona que brinda su contención y escucha a las personas que están transitando un duro momento. Es un acompañante, educador y una persona que intenta colaborar con el bienestar de las personas a nivel emocional.

3) *¿Cuál cree usted que es el rol del psicólogo en relación al equipo médico y al equipo de trabajo social?*

El rol del psicólogo dentro de un hospital va de la mano del trabajo que realiza el equipo social, es un trabajo interdisciplinario que

se complementa todo el tiempo, considero que al ser una institución pública no se podría trabajar el uno sin el otro.

4) *¿Cuales considera usted, que son sus tareas interdisciplinarias?*

Las tareas interdisciplinarias son las consultas que realizamos al equipo médico, a la asistente social, o cualquier otro ámbito del hospital que pueda colaborar con el rol del psicólogo dentro del hospital.

5) *¿Que técnicas y/o estrategias clínicas utiliza usted en la sala de internación pediátrica en el hospital?*

Entrevistas psicosociales, la escucha, la palabra. Nosotros arrancamos el día recorriendo las salas que nos asignaron el primer día que llegamos. En mi caso es la sala rosa y la sala durazno (porque a las salas se las designan con colores). Lo primero que hacemos es revisar los pacientes que están y los que se fueron. Si los que se retiraron, fueron dados de alta o se fueron por motu proprio. Cualquiera sea el caso, eso se anota y luego se agrega a la historia clínica del paciente, si es que se la tiene.

Con los recién llegados se trata de charlar un poco, de establecer un contacto empático que nos permita vincularnos e intercambiar información, que a los fines de la curación de la persona, puede ser relevante. Generalmente, las personas que vienen con niños tienen mucha necesidad de hablar y contarnos que sucedió, muchas veces por una preocupación real y muchas otras, con miedo a que se los acuse de ser padres o tutores negligentes. En todo caso seremos nosotros quienes tengamos que, con mucho tacto tratar de determinarlo. Es aquí a donde trabajar estratégicamente se hace importante. Trabajar estratégicamente implica ante todo una cuestión de timing y organización previa. Ello conlleva entre otras

cosas, la identificación de la persona más implicada en el hecho. Si son más de una, trabajar junto a un compañero, para que el abordaje sea más ameno y permita profundizar más. No indagar a modo de entrevista laboral, ni inspección policial.

Entrevista

Nombre: Candela

Rol que desempeña en el hospital: pasante de psicología

Tiempo en el servicio: 08/2010 12/2011

Responda a la siguiente entrevista según corresponda su rol. A continuación se realizarán una serie de preguntas a las cuales usted deberá responder desde su experiencia personal en el hospital.

Entrevista a Psicólogos:

1) ¿Cuál cree usted que es el rol del psicólogo en el hospital en general?

Tiene un rol que funciona en todo momento en la interacción con los médicos y demás profesionales del hospital. Tiene como una de las tareas principales la atención de la demanda derivada por los médicos a cargo de cada sala y así también de las interconsultas de la asistencia social; este trabajo se da tanto en las salas de internación como en los consultorios externos. Por otro lado, también se ocupa de las consultas que surgen espontáneamente por parte de los familiares que acompañan a los niños en la internación, a ello se suma que el psicólogo en las pasadas por las salas, realiza un primer filtro donde intenta ubicar donde hay requerimientos de su rol o en los cuales es necesario la interconsulta con el equipo de asistentes sociales.

Al mismo tiempo, dentro de su rol, se destaca la tarea de psicoeducación continua ya sea para orientar a los familiares que acompañan la internación como así también la guía directa para los niños en cuestión.

2) *¿Cuál cree usted que es el rol del psicólogo en la sala de internación pediátrica, en un hospital?*

Si bien fue contestada en la pregunta anterior, se podría resumir en el rastillaje de demandas psicológicas dentro de una sala, durante las pasadas cama por cama. Como así también, la interacción continua como apoyo de los otros profesionales participantes del hospital.

Y por último pero fundamental que es la psicoeducación sobre diferentes temáticas que surgen dentro de una internación, la misma se da tanto a los adultos acompañantes como a los niños protagonistas de la misma.

3) *¿Cuál cree usted que es el rol del psicólogo en relación al equipo medio y al equipo de trabajo social?*

De orientación, soporte e interacción continua. Es positivo que puedan delegar y consultar, para que el psicólogo pueda responder correctamente a una demanda que por su especialización, maneja con mejores herramientas y criterio.

También es importante contener a los médicos en su labor diaria ya que en más de una situación se encuentran emocionalmente afectados y requieren de un espacio propio de atención.

4) *¿Cuales considera usted, que son sus tareas interdisciplinarias?*

Cuando requieren de derivación a consultorios externos o se necesita de la intervención de la asistencia social.

Cuando se debe flexibilizar la información técnica que le ofrece el médico al familiar.

Cuando el médico sospecha que algún cuadro tiene por detrás alguna situación que puede no ser de origen clínico específicamente.

Cuando se realizan preparaciones de psicoprofilaxis para que el niño vaya a la intervención que deba, en mejor estado emocional y con algún conocimiento sobre lo que se realizara, en este sentido se trabaja desde la prevención y luego de la intervención medica, se aborda nuevamente al niño.

