

X BECAS ANPIR 2014-2015 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN  
CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJEROS

## **Memoria de Rotación Externa**

**Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”**

**Buenos Aires, Argentina**



**Atención psicológica en Neonatología**

---

**Bárbara Morer Bamba**

**PIR-4 Hospital Universitario Miguel Servet**

**Enero-Marzo de 2015**

---

## ÍNDICE

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b>                                                          | <b>2</b>  |
| <b>2. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO</b>                                              | <b>3</b>  |
| 2.1 LA SALUD EN ARGENTINA                                                       | 3         |
| 2.2 LA SITUACIÓN DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA                                  | 5         |
| <b>3. CENTRO DE DESTINO: HOSPITAL DE PEDIATRÍA “PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN”</b> | <b>7</b>  |
| 3.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES                                                   | 7         |
| 3.2 SERVICIO DE NEONATOLOGÍA                                                    | 8         |
| 3.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL                                                    | 9         |
| <b>4. ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN NEONATOLOGÍA</b>                                  | <b>12</b> |
| 4.1 LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN NEONATOLOGÍA                         | 12        |
| 4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL HOSPITAL GARRAHAN          | 14        |
| <b>5. ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                | <b>17</b> |
| 5.1 OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN                                                    | 17        |
| 5.2 ACTIVIDAD CLÍNICA                                                           | 18        |
| 5.3 FORMACIÓN Y DOCENCIA                                                        | 19        |
| <b>6. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO</b>                                      | <b>20</b> |
| <b>7. VALORACIÓN PERSONAL</b>                                                   | <b>21</b> |
| <b>8. AGRADECIMIENTOS</b>                                                       | <b>23</b> |
| <b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                            | <b>24</b> |
| <b>10. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA EN CASTELLANO</b>                               | <b>26</b> |

## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha crecido de forma exponencial el número de recién nacidos prematuros (INE, 2014), así como los embarazos múltiples fruto del éxito de los tratamientos de fertilidad. Lo anterior, unido a los casos de recién nacidos con patologías congénitas, conlleva la hospitalización de numerosos casos en las Unidades de Neonatología.

El nacimiento de un niño con dificultades severas y en situación de riesgo vital genera un elevado nivel de angustia en la familia. En ocasiones los padres deberán afrontar la pérdida real del hijo recién nacido, teniendo que elaborar el duelo por su muerte. En otras, el duelo a elaborar será el de la pérdida del bebé sano que no han tenido.

La hospitalización de un recién nacido implica una serie de condiciones generadoras de un importante estrés parental. El manejo inadecuado del estrés y el duelo puede generar en los padres sintomatología ansiosa y depresiva, siendo la madre más vulnerable en este aspecto, así como dificultades en la vinculación emocional con su hijo.

La prevención primaria y secundaria en Salud Mental en la primera infancia ha sido escasamente abordada en España por la tardanza en la aparición y desarrollo de equipos y profesionales específicos en nuestro país (García-Villanova, F., Cuellar-Flores, I., Eimil, B. y Palacios, I., 2013). En la misma línea, González (2010) señala el contraste entre la uniformidad y el consenso existente a nivel de las intervenciones médicas en neonatología y la diversidad o la escasa relevancia que se da a intervenciones sobre el desarrollo de los grandes prematuros. Como ejemplo de ello tenemos la falta de especialistas psicólogos o psiquiatras de la infancia temprana en bastantes Unidades de Neonatología, ya sea como personal de plantilla o como colaboradores desde la Salud Mental de Enlace e Interconsulta.

Resulta fundamental el apoyo psicológico a estas familias y sus bebés durante el tiempo que permanecen ingresados en las Unidades de Neonatología. Del mismo modo, es necesario realizar un diagnóstico y atención precoz de estos niños en situación de vulnerabilidad psicológica y/o biológica, y que pueden presentar algún tipo de discapacidad, siendo imprescindible el seguimiento posterior al alta de los neonatos.

En la presente memoria se expone la rotación en un Servicio que ofrece atención psicológica en Neonatología. La intervención psicológica es una más dentro de las intervenciones del equipo interdisciplinar que atiende a los recién nacidos en riesgo y sus familias. En contraste con lo que ocurre en nuestro país, en Argentina, y más

concretamente en la ciudad de Buenos Aires, hace décadas que los psicólogos clínicos trabajan en las Unidades de Neonatología. Se pretende poner la mirada al contexto, esbozando el sistema sanitario y la situación de la infancia en el país por considerarse aspectos fundamentales del aprendizaje en la rotación externa. Se describe el centro de destino, las actividades realizadas y aspectos teóricos relacionados con la experiencia. Para concluir se hace una breve reflexión sobre la aplicabilidad a nuestro contexto.

## **2. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO**

### **2.1. LA SALUD EN ARGENTINA**

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria (OMS, 2013).

La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja evolución. En la actualidad, el sistema de salud en Argentina resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el Público, el de Seguridad Social, llamado de Obras Sociales, y el Privado. Esta conformación del sector le imprime al área de salud una lógica particular, puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios de brindan y el origen de los recursos con los que cuentan (Acuña y Chudnovsky, 2002).

El subsistema público provee servicios de salud gratuitamente a través de la red de hospitales y centros de salud públicos con recursos provenientes del sistema impositivo. Esta cobertura de carácter gratuito es un derecho de la totalidad de los habitantes del país, si bien la población que utiliza exclusivamente los servicios públicos es aquella que no cuenta con un seguro, es decir, grupos sociales de bajos ingresos y con escasez de recursos. Se estima que el subsistema público cubre al 36% de la población sin Obra Social o medicina prepaga (Giovanella, 2013). Todo ciudadano tiene derecho a recibir una cobertura básica, aunque ésta resulta muy diferente dependiendo del lugar del país donde resida.

El subsistema de Obras Sociales cubre a los afiliados obligatorios que se encuentran en relación laboral de dependencia, jubilados y sus familiares dependientes. Este subsistema se financia mediante contribuciones obligatorias sobre los salarios de empleados y empleadores. Cada trabajador realiza aportes en función de su nivel salarial y esto determina los niveles de cobertura sanitaria a los que el

trabajador y su familia tiene acceso. Casi la mitad de la población (46%) está cubierta por las Obras Sociales (Giovanella, 2013).

El subsector privado presta servicios a los afiliados a las Obras Sociales, a los usuarios que abonan a en forma particular y otras modalidades de seguro mediante instituciones que brindan servicios de salud como clínicas, sanatorios o institutos diagnósticos. La cobertura privada exclusiva por medicina prepaga se estima en el 5% de la población (Giovanella, 2013), resultando el segmento poblacional de mayores ingresos.

