

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA: INTEGRANDO PSICÓLOGOS AL EQUIPO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA.

Profesor Guía: José Contreras San Juan

Metodólogo: Francisco Kamann

Profesor Informante: Carolina Sepúlveda

Alumna: Catalina Campos González

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Mayo de 2011.

RESUMEN

La presente tesis profundiza sobre la oleada de acontecimientos posteriores al ingreso de un equipo de salud mental a una organización social cuyo objetivo es la atención eminentemente médica/quirúrgica.

La incorporación de dichos profesionales dio como resultado diversas reestructuraciones en el espacio organizacional compartido por ambos enfoques y disciplinas, no sólo en la división física en la que desarrollan las labores diariamente, sino que también en la distancia psicológica y comunicacional existente entre los miembros de la organización estudiada.

Los intereses y conceptos valorados por ambos equipos apoyando a un sólo sujeto, aportan al progreso de la práctica clínica y metodológica de la Psicoprofilaxis Quirúrgica y además desembocan en la generación de discursos y significados acerca del ingreso de un prisma alternativo al tratamiento de pacientes pediátricos, involucrados en una experiencia crítica, la cual define a la postre su salud mental y física.

Gracias a la presente investigación, se llegaron a conocer además los fundamentos que permiten la permanencia del equipo de psicólogos en el Servicio de Cirugía estudiado, hasta el día de hoy. El profesional en salud mental, pudo a su vez delimitar más concisamente su rol entre la diversidad de métodos e ideologías circulantes en el espacio quirúrgico, gracias a el análisis del cúmulo de peticiones que sus compañeros en el Servicio de Cirugía exigieron y siguen exigiendo a su labor.

DEDICATORIA

A las generaciones y generaciones de esforzados luchadores que han confabulado para traerme hasta aquí.

A todos quienes tienen fe.

AGRADECIMIENTOS

Infinitas gracias a mi familia: a mis padres y abuelos, que han sabido respetar mis decisiones a pesar de que raras veces fueron reflexivas y acertadas. Gracias también a mis tres hermanas por llevar tan noblemente la tarea de tenerme como hermana mayor y quererme tal cual soy. Por todos ustedes, mi estilo de trabajo se ha depurado a paso firme hasta ser lo que es y mi postura frente a la vida ha logrado una sutil mezcla de optimismo y fidelidad a mí misma y mis ideales.

Mil gracias también a la Señorita Denisse Dorat Calabrese, psicóloga de ésta casa de estudios, quien estuvo a mi lado en los momentos de mayor tensión y ceguera, a pesar de su apretada agenda, apoyando mi trabajo de forma incondicional y desinteresada. Junto a ella y a todos los compañeros y amigos que han compartido conmigo estos años (de estudio, de diversión, de esfuerzo), he aprendido a agradecer las oportunidades que me regala la vida. Gracias también a Sir Paul McCartney, por cantarme sin descanso todas esas entusiastas y brillantes canciones mientras trabajaba hasta el amanecer.

Agradezco además a mis tres profesores evaluadores, quienes estuvieron siempre dispuestos a apoyarme y mostrarme otras vías por las que enriquecer mi trabajo investigativo.

A María Isabel Cáceres: por insistir, insistir e insistir.

Bendiciones y una vida llena de luz y plenitud para todos.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento del Problema: Antecedentes	7
<i>1.1.1 Organización actual del Sistema de Salud en Chile.</i>	7
<i>1.1.2 Subsistema Público.</i>	10
<i>1.1.3 Los Servicios de Salud.</i>	11
<i>1.1.4 La incorporación de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en el Hospital</i> <i>Luis Calvo Mackenna.</i>	14
<i>1.1.5 Investigaciones Relacionadas.</i>	35
<i>1.1.6 Investigaciones relacionadas con el trabajo interdisciplinario</i> <i>en Psicoprofilaxis Quirúrgica</i>	39
1.2 Formulación del Problema y Pregunta de Investigación	44
1.3 Aportes y Relevancia de la Investigación	49
2. OBJETIVOS	52
2.1 Objetivo General	52
2.2 Objetivos Específicos	52

4. MARCO METODOLÓGICO	94
4.1 Enfoque Metodológico	94
4.2 Tipo y Diseño de Investigación	97
4.3 Delimitación del campo a estudiar.	100
4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de la información	102
4.5 Plan de Análisis de la información.	106
<i>4.5.1 Análisis por Categorías</i>	112
5. ANÁLISIS Y RESULTADOS	114
5.1 Esquema de Categorías y Tópicos	114
<i>Objetivo específico 1</i>	114
<i>Objetivo específico 2</i>	115
<i>Objetivo específico 3</i>	117
<i>Categoría 1</i>	118
<i>Categoría 2</i>	135
<i>Categoría 3</i>	142
<i>Categoría 4</i>	155

1. INTRODUCCION

1.1 Planteamiento del Problema: Antecedentes

Para enmarcar la presente investigación es necesario describir dos pilares básicos e indispensables de considerar para comprender el contexto en el que se desarrolló el trabajo. Éstos pilares se cruzan entre sí a lo largo del trabajo investigativo y emanan conceptos que permiten comprenderlo.