5) *¿Qué técnicas y/o estrategias clínicas utiliza usted en la sala de internación pediátrica en el hospital?*

Cuando se trata con el niño directamente, toda técnica se realiza a través de modos lúdicos, para ello se llevan juegos a las salas, o cuentos o lo que se pueda que ayude al acercamiento, apertura y a que lo que se le vaya a decir al niño sea más comprensible.

También se tiene en cuenta como estrategias el manejarse en duplas de psicólogos, para que cuando, tanto el niño como el adulto lo requieren, se pueda generar un espacio mínimo de intimidad. Es decir, si se percibe que el niño quiere hablar pero no delante del familiar que se encuentra, se utiliza que con sutileza uno de los dos psicólogos se lleve un ratito al adulto a charlar afuera de la sala para propiciar el dialogo con el chico.

Luego hay varias técnicas dentro de la orientación cognitiva conductual que son aplicadas en sala o en consultorio, dependiendo de cada caso y se las adapta tanto al paciente específicamente como a las posibilidades que ofrece el hospital en sí.

Entrevista

Nombre: Ana

Rol que desempeña en el hospital: Asistente social

Tiempo en el servicio: 10 años

Responda a la siguiente entrevista según corresponda su rol. A continuación se realizarán una serie de preguntas a las cuales usted deberá responder desde su experiencia personal en el hospital.

Entrevista a trabajadora social y residentes de medicina.

1) ¿Cuál cree usted que es el rol del psicólogo en el hospital en general?

Creo que el rol del psicólogo en este tipo de ámbitos está circunscripto a la asistencia, y sobre todo al trabajo junto con las otras disciplinas que aquí se desarrollan. Aparte del trabajo clínico, ellos cumplen una función que resulta básica y de muchísima ayuda para el resto de los profesionales. El rol del psicólogo es bastante amplio también, y podría decirse que va desde la indagación y la detección de problemáticas vinculares y sociales que tienen su repercusión en la subjetividad del paciente o afectivamente trastornos y complicaciones psicológicas, hasta funcionar como un traductor o mediador entre paciente y médico o mismo entre médicos entre sí.

2) ¿Cuál cree usted que es el rol del psicólogo en la sala de internación pediátrica, en un hospital?

Podría decirse que el rol del psicólogo en la sala de internación está íntimamente relacionado al bienestar y adaptación del paciente. Es decir, si bien en el equipo médico, en líneas generales establece buenos vínculos con los pacientes internados, pero no logran conectar con ellos de la misma manera, ya sea porque su función no es esa, o por que el tiempo que le dedican a vincularse con sus

pacientes no es suficiente. Los niños más chicos necesitan una contención especial. Entonces, el psicólogo, en sala vestido con su chaqueta blanca, “como los médicos”, se presenta ante el niño como alguien inofensivo, dispuesto solo a ayudar. Para esto se ayuda juegos, juguetes, pinturas, dibujos y sobre todo la charla, si es que el nene sabe hablar, para amenizar el ambiente y lograr una comunicación más fluida y menos tensa con el equipo médico.

3) *¿Cuales considera usted, que son sus tareas interdisciplinarias, en relación a la psicología, en el hospital?*

Una de las tareas más comunes a realizar en conjunto con los psicólogos, es la intervención sobre sospechas de maltrato infantil. Cuando llega un paciente a internación con magulladuras o con lesiones, primero interviene el médico, que es quien elabora el pedido de intervención psicológica. El asistente social, en grupo generalmente, acompañado por psicólogos, realiza sus intervenciones, administra una entrevista psicosocial. Hecho esto, se vuelve al departamento y se planifica en conjunto el procedimiento a seguir. Siempre en función de una solución integral, dado que hay ciertas circunstancias en las que no se puede intervenir de manera rápida y brusca aunque se quiera. Por ejemplo, en casos de abusos de menores, si uno realiza una denuncia apenas detecta el hecho, puede que esto alerte al padre o tutor abusador y retire al niño de la internación sin el consentimiento previo del equipo.

En niños y adolescentes que llegan a internación en situación de calle, es otra de las actividades en las que el trabajo con un psicólogo es fundamental. En este caso, el trabajo con adolescentes requiere de un conocimiento específico, pues son sujetos que están en periodos de cambios muy radicales, sumado a la situación conflictiva que les toca vivir, da como resultante una situación compleja que si o si debe ser abordada de manera integral con psicólogos.

Al igual que en estos casos anteriores, el psicólogo interviene en un amplio abanico de situaciones como ser. Situaciones familiares conflictivas, niños/as y adolescentes sin referente adulto, madre/padre adolescente en situación de vulnerabilidad, personas con enfermedades infectocontagiosas, patologías crónicas, discapacitantes, o terminales, problemáticas relacionadas con la discapacidad, consultas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, contención y orientación de los familiares ante diagnósticos, internación y fallecimiento, orientación psicosocial. En este sentido su campo de acción es muy amplio, pero también debe adaptarse a lo que el servicio ofrece.