La falta de integración con los subsectores público y privado y la fragmentación existente en el interior de cada uno de ellos suponen rasgos característicos del sistema. La particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica han contribuido, durante los últimos años, a ahondar aún más la fragmentación del sistema (Cetrángolo y Devoto, 2002).

Esta fragmentación implica importantes diferencias de atención sanitaria dependientes del nivel socioeconómico y la ubicación geográfica, lo cual supone una importante desigualdad y falta de equidad en el acceso a la salud de la población. El derecho a la salud queda vulnerado en su faceta universal.

Si el acceso a la atención sanitaria básica se complica en algunos casos, en mayor medida sucede en la atención a la Salud Mental, que se encuentra, si cabe, más fragmentada. Con un predominio de la atención especializada hospitalaria e institucional, en detrimento de la atención primaria y comunitaria.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, en los países desarrollados entre el 35 % y el 50 % de las personas que requieren atención en Salud Mental no la reciben. En los países llamados *en vías de desarrollo*, esta cifra asciende al 76 %, llegando al 85 % (OPS, 2009). En cuanto a Latinoamérica, en octubre de 2010 la OPS promovió el Consenso de Panamá, en el que se reafirmó la necesidad de fortalecer este modelo de atención comunitaria en Salud Mental y se planteó el compromiso de todos los países de América Latina de asegurar la erradicación de los manicomios en la próxima década.

En Argentina, se viene impulsando desde el Estado y desde distintas organizaciones de la sociedad civil un proceso de transformación del sistema de Salud Mental en esta línea. Con la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental en el 2010 y su decreto reglamentario en 2013, y del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 se configura un nuevo escenario que tiene como objetivos fortalecer la red de servicios con base en la

comunidad a través de la promoción de la Salud Mental en los centros de atención primaria; la apertura de servicios de Salud Mental en los hospitales generales; el desarrollo de dispositivos habitacionales y laborales y todos aquellos dispositivos intermedios que colaboren para lograr la efectiva inclusión social de todas las personas con padecimiento mental y problemáticas de adicciones (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015). La aprobación de la nueva ley supone un desafío para los equipos de Salud Mental, y no ha quedado exenta de numerosas críticas y dificultades de cumplimiento en el quehacer cotidiano de los profesionales.

En el país se registran 324 establecimientos con internación especializados en Salud Mental, Neuropsiquiatría y/o Adicciones, con 20.113 camas, con gran concentración en el sector privado: 300 establecimientos pertenecen al sector privado; 2 pertenecen al sector público nacional y 34 al sector público provincial.

La cartera de servicios contiene un conjunto de prestaciones obligatorias de Salud Mental, a saber: acciones de promoción de la Salud Mental; actividades preventivas específicas para la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil; atención ambulatoria hasta 30 visitas por año; internación hasta 30 días por año para patologías agudas en la modalidad institucional u hospital de día (Giovannella, 2013).

Las personas atendidas en los recursos de salud públicos presentan importantes dificultades sociales que hacen necesario un abordaje holístico e interdisciplinar.

## **2.2. LA SITUACIÓN DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

Argentina se enfrenta a importantes desafíos para mejorar la calidad de vida de su población, especialmente de los niños, niñas y adolescentes. La situación de la infancia y la adolescencia puede analizarse sobre la base de las brechas existentes entre la realidad actual y el cumplimiento pleno de los compromisos asumidos por el país, teniendo en cuenta lo contemplado en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La CDN considera a todos los niños, niñas y adolescentes sujetos de derecho (UNICEF, 2015).

Existe en Argentina un crecimiento económico desigual en diversos grupos poblacionales, en algunos segmentos no se accede a los servicios básicos de salud y educación, la movilidad social es escasa y el acceso a instancias de protección administrativas o jurídicas es desigual. De este modo, encontramos nuevas formas de polarización social en los ámbitos urbanos y rurales, así como una notable heterogeneidad en la inversión social en infancia entre las provincias y la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires (UNICEF, 2015). Este contexto aumenta la vulnerabilidad de niños y adolescentes.

Como ejemplo de los altos índices de inequidad encontramos que el lugar de nacimiento impacta en el riesgo de muerte en niños y niñas del país, existiendo una gran desigualdad entre provincias. En 2011 la tasa de mortalidad infantil menor al año fue del 11,7%, 8.878 niños menores de 1 año fallecieron ese año. Las diferencias entre provincias oscilan desde una tasa del 21,2‰ en la provincia de Formosa, hasta el 7,1‰ de Tierra del Fuego (Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 2013). En el mismo año en España la tasa de mortalidad infantil fue de 3,2‰ (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Los recién nacidos prematuros están desproporcionadamente afectados en este índice. La tasa de mortalidad neonatal, considerando las muertes en bebés de menos de 28 días de vida, fue de 7,5‰ en 2012, lo que representa un total de 5.541 muertes. De éstos, 2.848 fueron recién nacidos con un peso menor a 1.500 gramos. Más del 60% de las muertes neonatales son evitables (Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2013).

La prematuridad se ha relacionado, entre otros factores de riesgo, con la juventud de la madre. En Argentina hay una alta incidencia de madres adolescentes. En 2002 el 15% de los nacimientos en el país fue de madres de no más de 19 años, y entre ellas, hubo 3270 niñas madres de menores de 15 años (González García, 2004).

El contexto socioeconómico aumenta la vulnerabilidad de la población adolescente, que se encuentra con dificultades para permanecer e integrarse al sistema educativo, limitándose las oportunidades laborales y proyectos a futuro. Existen aproximadamente 720 mil jóvenes en el grupo etario de 5 a 17 años de edad que han abandonado el sistema educativo y que se encuentran en situación de riesgo y vulnerabilidad (UNICEF, 2015).

Por otra parte, según datos del año 2006, un 40,9% de los niños y niñas y adolescentes argentinos vive en hogares pobres y un 14,3% en hogares indigentes. En algunas provincias casi el 70% de niños menores de 18 años vive en la pobreza (UNICEF, 2015).

El contexto descrito supone una situación de riesgo para muchos niños y adolescentes, así como un medio poco protector ante situaciones de maltrato y abuso.

### **3. CENTRO DE DESTINO: HOSPITAL DE PEDIATRÍA “PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN”**

#### **3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES**

El Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” de Buenos Aires es un hospital público de alta complejidad destinado a la atención de recién nacidos, niños y adolescentes de entre 0 y 15 años. Si bien se atiende a pacientes de hasta 18 años. Es el centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento de las patologías infantiles más complejas de Argentina.