El primer pilar refiere al desarrollo, constitución y funcionamiento del actual Sistema de Salud de Chile. Éste Sistema se parcelará poco a poco hasta centrar la atención en el contexto donde se investigó, a saber: el Servicio de Cirugía del Hospital Luis Calvo Mackenna. Ésta institución de Salud, cuenta a su vez con una historia particular, de donde surgió el desarrollo de la Psicoprofilaxis Quirúrgica como un trabajo en conjunto entre el Servicio de Cirugía y la Unidad de Psicología.

1.1.1 Organización actual del Sistema de Salud en Chile

El Estado de Chile es el responsable del funcionamiento de este Sistema, intentando garantizar el acceso de toda la población del país, sobretodo aquella más desfavorecida, a las políticas que el Sistema desarrolla. Su ente operativo es el Ministerio de Salud, como representante de la máxima autoridad nacional en esta materia. Éste Ministerio forma parte del poder ejecutivo y le corresponde formular las políticas de Salud. Entre sus funciones se encuentran:

- Dirigir y orientar todas las actividades del Estado que se encuentran relacionadas con el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Formular los planes y programas generales que debe implementar el Sistema de Salud Chileno.
- Coordinar las actividades de los organismos pertenecientes al Sistema de Salud y generar lineamientos hacia el desarrollo de las normativas y acciones sanitarias por otros organismos y personas del sector.
- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes de Salud.

Este Sistema se divide en un subsistema operativo y otro financiero, los cuales operan dependiendo de los Subsistemas Público o Privado.

El Estado de Chile, deja en manos de la Subsecretaría de Salud Pública, el objetivo de asegurar que todas las personas del país tengan el derecho y el acceso a la protección sanitarias. Por este efecto, sus funciones son regular, fiscalizar y normar el sector de la salud, ejerciendo las funciones que le competen al Estado de Chile. Estas responsabilidades, buscan optimizar la calidad y el acceso tanto a la salud como a los bienes públicos, junto con mejorar la calidad de la vida de todos los chilenos, intentando cumplir con los Objetivos Sanitarios del Gobierno de turno. A nivel estratégico, los objetivos de la Subsecretaría de Salud buscan además velar por el

fortalecimiento de las Autoridades Sanitarias Regionales, para que sean capaces de abordar los objetivos que el Estado propone de manera competente y justa; ejecutar, promover y evaluar planes regionales de salud; fiscalizar estas intervenciones y focalizarse en que su impacto llegue hasta la población más vulnerable conformada actualmente por niños, niñas y adultos mayores.

Luego de la reforma de Salud, se ha sumado como deber de la Subsecretaría asesorar al proceso de diseño e implementación del Régimen de Garantías de Salud (Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas [GES/AUGE]).

Por su parte, las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), se ubican en cada una de las regiones de la división político/administrativa del país, siendo dirigidas por un médico nombrado por el Ministro de Salud como su representante en cada una de las regiones.

A nivel jerárquico, el Subsecretario de Salud Pública es superior de las Secretarías Regionales Ministeriales y como colaborador del Ministro de Salud - actualmente Jaime Mañalich-, coordina dichas Subsecretarías. Éstas representan 15 enlaces regulatorios y están organizadas de forma que exista una secretaría por cada región. Se encargan de emitir las normas en temas de salud regional y también velar por que se cumplan.

Por otro lado, la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene relación directa con la Superintendencia de Salud, antes llamada Superintendencia de Isapres. Ésta Subsecretaría igualmente controla, fiscaliza y supervisa el sector privado de salud en

Chile, con miras a lograr igualdad de exigencias y fiscalización tanto en salud privada como pública.

1.1.2 Subsistema Público

En el Subsistema Público, el nivel operativo se conforma de los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimiento. Al nivel financiero corresponde el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Todos son organismos dependientes directamente del Ministerio de Salud y en conjunto, dan forma al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Existe además otro grupo de instituciones públicas, que operan sin pertenecer al Servicio Nacional de Salud, aunque otorgando prestaciones de esta índole, como por ejemplo las Fuerzas Armadas. Estas instituciones atienden a sus beneficiarios en instalaciones propias.

La población beneficiaria estimada del Subsistema Público, correspondía, en 1.996, al 60% de la población total del país, que incluye aproximadamente 8.700.000 personas.

La Subsecretaría de Redes tiene a su cargo supervisar a los Servicios de Salud, tanto en sus aspectos técnicos como normativos. Actualmente hay 29 Servicios de Salud, distribuidos desde Arica y Parinacota, hasta Magallanes.

1.1.3 Los Servicios de Salud

Los Servicios de Salud se responsabilizan por la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la Salud y de la rehabilitación de las personas cuya salud se encuentra deteriorada. Son organismos descentralizados, que poseen personalidad jurídica y patrimonio propio, de acuerdo a la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión N° 19937, aprobada en Enero de 2004 y que viene a modificar el Decreto de Ley N° 2763, de 1979, ya que buscan fortalecer la integración ciudadana y la autoridad sanitaria, formulando, evaluando y actualizando el Sistema AUGE.

Cada uno de estos Servicios de Salud se encuentra a cargo de un Director y se encargan de supervisar, coordinar y controlar los establecimientos y servicios con los que cuenta el Sistema de Salud dentro de su mismo territorio, vigilando el cumplimiento de políticas, programas y normas tanto particulares como generales, con las que el Ministerio de Salud enmarca el trabajo de los funcionarios. La red asistencial de estos Servicios está constituida por hospitales y consultorios generales tanto urbanos como rurales: postas rurales de Salud y estaciones médico/rurales.

De los Servicios de Salud antes mencionados, dependen los hospitales. En el caso de la Región Metropolitana, existen cinco Servicios de Salud (S.S.): El S.S. Metropolitano Occidente, S.S. Metropolitano Central, S.S. Metropolitano Oriente, S.S. Metropolitano Sur y el S.S. Metropolitano Sur/Oriente. La nueva ley propone que los hospitales se autogestionen, flexibilizando la función administrativa y financiera. Por esto, deben generar una vez al año un informe acerca de la gestión

realizada, respondiendo ante el Sistema de Salud y por ende ante el Estado, acerca de las metas que lograron y no lograron ser cumplidas. Quien tiene que responder por el cumplimiento de éstas metas es el Director de cada Hospital y al no cumplirse los requerimientos de un año a otro, éste representante es destituido de su cargo.

La atención que se da en los hospitales, depende de la complejidad patológica que cada paciente presenta. La mayor parte de la población requiere de atenciones relativamente simples, por lo que acude a los consultorios cercanos a su lugar de residencia, donde puede acceder a la recuperación mediante un tratamiento sencillo o relativamente rápido. Por esto, este tipo de atención es de Nivel Primario, donde además los funcionarios se encargan de la promoción y prevención en salud, para lograr que la población se responsabilice del nivel de salud que adquiere gracias al estilo de vida que lleva. Para la atención de Urgencias, existen además los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), anexados a los consultorios. Los SAPU tienen como meta ideal atender a 20.000 personas aproximadamente, aunque en la realidad lamentablemente suele no alcanzar a abastecer ésta cantidad de beneficiarios si la demanda aumenta durante cierta temporada.

Cuando las atenciones de salud se complejizan, los beneficiarios son derivados al Nivel Secundario de atención, donde se cuenta con la presencia de un especialista o de algún otro tipo de intervención o examen para el cual el Nivel Primario no tiene la implementación o carece de los recursos necesarios. Por lo general estos recursos se encuentran en los hospitales, que cuentan con un policlínico o consulta ambulatoria anexa, donde se atienden dichas especialidades, con atención

cerrada y abierta para todo paciente derivado desde el Nivel Primario. La mayoría de los hospitales, además, cuentan con Servicio de Urgencias.

El Nivel Terciario es institucionalmente aquel que reúne especialidades exclusivas, atendiendo sólo enfermedades específicas, a las que se presta mayor atención. Este es el caso del Hospital del Tórax y el Hospital de Neurocirugía, en la Región Metropolitana. Existen además Centros de Referencia de Salud o CRS, los que proporcionan atención diagnóstica y terapéutica a pacientes derivados principalmente del Nivel Primario de atención, buscando evitar hospitalizaciones innecesarias y ayudando a ampliar el rango de atención del Nivel Secundario.

Entre los objetivos nacionales de salud para este año se encontraban disminuir las desigualdades en salud, enfrentar el creciente envejecimiento de la población -y todos los cambios que esto conlleva en la sociedad-. Para esto se intenta centrar el foco asistencial en las enfermedades crónicas, degenerativas y tumores, que implican un consumo de recursos diferente, en comparación con el foco puesto en décadas pasadas, con una perspectiva centrada en mejorar la salud materno/infantil.

La situación actual del Servicio de Salud Chileno está definida por la demanda creciente de servicios sanitarios, debido al incremento de las necesidades y expectativas de salud de la población.

En cuanto a la oferta sanitaria, se mantienen las desigualdades para acceder a la salud en Chile, sigue siendo escasa y dudosa la oportunidad de acceder a estrategias de tratamiento cualificado y expedito, sobre todo para los estratos más

desfavorecidos económicamente. Estas falencias disminuyen la cobertura del Sistema y generan un descenso en la integración de la red asistencial tanto pública como privada.

1.1.4 La incorporación de la Psicoprofilaxis Quirúrgica al Hospital Luis

Calvo Mackenna

Para la presente investigación el foco estuvo puesto en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, el cual reúne al Hospital Salvador, Hospital del Tórax, Hospital Pedro Aguirre Cerda, Hospital Luis Tizné, Hospital de Neurocirugía, el Instituto Nacional de Geriátrica y el Hospital Luis Calvo Mackenna, donde se realizó específicamente el trabajo investigativo.

Los doctores Luis Calvo Mackenna y Aníbal Ariztía fundaron el Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM) en 1942. En la actualidad, ésta institución ha logrado el reconocimiento a nivel nacional como uno de los hospitales pediátricos más importantes del país, por tratarse de un centro de referencia nacional en varias patologías, como Cardiología y Oncología. Además es sede del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil de la Universidad de Chile.