Desde su inauguración, el 25 de agosto de 1987, el Hospital Garrahan se encuentra comprometido con los valores de ética, equidad, accesibilidad y calidad, con el objetivo de brindar la mejor calidad de atención a todos los niños de Argentina. Se caracteriza por un alto grado de especialización de los recursos humanos, equipamiento de última generación y una atención basada en cuidados progresivos. El Hospital pretende realizar un abordaje integrador de los pacientes por medio de la coordinación de pediatras clínicos, que permita considerar a cada niño desde múltiples perspectivas, considerando el cuidado de sus aspectos sanos.

Cada año, se realizan más de 400 mil consultas y 10 mil cirugías, y egresan alrededor de 22 mil pacientes. El hospital está ubicado en la zona sur de la Capital Federal, y ocupa un área de 110 mil metros cuadrados. Dispone de 513 camas, de las cuales más de 130 son de terapia intensiva. Cuenta con un Centro de Atención Integral del Paciente Oncológico, 18 quirófanos, área de Trasplantes, Neonatología y Unidad de Quemados.

La terapia intensiva del Hospital Garrahan posee actualmente 145 camas, agrupadas en distintas subespecialidades: neonatal, cardiovascular, neuroquirúrgica, quemados, inmunosuprimidos y polivalente. Es la terapia intensiva pediátrica pública más importante del país: en el año 2013 hubo en el conjunto de todas las subespecialidades un total de 3.419 egresos (Hospital Garrahan, 2014).

El área de docencia e investigación del Hospital coordina la actividad de investigación y producción de conocimiento tanto para sus recursos humanos como para profesionales, técnicos y administradores de salud de todo el país. Desde allí, el Garrahan aporta a la formación de agentes calificados, capacitando a alrededor de 1200 residentes por año. Aunque no cuenta con residentes de Salud Mental.

Los pacientes que son atendidos en el hospital acuden desde todos los lugares del país. Esto conlleva varias cuestiones: por un lado, las familias deben desplazarse desde áreas geográficas muy lejanas (hasta 3000 Km.) para que atiendan a su hijo, y posteriormente permanecer en la ciudad si éste es hospitalizado; por otro acuden

pacientes con bajos recursos económicos y situaciones sociales complejas. La situación se complica enormemente si se dan estas dos condiciones.

Para facilitar el tratamiento de los niños la Fundación Garrahan cuenta con la Casa Garrahan, un hogar para los niños, junto a sus madres, que residen a más de 100 kilómetros de la Ciudad de Buenos Aires y se atienden en los hospitales Elizalde, Garrahan o Gutiérrez, mientras cumplen tratamientos médicos ambulatorios o esperan diagnósticos de complejas enfermedades que no requieren internación. Asimismo, dentro del hospital se encuentra la Casa de Ronald McDonald, con el nombre de *Sala de Padres de Terapia Intensiva*, que brinda diariamente alojamiento y contención a 90 familiares de pacientes ingresados en terapia intensiva. Estos programas tienen como propósito generar mayor bienestar a estos padres para acompañar de mejor modo la internación de sus hijos.

### **3.2. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA**

Según datos del Hospital Garrahan (2015) el 60% de la mortalidad infantil se produce antes de los 28 días de vida y el 25% de estas muertes se producen por malformaciones congénitas. Entre el 6% y 7% de los nacidos vivos tiene alguna malformación. El desarrollo de la terapia prenatal surge como resultado de la combinación de avances técnicos relacionados con el aumento de los diagnósticos de las malformaciones fetales y con el incremento progresivo de la demanda social.

El conocimiento temprano de las anomalías fetales y el seguimiento exhaustivo de las mismas, permite analizar las consecuencias clínicas y planificar tratamientos para mejorar el pronóstico y la mortalidad de los niños con malformaciones o enfermedades congénitas. Para ello es fundamental el tratamiento interdisciplinar.

El Área de Neonatología del Hospital Garrahan es un Servicio de alta complejidad que atiende aproximadamente 650 recién nacidos por año y cuenta con 20 camas en Cuidados Moderados y 41 en Cuidados Intensivos (UCIN). El Área de Cuidados Intensivos Neonatales es una unidad de referencia donde se asisten neonatos con patologías de alta complejidad y más del 50% de los niños presentan malformaciones congénitas severas. Estos pacientes, deben ser atendidos desde la gestación por equipos multidisciplinarios para optimizar los tratamientos y ofrecer las mejores posibilidades de recuperación (Hospital Garrahan, 2015).

El Hospital cuenta con el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Fetal, también unidad de referencia, donde se asisten embarazos complicados por malformaciones fetales, siendo pionera en Latinoamérica. Es el único hospital público de niños de alta complejidad que cuenta con un programa de estas características y se desarrolla en

forma conjunta con la Maternidad R. Sarda y el Hospital C. Argerich (Hospital Garrahan, 2015).

En este Servicio en particular el 33% de los niños son derivados del interior del país, es decir, de provincias distantes, y el 60% del conurbano bonaerense. Para las familias que deben desplazarse, dejando sus hogares e incluso a otros hijos pequeños, la hospitalización resulta, si cabe, más estresante y angustiosa.

El Área de Neonatología dispone de una psicóloga clínica con dedicación exclusiva a esta unidad. La psicóloga clínica que realiza la función de atención a los neonatos y sus familias es Daniela Marín, quién pertenece al Servicio de Salud Mental del Hospital.

### **3.3. SERVICIO DE SALUD MENTAL**

El Servicio de Salud Mental del Hospital Garrahan tiene por objetivos participar en la atención integral del paciente y su familia, promover la reflexión interdisciplinaria acerca de la tarea y colaborar en el cuidado de la Salud Mental de los integrantes de la Institución.

Es un Servicio con dedicación exclusiva a la Interconsulta hospitalaria y Salud Mental de Enlace, atiende a los pacientes con enfermedades físicas y con trastornos mentales o problemas psicosociales asociados, y a sus familias. Es un modelo de salud biopsicosocial y se trabaja desde una perspectiva interdisciplinar para atender al paciente de forma global.

El Servicio de Salud Mental lo compone un equipo formado por psiquiatras, psicólogos clínicos y psicólogos. La Jefatura de Servicio está a cargo de la Dra. Menéndez. El Servicio cuenta con una planta permanente de 7 psicólogos clínicos y 9 psiquiatras. A los facultativos se les llama “asistentes” en contraposición a los “becarios”. También cuenta con 6 becarios asistenciales psicólogos, que pueden haber realizado la residencia o no, y un becario de investigación, también psicólogo. El Servicio coordina la Sala de Juegos Terapéutica que es atendida por 10 psicólogos *ad honorem*.