Los tres pilares que sustentan el trabajo diario en este Hospital son la asistencia, la docencia y la investigación. Su creación fue gestada a partir de una profunda tendencia asistencial que los profesionales fundadores tuvieron en la antigua Casa Nacional del Niño y que los llevó a buscar el apoyo necesario para poder fundar la institución hospitalaria.

Este Hospital tiene categoría de alta complejidad. Por esta razón, está formado por 26 servicios clínicos de atención directa al paciente y 13 servicios de apoyo a la gestión. Trabajan en la institución, más de 1.000 personas.

El público que se atiende en el HLCM, corresponde en su totalidad a población infantil, conformada aproximadamente por trescientos mil niños, de entre 0 y 15 años. Los pacientes habitan en la Región Metropolitana y en ocasiones provienen de alguna otra región, como la Primera y Segunda Regiones.

Dentro de sus posibilidades, el HLCM atiende a cualquier niño enfermo, sin importar su situación previsional, manteniendo su foco asistencial en infantes que no cuentan con seguros de salud de carácter privado, niños inscritos en FONASA o simplemente aquellos pacientes que no tienen ninguna cobertura de salud. En el área donde el Hospital opera, hay aproximadamente 125.000 niños beneficiarios. A este respecto, el Hospital sostiene que su misión institucional es: “dar un servicio pediátrico de excelencia a los niños y niñas beneficiarios del Sistema Público de Salud, siendo hoy posible ofrecer estos servicios al mundo de los privados con humanidad, calidad y excelencia” (www.calvomackenna.cl).

En el HLCM se han atendido millones de niños tanto de Chile como del extranjero. Con los años, su personal ha logrado diferenciar su trato con el paciente dado que entre los padres, los acompañantes, los niños y el equipo de salud se gesta por lo general una cálida convivencia. Por esta razón, la historia de cada uno de los Servicios y estamentos que lo conforman, está marcada por un desarrollo e historia

particular, siempre centrada en entregar un espacio relacional y físico único, ambientado especialmente para la atención pediátrica.

Desde 1990 en adelante el HLCM ha impulsado importantes iniciativas de atención infantil y adolescente, ha participado en numerosas comisiones ministeriales contemporáneas, abogando siempre por la renovación conceptual para la gestión hospitalaria y la salud infantil, desarrollando programas únicos, como el trasplante de médula ósea: desarrollado a través de las relaciones del Hospital con instituciones nacionales y extranjeras consolidadas.

Entre los servicios que presta el Hospital, se encuentran:

- SERVICIOS CLÍNICOS
 - Prestaciones Generales
 - Día/cama hospitalización integral unidades de pediatría.
 - Día/cuna de hospitalización integral de pediatría.
 - Consulta médica integral en especialidades.
 - Consulta médica integral en Servicio de Urgencia.
 - Camilla de observación en Servicio de Urgencia.
 - Diagnóstico, tratamiento médico y atención integral de enfermería de pacientes hospitalizados por:

- Patología broncopulmonar aguda y crónica.
- Patología renal aguda y crónica.
- Alteraciones metabólicas y nutricionales.
- Patología neurológica.
- Patología psiquiátrica y psicológica.
- Patología oncológica (leucemia, linfoma y otras).
- Patología hematológica.
- Patología dermatológica (diabetes y otras).
- Patología infectológica (bacteriana, viral fúngica y parasitaria).
- Patología endocrinológica.
- Alteraciones genéticas.
- Inmunodeficiencias primarias y secundarias.
- Manejo médico post trasplante sin complicaciones.

- Manejo del abuso sexual.
- Manejo diagnóstico y terapéutico de apneas.
- Prestaciones por especialidad.
 - Broncopulmonar:
 - Estudio vía respiratoria con fibrobroncoscopio rígido y flexible.
 - Estudio de función pulmonar (Espirometría, test provocación ejercicios, prick test etc.).
 - Punción pleural.
 - Instalación de drenaje pleural.
 - Nefrología.
 - Hemodiálisis.
 - Peritoneodiálisis.
 - Gastroenterología.
 - Estudio de pHmetría esofágica de 24 horas.
 - Endoscopia digestiva alta.

- Genética.
 - Exámenes descritos en cartera de Unidades de Apoyo.
- Neurología y Psiquiatría (Psicología).
- Nutrición.
 - Calorimetría indirecta.
- SERVICIOS QUIRÚRGICOS
 - Cirugía.
 - Cirugía cardiovascular con y sin CEC.
 - Cirugía craneofacial y de tejidos blandos.
 - Cirugía de fisurados y malformaciones craneofaciales.
 - Cirugía de malformación ano rectal.
 - Cirugía de polo caudal.
 - Cirugía del Oído Medio.
 - Cirugía Endoscópica con y sin toma de biopsias, con y sin toma de muestras.

- Cirugía General de Urgencia.
- Cirugía oncológica.
- Cirugía Quemados.
- Cirugía Recién Nacido Patológico.
- Cirugía Urológica Compleja.
- Cirugía vía aérea.
- Implante marcapasos.
- Trasplante Hepático y renal.
- Traumatología.
 - Cirugía de columna Vertebral.
 - Cirugía de salvataje de Extremidades en Osteosarcoma.
 - Cirugía de Mano y neurografías.
- SERVICIOS DE APOYO
 - Laboratorios.
 - Imágenes.
 - Anatomía patológica.

- Kinesiterapia y Terapia ocupacional.
- Unidad de Medicina Transfusional.
- Servicio Social.
- Farmacia.
- Esterilización.
- Farmacia Clínica.

A nivel administrativo, desde la Dirección del Hospital, a cargo del Dr. Osvaldo Artaza, se desprenden diversas Subdirecciones (Sd.), entre las que destacan: la Sd. Administrativa, Sd. De operaciones, Sd. de Recursos Humanos, Sd. Área de Apoyo Clínico y la Sd. de Gestión del Cuidado. De estas subdirecciones es necesario centrar el foco de atención tanto en la Sd. De Cirugía, como la Sd. de Gestión de Cuidados, ya que son las encargadas de entregar los recursos necesarios para el funcionamiento del Pabellón Quirúrgico, en el que trabajan en conjunto los médicos cirujanos, anestesistas, las enfermeras y el personal técnico paramédico que aportó con los argumentos analizados en esta investigación. En el espacio quirúrgico, además colaboran psicólogos que apoyan el proceso de inducción anestésica, realizando con esto la intervención psicoprofiláctica quirúrgica en compañía del equipo médico y ayudando en el ingreso a pabellón de los niños beneficiarios.

El acompañamiento psicológico realizado por la Psicoprofilaxis Quirúrgica dura hasta que los niños son completamente inducidos anestésicamente. Más adelante se detallarán las características de esta intervención en el HLCM y en el Marco Teórico se analizarán los fundamentos teóricos de la misma.

En relación al nivel de cuidados y atención prestada a cada paciente en particular, el Hospital cuenta con un Bloque Pediátrico, donde se atienden todas las especialidades antes mencionadas de forma ambulatoria, con una cita médica previa para los controles médicos rutinarios. Otra subdivisión de cuidados es el Bloque de Pacientes Críticos, donde se dan cuidados a pacientes que presentan riesgo vital o enfermedades de alta complejidad y que no pueden tratarse en casa. Finalmente el Hospital cuenta con un Bloque Quirúrgico, donde se realizan intervenciones quirúrgicas de mayor o menor complejidad, con una posterior hospitalización, ya sea ambulatoria o crítica. Éste último bloque está conformado por tres salas diferentes, donde han de pasar los pacientes que deben someterse a intervenciones quirúrgicas específicas: (a) la Sala Preoperatoria, (b) la Sala de Operaciones o Pabellón Quirúrgico y finalmente (c) la Sala de Recuperación. El Servicio donde se hizo posible esta investigación cuenta en total con 10 pabellones, de los cuales uno está destinado a hemodinámica. Todas las salas cuentan con una dotación determinada de médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, arsenaleras y psicólogos, además del personal de aseo y los camilleros que distribuyen sus labores en todo el Servicio.

Al ingresar los pacientes, dependiendo de la patología por la que vienen a ser operados y del cuidado previo y posterior que demanda cada intervención, pueden ingresar por tres de los siguientes conductos regulares de atención:

- Ingreso vía Hospital Día.
- Ingreso vía Hospital de Cirugía.
- Ingreso vía Hospital de Críticos.

El ingreso por medio del Hospital Día está destinado a pacientes que van a someterse a intervenciones ambulatorias o con una estadía total menor a 20 horas.

Tanto el ingreso vía Hospital de Cirugía, como el ingreso vía Hospital de Críticos, están destinados a pacientes con una estadía superior a las 20 horas o con estadías posteriores a una intervención compleja, que necesiten cuidados intensivos u observación durante el proceso de recuperación.

Tanto del Hospital de Críticos como del Hospital Día, llegan directamente a la sala de preanestesia los pacientes pediátricos. Vienen por diferentes complicaciones de salud o exámenes, entre los que se cuentan: Cirugía Craneofacial y de tejidos blandos, Cirugía de malformación ano rectal, Cirugía Endoscópica, Cirugía oncológica (implantación de catéter para los tratamientos oncológicos, entre otras), Cirugía Quemados (cambios de vendaje, limpieza de heridas, injertos, entre otras), Cirugía vía aérea (adenoamigdalectomía, por ejemplo), Cirugía de columna vertebral (escoliosis, por ejemplo), Cirugía de salvataje de Extremidades en Osteosarcoma,

Cirugía de Mano y Neurografías. Los exámenes realizados con más regularidad corresponden a oftalmoscopías o exámenes de fondo de ojo, para los cuales los niños de entre 0 a 5 años son inducidos parcial o completamente con sedantes –midazolam- administrados regularmente por vía oral, para volver más cómoda la toma del examen tanto para el niño como para el médico. Los procedimientos mencionadas anteriormente son aquellos en los que más comúnmente participa el equipo de psicólogas y psicólogos practicantes, antes y después de la intervención.