En Argentina existe, al igual que en nuestro país, la formación sanitaria especializada vía sistema de residencia. Se contempla las especialidades de Psicología Clínica y Psicología Clínica Infanto-juvenil, lo mismo ocurre con las especialidades de Psiquiatría. El Servicio de Salud Mental del Garrahan no cuenta con residentes de Psicología ni de Psiquiatra. Sí realiza formación a través del sistema de becas de perfeccionamiento y de investigación, al que se accede a través de contratación del

Servicio. Las labores del becario son similares a las del residente, aunque con mayor autonomía. El trabajo es remunerado y tiene una duración de dos años.

Respecto a los recursos físicos, el Servicio cuenta con 6 consultorios y 5 oficinas. La mayoría de los despachos se comparten entre varios miembros del equipo.

La demanda asistencial proviene tanto de las consultas médicas ambulatorias como de las plantas de hospitalización. A nivel ambulatorio se realizan interconsultas desde Clínica Médica, la Medicina de Familia de nuestro país, Especialidades clínicas y quirúrgicas, Urgencias, Hospital de Día Oncológico y Hospital de Día Polivalente. La demanda desde la hospitalización proviene de Salas de internación (cuidados intermedios y moderados para diversa patología), Unidades de Cuidado Intensivo, Servicio de Neonatología, Unidad de Quemados, Unidad de Trasplante Renal, Unidad de trasplante de Médula Ósea y Hospital de Día Polivalente.

El Servicio de Salud Mental se caracteriza por la amplitud de programas de enlace instaurados. Estos programas están concebidos como verdaderos Equipos Interdisciplinarios. A continuación se citan los distintos Equipos Interdisciplinarios del hospital en los que participa uno o más miembros de Salud Mental:

- Prevención en cirugía.
- Seguimiento de recién nacido de alto riesgo.
- Adolescentes diabéticos de alto riesgo.
- Enfermedades oftalmológicas, principalmente retinoblastoma.
- Genitales ambiguos.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Enfermedad fibroquística del páncreas.
- Enfermedades reumatológicas.
- Mielomeningocele.
- Enfermedades neuromusculares.
- Cirugía de la epilepsia.
- Fragilidad del cromosoma X.

Por otro lado destacan las actividades grupales para los niños enfermos y sus familias, así como para los padres de niños hospitalizados o en seguimiento ambulatorio en el hospital. Algunas de las actividades grupales llevadas a cabo por miembros del equipo de Salud Mental son las siguientes:

- Padres de pacientes oncológicos.
- Padres de pacientes en espera de trasplante hepático.
- Padres de pacientes ingresados en Neonatología.
- Padres de niños ingresados en la Unidad de Quemados.
- Padres de niños con fragilidad del cromosoma X.
- Familias y niños con cardiopatías congénitas.
- Familias y niños con VIH-Sida de diagnóstico reciente.
- Familias y niños con asma.
- Niños celíacos.
- Adolescentes con enfermedades oncológicas.
- Adolescentes trasplantados hepáticos.
- Adolescentes diabéticos.

El Servicio dispone de la citada Sala de Juegos Terapéutica. Una de las psicólogas clínicas se encarga de la coordinación de la sala y de los 10 psicólogos que la asisten en turnos de mañana y tarde. Los psicólogos de Sala de Juegos llevan a cabo la actividad *ad honorem*, de forma no remunerada, ya que la asistencia está contemplada como parte de un programa de formación de postgrado práctico.

La Sala de Juegos Terapéutica brinda un espacio dentro del hospital con aquello conocido: el Juego. Se considera al juego como una herramienta privilegiada de expresión y elaboración. El juego es estructurante del psiquismo del niño y a su vez le permite elaborar la situación traumática, haciendo activo lo que vive pasivamente en la internación y en su enfermedad. El espacio lúdico le permite movilizar la angustia y activar mecanismos defensivos que se adecuen a los acontecimientos que debe enfrentar (Hospital Italiano, 2015).

Las Salas de Juegos terapéuticas son frecuentes en los hospitales de Buenos Aires. La Dra. Bárbara Fulfor, psicóloga canadiense, exportó e introdujo la Sala de Juegos Terapéutica en Argentina. La primera Sala de Juegos se creó en el Hospital Italiano. Posteriormente se abrieron, además de en el Hospital Garrahan, Salas de Juegos Terapéuticas en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Hospital de Niños Dr. Pedro E. Elizalde y Hospital Fernández.

Otra de las actividades asistenciales del Servicio es la atención de urgencia, a modo de guardia durante la jornada laboral. Las guardias las realiza un asistente, psicólogo clínico o psiquiatra, y un becario. Se trabaja en estrecha colaboración con Servicio Social (Equipo de Trabajo Social). Las demandas de urgencia más frecuentes son:

- Sospecha de Maltrato y/o Abuso sexual.
- Sospecha de Síndrome de Münchausen por poderes.
- Diagnóstico diferencial: Episodio psicótico, Pseudocrisis conversivas.
- Crisis emocionales.

El trabajo conjunto con Servicio Social es algo reseñable en el funcionamiento del Servicio. Debido a las características socioeconómicas desfavorecidas de numerosos pacientes, Salud Mental y Servicio Social comparten un porcentaje importante de casos. Se trabaja como equipo interdisciplinar, se realizan reuniones antes y después de entrevistar a los pacientes, y muy frecuentemente las entrevistas son conjuntas. De este modo se interviene de un modo eficiente y se evita a los pacientes la repetición de datos y narraciones a varios equipos.

#### **4. ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN NEONATOLOGÍA**

##### **4.1. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN NEONATOLOGÍA**

El papel del psicólogo clínico en el Servicio de Neonatología es acompañar y atender a la díada madre-hijo, a la familia del recién nacido hospitalizado y también, de ser necesario, brindar contención al equipo de salud de neonatología y ginecoobstetricia (Izzedin-Bouquet, 2011).

La intervención psicológica tiene como objetivo apoyar la habilitación parental, en las funciones parentales y el establecimiento de un vínculo de calidad, y debe abordar los siguientes aspectos (Brazelton, 2001; García-Villanova et al., 2013):

- Detección de factores de riesgo (en los padres y el hijo/a) para el desarrollo de un vínculo temprano de calidad.

- Detección temprana de déficit y retrasos madurativos en el bebé.
- Favorecer la contención y facilitar la creación de una matriz de apoyo para los padres.
- Facilitar las capacidades parentales de identificación y anticipación de las características, competencias y necesidades del bebé.
- Facilitar las capacidades parentales de sostén, regulación emocional y estimulación óptima del menor.

Desde la experiencia obtenida en distintos programas en nuestro país se hace evidente que todo niño con un riesgo biológico y/o emocional elevado requiere un abordaje multidisciplinar que incluya, por protocolo, la atención en Salud Mental desde el inicio (Palacios et al., 2013), algo que no siempre sucede.

La finalidad de la intervención psicológica es fortalecer los recursos y minimizar el impacto de las vulnerabilidades del bebé, su familia y su entorno para favorecer el desarrollo óptimo de éste en todas las esferas. Para ello es esencial realizar acciones preventivas que tengan en cuenta los factores de riesgo y los de protección presentes en el neonato y su familia. Tener en cuenta estos factores implica un abordaje psicológico especializado y continuado (Eimil et al., 2013).

En su experiencia en el Hospital Garrahan, Daniela Marín y Célica Menéndez (2011) señalan la importancia de atender a los padres de los neonatos hospitalizados desde una perspectiva psicológica, ya que el manejo inadecuado del estrés, puede llevar al desencadenamiento y evolución de síntomas psicológicos entre los que destacan la ansiedad y la depresión. La persistencia de estos puede transformarse en un riesgo para el establecimiento de la relación con el niño y su ulterior desarrollo afectivo y neuromadurativo.

La madre cumple la primera función de regular los estados fisiológicos y emocionales del bebé, constituyéndose en figura de apego. Se requiere regulación emocional por parte del adulto para calmar la excitación excesiva, compartir alegrías, calmar el malhumor y no transmitir ansiedad. La capacidad de regulación emocional ha sido ampliamente descrita por varios autores y considerada como un factor esencial para la Salud Mental del niño. Por ello, resulta imprescindible el soporte emocional del cuidador principal del recién nacido (Marín y Menéndez, 2011).

En su estudio, Marín y Menéndez (2011) encuentran que algunos de los aspectos señalados por las madres como de mayor dificultad en relación con las condiciones y prácticas de la internación en UCIN son: "la presencia de tubos", "vías y cables", "no

poder alimentarlo", "saber que el bebé está grave", "no sentirse útil para ayudar al bebé" y "no poder sostenerlo".

Las autoras consideran que en toda intervención es importante presentar a las madres las características de la dinámica de la hospitalización, anticipando posibles situaciones estresantes como cirugías, procedimientos invasivos o empeoramiento clínico. Señalan la importancia de procurar que la madre identifique su lugar protagónico en el cuidado de la salud de su hijo. Este último punto resulta relevante si tenemos en cuenta que en su estudio, uno de los factores de estrés más reseñables en cuanto a la relación de la madre con el equipo de salud es el sentimiento de que los médicos y enfermeras son mas importantes para su hijo que ellas mismas (Marín y Menéndez, 2011).

De los resultados obtenidos en el estudio se plantea "la necesidad de intervenir en relación con el equipo de salud, promoviendo la comprensión empática de la vivencia de enfermedad y el conocimiento de los procesos que viven las familias que asistimos" (Marín y Menéndez, 2011, p.7).

Numerosos autores indican que el apoyo que las madres sienten por parte de los profesionales del equipo de salud resulta atenuante para la aparición de estrés, por lo que facilitar los canales de comunicación de la familia entre si, y entre ésta y el Equipo de salud, favorece la alianza terapéutica. El apoyo psicológico a las familias se convierte en un elemento básico para la mejora de la calidad de vida del niño y su familia. Sin la atención a los aspectos psico-afectivos, los cuidados técnicos y médicos serían insuficientes para garantizar el bienestar integral de los recién nacidos y sus padres (Marín y Menéndez, 2011).

#### **4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL HOSPITAL GARRAHAN**

La atención a los recién nacidos con patología y sus familias se conceptualiza desde el Área de Neonatología como un programa de cuidados centrados en la familia. Se fomenta la permanencia de los padres en UCIN al lado de sus hijos durante el día y el alojamiento en la Casa Ronald McDonald junto a la unidad; la hospitalización conjunta de los recién nacidos junto a sus madres en Cuidados Moderados; la participación de los padres en los cuidados de su hijo; así como en distintos talleres preventivos.

Un aspecto fundamental dentro del programa de cuidados centrados en la familia es el apoyo psicológico a los padres durante la internación. Los neonatólogos solicitan interconsultas a la psicóloga clínica de la unidad a través de peticiones formales

escritas o verbales. Los motivos de consulta por los que se solicita colaboración con mayor frecuencia son los siguientes:

- Dificultades en el vínculo madre-bebé.
- Dificultades de afrontamiento de la enfermedad del recién nacido y/o de la hospitalización.
- Enfermedad mental o adicciones de la madre.
- Problemática psicosocial que dificulta la crianza del niño.
- Duelo por muerte inminente.
- Dificultades del equipo médico en la comunicación con la familia.

Dentro de las actividades grupales citadas en la descripción del Servicio de Salud Mental encontramos las Reuniones de Padres de Recién Nacidos Hospitalizados en Neonatología. El grupo lo coordina la psicóloga clínica de la unidad, y también participan como co-terapeutas una psicóloga becaria y una enfermera de neonatología. La frecuencia de las reuniones es semanal, y a ellas asisten los padres de recién nacidos ingresados en UCIN y en Cuidados Moderados.

Las reuniones de padres tienen por objetivo ofrecer a los progenitores un espacio compartido de expresión de angustias y dificultades, así como la contención emocional. La consigna del grupo es compartir la experiencia de la hospitalización entre padres. Algunos de los factores terapéuticos detectados en las reuniones grupales son los siguientes:

- Experimentar situaciones similares, sentirse comprendido desde lo vivencial.
- Darse cuenta de que no son los únicos en experimentar ciertas emociones y pensamientos generadores de culpa.
- Contención y apoyo entre padres.
- Esperanza. Momentos distintos de la enfermedad.

Los aspectos que aparecen, se repiten y trabajan a lo largo de las reuniones tienen que ver con las dificultades iniciales del vínculo con el bebé ingresado en UCIN; la importancia de los cuidados de los padres para el bebé, sentimientos de incapacidad a respecto; la madre como reguladora de los estados del niño; angustia y temores ante la enfermedad, muerte y discapacidad; la culpa por el bebé enfermo; la culpa por los otros hijos que se dejan, sentimientos de abandonar a sus hijos; los cuidados del

cuidador, el agotamiento; y las dificultades de comunicación con el personal médico y de enfermería, hacia los que frecuentemente se desplazan los sentimientos de rabia e impotencia.

También ha sido citado el programa de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo llevado a cabo por un equipo interdisciplinario. Este equipo lo componen neonatólogos, pediatras clínicos, enfermeras, kinesiólogas, trabajadoras sociales, psicóloga clínica asistente y psicóloga becaria. Consiste en realizar un seguimiento de todos los niños con patología compleja que han sido hospitalizados en UCIN o Cuidados Moderados y se encuentran de alta en sus domicilios. Respecto a la asistencia psicológica el seguimiento se realiza como mínimo durante los dos años posteriores al nacimiento, ampliándose éste siempre que sea necesario. También se realiza el seguimiento de recién nacidos de mediano riesgo.