Los pacientes destinados a Cirugía Cardiovascular o a intervenciones de Urgencia pasan directamente del Hospital de Pacientes Críticos al Pabellón Quirúrgico.

En el paso desde la vía correspondiente hasta la sala de pre anestesia, el paciente y sus padres o acompañantes interactúan tanto con las enfermeras como con los médicos, psicólogos, camilleros y técnicos paramédicos. Una vez en preanestesia, los psicólogos realizan, entre otras labores, el trabajo de psicoeducación y acompañamiento correspondiente a la Psicoprofilaxis Quirúrgica.

Este procedimiento busca reducir los niveles de ansiedad que los niños presentan de forma previa a la intervención quirúrgica, por medio de diferentes procedimientos. Se interactúa con los niños el tiempo que sea necesario para lograr un buen vínculo, medir sus niveles ansiedad y disminuir la misma, se informa además a los pacientes sobre lo que sucederá en cada paso del proceso, enfatizando

sutilmente sobre aquellos que puedan significar más angustia para el niño por diferentes razones.

Se generan y formulan ideas y teorías infantiles y familiares sobre lo que se encuentra dentro del pabellón y se acerca al paciente y sus acompañantes al material y protocolos utilizados tanto en el procedimiento quirúrgico, como en el estadio posterior al mismo. Típicamente se muestra y usa la mascarilla o *Jackson* con que el niño es dormido, sobre todo debido a que gracias al trabajo investigativo y analítico de los anestesiistas se documenta que la mascarilla y los catéteres son aquello que más provoca ansiedad en los niños.

Todo el trabajo psicoprofiláctico se realiza considerando las condiciones de la intervención en crisis, la etapa de desarrollo del niño y el escaso tiempo con el que se cuenta para intervenir en ciertas ocasiones. Los lineamientos de intervención se definen mezclando intervenciones matizadas con la psicoterapia breve, sobre todo cuando se detectan correlaciones muy fuertes entre el estado emocional de los acompañantes -casi siempre los padres- y el enfrentamiento ansioso del niño. También se incorporan estrategias de la línea cognitivo/conductual, para llevar a cabo el acercamiento previo del paciente con el contexto y material médico. De todas formas, no se descarta la utilización de otros focos para interpretar e intervenir la práctica diaria.

Mientras se realiza el proceso psicoprofiláctico, entrelazado con actividad lúdica, el anestesiista ausculta al paciente y hace preguntas relativas a antecedentes

mórbidos y características físicas del niño que sirven de referencia para continuar adecuadamente con el proceso anestésico. Luego de algunos minutos posteriores a la recolección de antecedentes mórbidos y clínicos, alguno de los participantes del trabajo en pabellón retira la camilla del paciente que será operado y junto con el psicólogo, acompaña al niño a la Sala de Cirugía. El psicólogo nunca realiza este proceso solo. En ciertas ocasiones las madres son autorizadas para ingresar a Pabellón, por ejemplo: ante la aparición de mucha angustia en el niño, frente a un miedo irreversible o incontrolable del paciente antes de la intervención quirúrgica o cuando la ansiedad frente a la separación es muy llamativa. En éste tipo de situaciones es el médico quien autoriza a la madre para entrar.

Las manifestaciones conductuales y emocionales de los pacientes pueden variar considerablemente e ir desde la inmovilidad y laxitud motora, hasta la hiperactividad e inquietud constante, pasando por el llanto y la expectación silenciosa, entre muchas otras.

Es más regular que se invite a los acompañantes para que ingresen con el niño cuando va a someterse a alguna intervención quirúrgica dental, con anestesia general.

El psicólogo, en tanto, entra a pabellón con el niño y lo acompaña hasta que se duerme completamente. Durante la aplicación de los relajantes musculares, el niño puede presentar movimientos involuntarios o forcejeo mientras recibe los efectos del gas o la inducción endovenosa, puede gritar y aferrarse al psicólogo o incluso presentar un ahogo pasajero. Cuando la psicoprofilaxis es exitosa o cuando el

paciente ha recibido un colchón informativo equilibrado, completo y responsable de parte de su familia, el niño incluso puede llegar a desear el ingreso pronto a pabellón, jugar con el material que encuentra ahí e interactuar con los profesionales que ahí se encuentran. Incluso algunos niños logran dormirse aún conversando o formulando preguntas.

Al finalizar la intervención quirúrgica, el niño aún dormido es llevado a la sala de recuperación, donde permanece en observación y es cuidado por las enfermeras, los técnicos paramédicos y los psicólogos que ahí se encuentren: El médico cirujano tratante, también realiza rondas regulares previas al despertar del paciente. El trabajo del psicólogo en esta instancia es acompañar al niño cuando despierta, aplicar técnicas de relajación y prestarle atención emocional e incluso cuidados físicos si siente dolor, malestar o ansiedad. La labor de las enfermeras consiste en aplicar sus conocimientos técnicos para paliar el dolor, aunque el nivel de atención de éstas últimas en uno o más pacientes puede ser igual de acucioso que el del psicólogo.