La población atendida en Neonatología del hospital tiene una serie de características que pueden dificultar el afrontamiento de la enfermedad y hospitalización, así como del vínculo y la crianza, a saber:

- Madres y padres adolescentes y jóvenes.
- Madres solteras.
- Escasez de recursos económicos.
- Falta de apoyo social.
- Embarazos no controlados.
- Desplazamiento desde otras provincias.
- Aborto no legalizado.
- Enfermedades de baja incidencia.

Estos aspectos suponen un mayor reto para los profesionales, siendo fundamental el trabajo en equipo, la flexibilidad y la creatividad en las intervenciones.

## 5. ACTIVIDADES REALIZADAS

### 5.1. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

El objetivo principal de la rotación en el Área de Neonatología del Hospital Garrahan de Buenos Aires ha sido la adquisición de conocimientos teórico-prácticos sobre la problemática de los recién nacidos con dificultades y sus familias. La elección del centro tiene que ver con conocer la intervención psicológica en unidades de neonatología con una larga trayectoria de trabajo interdisciplinar y con un equipo sensibilizado con los aspectos emocionales en la atención a los neonatos y sus padres.

Los objetivos específicos serían los relacionados con la Interconsulta y Enlace en un hospital pediátrico de alta complejidad:

- Perfeccionar las actitudes, habilidades y conocimientos para la práctica de interconsulta con las diferentes especialidades médicas pediátricas.
- Adquirir las habilidades y conocimientos para el desarrollo de programas de enlace en pediatría, con intervenciones individuales, familiares y grupales.
- Ampliar conocimientos y desarrollar habilidades para realizar actividades y programas de enlace, interconsulta y apoyo a menores hospitalizados y sus familias.
- Adquirir habilidades para la práctica de la psicoprofilaxis quirúrgica en población infantil.
- Adquirir de las actitudes, habilidades y conocimientos para la práctica en la atención a los menores enfermos en la etapa final de la vida.
- Ampliar conocimientos para el tratamiento, apoyo y consejo psicológicos a las familias en los procesos de duelo.
- Adquirir estrategias de intervención con menores supervivientes de catástrofes como incendios o accidentes.
- Adquirir conocimientos de evaluación e intervención en maltrato y abuso sexual infantil.
- Conocer el funcionamiento de una Sala de Juegos Terapéutica en un hospital infantil.

Asimismo se contempla como objetivo de la rotación la adquisición y ampliación de conocimientos teóricos sobre psicoanálisis. Por ser ésta una orientación muy arraigada en la ciudad de Buenos Aires.

## 5.2. ACTIVIDAD CLÍNICA

La actividad fundamental de la rotación ha sido la asistencial. El horario de atención del Servicio es de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas. Para una aproximación a la organización semanal véase el Cronograma.

Durante el periodo de rotación he tenido la oportunidad de rotar con diferentes equipos y profesionales, aunque la principal actividad ha sido en Neonatología.

A continuación se citan las actividades asistenciales realizadas:

- Atención individual a padres de recién nacidos hospitalizados en UCIN y Cuidados Moderados.
- Participación en las Reuniones de padres hospitalizados en Neonatología.
- Atención a los niños y familias de Seguimiento de Alto Riesgo en Neonatología.
- Intervención individual y familiar en prevención de cirugía cardíaca.
- Profilaxis quirúrgica grupal para padres a través de medios audiovisuales.
- Atención y seguimiento de pacientes con cardiopatías.
- Atención individual y familiar en casos de retinoblastoma y tratamiento con enucleación.
- Intervención individual y familiar en casos de enfermedades hemato-oncológicas.
- Atención individual y familiar en pacientes ingresados en Unidad de Quemados.
- Participación en el grupo interdisciplinar de Clínica de la Alimentación.
- Participación en las guardias y asistencia de urgencia.
- Evaluación e intervención en los casos de maltrato y abuso sexual infantil.
- Participación en el programa de Educación para la Salud.
- Asistencia a la Sala de Juegos Terapéutica.

También se realizaron actividades de coordinación y reuniones entre profesionales:

- Participación en las reuniones interdisciplinarias en Neonatología.
- Participación en los ateneos de casos de Neonatología.
- Participación en la Comisión de Ética del Hospital.
- Participación en reuniones del Servicio de Salud Mental.
- Participación en reuniones interdisciplinarias con profesionales de Servicio Social y diversas especialidades médicas.
- Coordinación con recursos extra-hospitalarios.
- Participación en reuniones de Sala de Juegos Terapéutica.

| CRONOGRAMA              |                                            |                                                              |                                                                  |                                                                |                          |
|-------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|                         | LUNES                                      | MARTES                                                       | MIÉRCOLES                                                        | JUEVES                                                         | VIERNES                  |
| <b>8:00- 11h.</b>       | Actividad<br><u>asistencial</u><br>Guardia | Supervisión<br>casos<br>becarios<br>Actividad<br>asistencial | Actividad<br><u>asistencial</u><br>Clínica de la<br>alimentación | Reunión<br><u>interdisciplinar</u><br>Actividad<br>asistencial | Reunión<br>del Servicio  |
| <b>11- 12:30<br/>h.</b> | Actividad<br><u>asistencial</u><br>Guardia | Seguimiento<br>RN alto<br>riesgo                             | Reunión de<br>padres<br>Neonatología                             | Actividad<br><u>asistencial</u><br>Educación<br>para la salud  | Actividad<br>asistencial |
| <b>12:30-13<br/>h.</b>  | Almuerzo                                   | Almuerzo                                                     | Almuerzo                                                         | Almuerzo                                                       | Almuerzo                 |
| <b>13- 16 h</b>         | Actividad<br><u>asistencial</u><br>Guardia | Actividad<br><u>asistencial</u><br>Sala de<br>Juegos         | Ateneo<br><u>interdisciplinar</u><br>Actividad<br>asistencial    | Comisión de<br><u>ética</u><br>Actividad<br>asistencial        | Actividad<br>asistencial |

### 5.3. FORMACIÓN Y DOCENCIA

La rotación externa se realizó durante los meses de enero, febrero y marzo, que coincide con el verano argentino y por tanto con el período vacacional. Durante este período las actividades formativas del Servicio de Salud Mental se detienen. Durante la estancia no pude asistir a ateneos clínicos u otras actividades docentes, aunque sí tuve la oportunidad de participar en sesiones de supervisión de casos para becarios por parte de una de las psicólogas asistentes del Servicio.

Buenos Aires es una ciudad con una amplia oferta formativa en Psicología, Psicoanálisis y Salud Mental. Cabe destacar que la formación resulta mucho más accesible económicamente que en nuestro país. A pesar de encontrarme en la ciudad en periodo estival, cuando la oferta se reduce, asistí a varios cursos así como a un congreso internacional, a saber:

- Curso "Lo que no se sabe: la Adolescencia hoy" (4,5 h.). *Fundación Causa Clínica. Buenos Aires, 15, 22 y 29 de enero de 2015.*
- Curso "Actualización de la Neurosis Obsesiva" (4,5 h.). *Fundación Causa Clínica. Buenos Aires, 18 y 25 de febrero y 4 de marzo de 2015.*
- Curso "La psicosis: estructura y contingencia" (4,5 h.). *Fundación Causa Clínica. Buenos Aires, 24 de febrero, 3 y 10 de marzo de 2015.*
- Primer Congreso Internacional IPA-FEPAL. "Psicoanálisis con Parejas y Familias. Perspectivas alrededor del mundo". *Buenos Aires, 9, 10 y 11 de abril de 2015.*

También tuve la oportunidad de asistir a los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar en la Fundación "María Luisa Mitre" los jueves por la tarde, abiertos a todas las personas que quieran participar en ellos.

## **6. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO**

En nuestro país se constata un aumento de la tasa de prematuridad en los últimos años (INE, 2014). Los avances médicos obstétricos y neonatales en los países desarrollados permiten la supervivencia de recién nacidos cada vez más inmaduros. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros, y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con las repercusiones familiares y sociales que conlleva. Los avances científicos no han venido aparejados de la inclusión de profesionales que atiendan los aspectos psico-afectivos de los recién nacidos y sus familias.

El nacimiento de un recién nacido en riesgo vital supone una vivencia traumática, la realidad nos confronta con la enfermedad y la muerte cuando se espera la vida. El temor a la muerte, el duelo por la pérdida del bebé sano esperado, la angustia por las posibles secuelas y la culpa por la separación y la enfermedad son aspectos susceptibles de intervención psicológica. En estas condiciones resulta fundamental intervenir para favorecer el vínculo materno-filial y asentar las bases para una estructura psíquica saludable. La intervención en un momento crítico y durante un período tan sensible como son los primeros años de vida supone la mejor prevención en Salud Mental.

Se hace necesario un seguimiento a estos niños desde diferentes especialidades y desde una orientación interdisciplinar. La atención precoz es prioritaria para el desarrollo global de estos niños. En ocasiones, no se atiende a los aspectos psíquicos y vinculares hasta que los niños son más mayores y empiezan a mostrar sintomatología. Por ello, el incluir la figura del Psicólogo Clínico en las Unidades de Neonatología, ya

sea como un miembro más del equipo interdisciplinar, o como un interconsultor en un programa de enlace, resulta fundamental para la intervención precoz en estos casos.

El Hospital Universitario Miguel Servet (H.U.M.S.), en el que he realizado la residencia en Psicología Clínica cuenta con un Hospital Materno-Infantil de referencia en Aragón para embarazos de alto riesgo así como unidades neonatales denominadas de nivel III, es decir, de alta especialización, y actúa como centro de referencia autonómico.

La Unidad de Neonatología del H.U.M.S. cuenta con una UCIN, con 14 unidades con equipos de cuidados de alto riesgo; y una Unidad de Cuidados Intermedios, con 8 cunas de nivel 2, otras 24 de nivel 1 y cinco de aislados. Estas Unidades no ofrecían entre sus servicios la atención psicológica especializada hasta el año 2014, en el que se inicia un proyecto de Atención Psicológica al Neonato y sus familias. Este proyecto tiene como objetivo la intervención psicológica con las familias, la detección de factores de riesgo y seguimiento de los recién nacidos, y la contención y dotación de recursos de los profesionales.

Desde 2016 el Programa de Atención Psicológica al Neonato y sus familias constituye un programa estable y las actividades se realizan en concepto de Atención Continuada. Con este programa se busca dar respuesta a una doble necesidad: la de atención psicológica a los recién nacidos y sus familias; y la de contribuir al desarrollo de la Psicología Clínica en Aragón.

La inversión de recursos para atender a población infantil de alto riesgo supondría un beneficio indiscutible a largo plazo si tenemos en cuenta el potencial factor preventivo de este tipo de intervenciones.

## **7. VALORACIÓN PERSONAL**

La experiencia de una rotación externa permite conocer nuevas formas de trabajo, diferente organización de los servicios y una práctica clínica distinta. Es una oportunidad para exportar programas, técnicas y modelos.

La psicología en Argentina está ampliamente desarrollada, lo que se refleja en el ámbito sanitario. He tenido la oportunidad de rotar en un hospital en el que la Salud Mental es valorada en el ámbito médico como una especialidad más, se cuenta con la opinión profesional del psicólogo antes de tomar ciertas decisiones. La figura del Psicólogo Clínico está integrada en los equipos interdisciplinarios y la atención psicológica se considera un aspecto fundamental en el tratamiento global del paciente. Esto se refleja en el número de profesionales del Servicio. Resulta gratificante conocer

el funcionamiento de un Servicio de Salud Mental en el que pueda haber una psicóloga dedicada al área de Neonatología, con el apoyo de una psicóloga becaria, otra psicóloga para la Unidad de Quemados, dos adjuntas y una becaria en Oncología, etc. Es decir, que haya un profesional interconsultor para un área médica en exclusiva, es algo que, por lo menos en la Comunidad Autónoma donde trabajo, sería complicado. Esto permite realizar un trabajo más específico y tener mayor coordinación con el equipo médico.

Podemos conocer el valor que se le da a los aspectos emocionales de los niños hospitalizados por enfermedad médica a través, no sólo del número de profesionales de Salud Mental que pueden atender a la esfera afectiva, sino de los recursos y programas destinados a tal fin. A modo de ejemplo, el hospital dispone de una Sala de Juegos Terapéutica coordinada por psicólogos; o el hecho de que todos los padres de niños que van a ser intervenidos de cirugía cardíaca participen en grupos de psicoprofilaxis quirúrgica en los que se presenta un video de en qué va a consistir la intervención con el fin de aliviar la angustia y que puedan tener una narrativa de lo que va a suceder.

Otro aspecto que valoro muy positivamente de la rotación es el trabajo en equipo con Trabajo Social. La figura del trabajador social es muy importante en el Hospital Garrahan, y los profesionales están muy bien formados. La labor coordinada permite realizar una buena evaluación e intervención en casos de maltrato y abuso sexual. Este campo también es un aspecto formativo importante de la rotación. Son numerosos los casos de niños con sospecha de maltrato y abuso sexual que llegan al hospital, por lo que los equipos tienen amplia experiencia en el tema. Algo que en España se aborda desde Servicios Sociales y ha quedado relegado de la asistencia sanitaria especializada. Pocas son las unidades específicas de maltrato y/o abuso sexual infantil en nuestro país dentro del ámbito sanitario y de la Salud Mental.