Los niños en este estadio, suelen despertar mareados y confundidos, llorando o llamando a quienes les han acompañado. Con mayor frecuencia, los niños que son intervenidos con amigdalectomías despiertan con dolor de garganta, vómitos y sed. Casi todos los niños reparan de inmediato en la mano donde han sido pinchados con el catéter donde se administra el suero.

Muchos otros suelen despertar con sus ojos vendados luego de operaciones para corregir el estrabismo o quejándose por dolor en caso de haber sido sometidos a

curaciones de heridas. Quienes con mayor regularidad se encuentran tranquilos son aquellos niños que han pasado por tratamiento de quimioterapia o quienes han recibido el catéter por el cual éste tratamiento se administra.

Una vez que el paciente ha despertado y está consciente, es llevado por un camillero de vuelta al Hospital Día o a la Unidad de Críticos de la que vino, donde se reúne con sus acompañantes.

Durante todo el proceso -preanestesia, sedación, recuperación- el psicólogo intenta no intervenir en los métodos de trabajo de las otras disciplinas, sobre todo en lo que respecta a los procesos de carácter técnico necesarios para la sedación y la recuperación. En ocasiones es asesorado por algunos médicos y enfermeras, en consideraciones como zonas estériles, técnicas de transporte y manejo del niño, así como de las diferentes modalidades de inducción anestésica infantil y las reacciones corporales que provocan las mismas en cada paciente, entre otras observaciones y protocolos. Es posible que el psicólogo interfiera en alguna práctica médica si en los pasos requeridos para el proceso quirúrgico, el niño es tratado de alguna forma que acreciente su ansiedad.

Los psicólogos practicantes que ingresan en al pabellón y realizan las inducciones psicoprofilácticas pertenecen al Servicio de Neurología y Psiquiatría del HLCM. Este Servicio tiene cinco Unidades Asistenciales: Neurología, Psiquiatría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Psicología, donde específicamente es supervisado el trabajo de los psicólogos practicantes.

Hasta este Servicio son derivados los pacientes desde los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Consultorios de Atención Primaria, COSAM y desde el CRS Cordillera en busca de atención Secundaria o Terciaria de diagnóstico y tratamiento de especialidades médicas o de las disciplinas afines. La intervención en esta Unidad puede ser tanto ambulatoria como intra hospitalaria. En el caso de los alumnos practicantes de psicología, que participan de la intervención psicoprofiláctica, además de esta iniciativa, realizan terapia psicológica a la población beneficiaria antes mencionada en los box de atención ambulatoria, en contacto directo con neurólogos y psiquiatras, si el caso lo exige.

La diferencia fundamental del Servicio de Neurología y Psiquiatría con las otras Unidades del Hospital se basa en entregar atención prioritaria para pacientes ambulatorios derivados de consultorios de atención primaria o de otros Servicios.

El jefe del Servicio es el Doctor Marcelo Devilat, quien además es Director de la Unidad de Neurología; dotada de una sub unidad de Electroencefalografía, a cargo del Doctor Bolívar Valenzuela.

El Doctor Arturo Grau dirige la Unidad de Psiquiatría, que cuenta con una Sub Unidad docente asociada a esta, destinada a Terapia Familiar, la cual es dependiente de la Universidad de Chile.

A cargo de la Unidad de Psicología están Sandra Oltra y Ana María Puga, quienes, coordinan, dirigen y supervisan las Prácticas Profesionales de los alumnos que proveen la atención psicoprofiláctica. Sandra Oltra, además se encarga de

mantener el nexo entre éste Servicio y el Servicio de Cirugía, manteniendo contacto directo con la Enfermera Jefe del mismo, quien supervisa el trabajo del personal Técnico Paramédico y las Enfermeras.

Al comienzo de la intervención de Psicoprofilaxis Quirúrgica en el Servicio de Cirugía, los alumnos en práctica realizaban sus labores con delantal blanco y no ingresaban al Pabellón Quirúrgico con los pacientes que iban a ser intervenidos. Luego de un par de meses trabajando de esta forma, la Enfermera Jefe de ese entonces, conminada por las solicitudes de los técnicos paramédicos y enfermeras participantes del proceso, solicitó el ingreso del equipo de psicólogos a pabellón, hasta que los niños fueran inducidos anestésicamente, con miras a dar continuidad y efectividad al proceso.

Esta petición se gestó debido a que el corte hecho justo antes del ingreso a pabellón generaba de todas formas una inducción evidentemente ansiosa para los niños. De esta forma, se realizaron las capacitaciones pertinentes para que los alumnos manejaran información relacionada con la prevención de infecciones intrahospitalarias mediante la higienización de superficies, material quirúrgico y el lavado de manos, además de presentar a los mismos la inducción anestésica en pabellón. Fue entregado también con esto un nuevo uniforme, el cual desde siempre ha sido exigido normativamente a todos los funcionarios que ingresan a pabellón y a las zonas estériles.