La rotación externa en Buenos Aires me ha brindado un crecimiento profesional y personal a muchos niveles. He querido reseñar en esta memoria ciertos aspectos del contexto que han resultado importantes en mi experiencia. No debemos olvidar que Argentina es un país en vías de desarrollo, en el que existen importantes desigualdades sociales y no están garantizadas las necesidades básicas de todos los ciudadanos, por lo que en un hospital público como el Garrahan uno se confronta con otra realidad. Las condiciones sociales y de salud de muchos niños que conocí supusieron una fuerte vivencia emocional y me hicieron reflexionar sobre muchos aspectos. Destaco la infancia porque, además de haber rotado en un hospital infantil, es la población más vulnerable.

Conocer nuevos modos de trabajo, nuevas personas y culturas, tener la experiencia de vivir en otro continente y afrontar nuevos retos supone un extenso aprendizaje

vivencial comprimido en pocos meses. Por lo que animo a aquellos compañeros dubitativos a tomar esta oportunidad única que nos brinda la residencia.

## **8. AGRADECIMIENTOS**

Deseo agradecer a la Junta Directiva de ANPIR, así como a la Coordinación de las Becas ANPIR y al Comité Científico Evaluador la concesión de la beca y la confianza en el proyecto presentado.

También quiero agradecer a mi tutora PIR, Ángela Mancho Biesa, por animarme a conocer el trabajo psicológico en Neonatología y apoyarme en la realización de la rotación externa, así como a la Jefa de Servicio de Psiquiatría y de mi Unidad Docente, María Jesús Pérez Echeverría, por hacer que esta experiencia sea posible.

Agradezco a todo el equipo de Salud Mental del Hospital Garrahan, por hacerme sentir como en casa y enseñarme de Psicología, de su cultura y de la vida fuera de Europa, y en especial a la Lic. Daniela Marín, por su incansable trabajo y buen hacer profesional.

También a los pacientes que conocí en Buenos Aires, por haberme enseñado tanto en tan poco tiempo.

A mis compañeros de viaje, por compartir algo inolvidable, y sentirme siempre acompañada. En especial a Raquel por compartir, excepto la rotación, todo lo demás.

Y por último a mis seres más queridos, por apoyarme en este viaje y esperar pacientemente mi regreso.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, H. y Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Documento 60. Recuperado de <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Brazelton, T. B. (2001). Niños prematuros. En T. B. Brazelton. *Momentos clave en la vida de tu hijo*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Centrángolo, O. y Devoto, F. (2002). Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. CEPAL: Buenos Aires.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2013). Estadísticas Vitales, año 2012. Ministerio de Salud: Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2015). "Lay Nacional de Salud Mental". Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657/189-seguimos-avanzando->
- Eimil, B., Cuellar-Flores, I., Kehrmann, L., Palacios, I., García-Villanova, F. y Valle, M. (2013). Factores de riesgo y de protección en atención temprana: Aproximación desde dos hospitales de la comunidad de Madrid. Comunicación presentada en el XXV Congreso nacional de SEPYPNA *La infancia temprana: repercusiones en el desarrollo posterior*, Valencia, España.
- García-Villanova, F., Cuellar-Flores, I., Eimil, B. y Palacios, I. (2013). Organización del vínculo madres-bebé en prematuros. *Clínica Contemporánea*, 4 (2), 171-183.
- Giovanella, L. (2013). Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en Perspectiva Comparada. Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud: Rio de Janeiro.
- González, F. (2009). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 48, 61-80.
- González, F. (2010). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 49, 133-152.
- González García, Ginés. (2004). Salud para los argentinos. ISALUD. Buenos Aires.

- Hospital Garrahan (2014). *Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"*. Recuperado de <http://www.garrahan.gov.ar/>
- Hospital Garrahan (2015). Programa de tratamiento y diagnóstico fetal. Recuperado de [http://www.garrahan.gov.ar/diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_fetal.php](http://www.garrahan.gov.ar/diagnostico_y_tratamiento_fetal.php)
- Hospital Italiano (2015). Departamento de Pediatría. Recuperado de [http://www.hospitalitaliano.org.ar/pediatrica/index.php?contenido=ver\\_curso.php&id\\_curso=8316](http://www.hospitalitaliano.org.ar/pediatrica/index.php?contenido=ver_curso.php&id_curso=8316)
- Instituto Nacional de Estadística (2014). Nacimientos. Año 2013. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
- Izzedin-Bouquet, R. (2011). El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25 (3), 188-190.
- Marín, D. y Menéndez, C. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en madres de niños con malformación congénita mayor (MCM) internados en la UCIN del Hospital Garrahan. *Medicina Infantil*, XVIII, 10 - 17.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Patrones de mortalidad en España, 2011 [monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
- OMS (2013). Derecho a la salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OPS (2009). Salud mental. En INADI (2014). Buenas prácticas en la comunicación pública. Informe INADI. Salud Mental. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado de [http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2011/09/INFORME\\_SALUD\\_MENTAL.pdf](http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2011/09/INFORME_SALUD_MENTAL.pdf)
- Palacios, I., Kehrmann, L., Cuellar-Flores, I., Eimil, B., García-Villanova, F. y Valle, M. (2013). Importancia de la atención temprana hospitalaria: A propósito de dos programas en la comunidad autónoma de Madrid. Comunicación presentada en el XXV Congreso nacional de SEPYPNA *La infancia temprana: repercusiones en el desarrollo posterior*, Valencia, España.

- Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF (2013). Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2013. SAP y UNICEF: Buenos Aires.

- UNICEF (2015). La niñez y la adolescencia. Recuperado de <http://www.unicef.org/argentina/spanish/children.html>

## 10. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA EN CASTELLANO

- Ansermet, F. (1995). ¿De qué sufren los niños en neonatología? *El Niño. Revista del Instituto del Campo Freudiano*, 1, 18-25.

- García-Villanova, F., Cuellar-Flores, I., Eimil, B. y Palacios, I. (2013). Organización del vínculo madres-bebé en prematuros. *Clínica Contemporánea*, 4 (2), 171-183.

- González, F. (2010). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 49, 133-152.

- González Serrano, F. (2009). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 48, 61-80.

- Mathelin, C. (2001). *La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Menéndez Osorio, F. (2001). La interconsulta en salud mental infantil de niños recién nacidos con alto riesgo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI (80) 101-118.

- Oiberman, A. (Comp.) (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.