El psicólogo interventor, pasó a formar parte del equipo que rodea la mesa de operaciones y se instaló necesariamente a un costado del anestesista, frente a una técnico paramédico. Este espacio le permite estar muy cerca del paciente cuando éste se duerme y lograr que el proceso se finalice en lo posible manteniendo contacto verbal, ocular o físico con el niño, a través del cual se le permite llevar a cabo cualquier método necesario para lograr una inducción anestésica lo menos estresante posible.

Con este movimiento inclusivo, muchos niños fueron anestesiados e intervenidos bajo niveles menores de ansiedad, según la información entregada por los funcionarios que se entrevistaron para esta investigación y cuyos argumentos fueron muy útiles para delinear la historia de la intervención psicoprofiláctica en el HLCM y que se resumirán más adelante.

La intervención además, ha pasado por diversas reestructuraciones metodológicas, las que han sido desechadas debido a que finalmente, en la práctica, no influían aumentando el desarrollo eficiente de la intervención. Se desecharon, por ejemplo, diversas metodologías de acopio de datos, sobretodo relacionados con la opinión de los padres acerca del proceso y sus aportes para volver más eficiente el mismo.

Todas las normas y protocolos exigidos por el equipo quirúrgico han sido consensuados.

Antes del ingreso de esta iniciativa al Servicio de Cirugía, se administraba midazolam a los niños que presentaban manifestaciones ansiosas llamativas o incontrolables. La administración de este medicamento sedante se vio reducida con el ingreso del psicólogo a pabellón. Actualmente sólo suele utilizarse el midazolam de manera previa a ciertos exámenes oculares como la oftalmoscopia o estudio del fondo del ojo, donde el paciente debe intentar mantener la calma y no pestañar, tarea difícil cuando el examen debe realizarse sobre todo a niños menores de 5 años.

Sandra Oltra, psicóloga supervisora de esta iniciativa se refiere a la continuidad de esta intervención, mencionando que al no existir practicantes, el proyecto no podría seguir llevándose a cabo. Esto dada la exigencia económica que representa para el Hospital la incorporación no de uno, sino de varios psicólogos de planta al Servicio en beneficiado, los cuales eventualmente serían necesarios para responder eficientemente a la demanda asistencial diaria.

Para la profesional, la necesidad de depender del trabajo con practicantes es referida como una debilidad del mismo proceso psicoprofiláctico, ya que la incorporación recurrente de alumnos en práctica hace a que la regularidad con la que se ofrece la intervención sea siempre inestable.

Por otro lado, en pre cirugía, los psicólogos tienen la oportunidad de compartir espacios con otros profesionales y voluntarios que acuden a diario para apoyar a los pacientes y sus familias en el momento previo a la intervención.

Una de las iniciativas participantes en el mismo Servicio es la de los payasos de hospital. Ellos buscan disminuir el malestar psicológico de los niños que esperan ser intervenidos por medio de la risoterapia y el juego, acompañando a los niños. Éstos profesionales están especializados en trabajar en entornos pediátricos, proporcionando a los pacientes otra vía de expresión emocional, control e interacción social durante la espera, buscando reducir la ansiedad o estrés de los pacientes y sus familias durante la hospitalización y tratamiento. Los objetivos explícitos de su trabajo son la búsqueda de entretenimiento y divertimento como vías de la distensión emocional principalmente a través de la risa (Koller y Gryski, 2007).

Los también llamados *clowns* se acercan a los niños, dependiendo de la disposición emocional y anímica que presenten para participar de la iniciativa y luego acogen las dolencias y preocupaciones de los pacientes beneficiados, dándoles otro sentido, poniéndose en posición de otro niño que acompaña.

Al ser actores, además de profesionales de la salud o las ciencias sociales, en ciertos casos los payasos pueden encarnar más concretamente a un otro en casi igualdad de condiciones, con un idioma y modo de pensar cercano a los niños. Esta modalidad de intervención es útil para jugar y movilizar la posición infantil dentro del espacio médico. Así, un niño que antes es puesto en lugar de no saber, puede efectivamente saber qué hacer y empoderarse mediante ayudar al clown que actúa a ratos con premeditada ineptitud y así ganar espacio y poder en el contexto médico. El niño puede incluso pasar a ser cuidador del clown, recibiendo todo el poder sanador que la risa puede otorgar (Koller y Gryski, 2007).

El payaso puede cambiar la percepción que el niño tiene del contexto hospitalario mediante su sola presencia, a la vez que facilita la muy necesaria liberación de tensión, aumentando el sentimiento de control, bienestar y aceptación.

Anthony Hippisley Coxe (2007) indica que los niños quieren al clown debido a un motivo muy sencillo, pero cargado de significado y empatía: Expresa, en voz alta y de forma elocuente, la confusión sentida muchas veces por los niños integrados al mundo adulto. Según Hippisley, este trabajo, puede resumirse en tres conceptos clave que cruzan el trabajo del payaso terapéutico: reafirmación, juego/humor y relaciones de apoyo.

De cara a determinar la efectividad de este tipo de intervenciones exclusivamente en el proceso de ingreso al pabellón quirúrgico, un estudio realizado por Victoria Meisel, Karin Chellew, Esperança Ponsell, Ana Ferreira, Leonor Bordas y Gloria García-Banda de la Universitat de les Illes Balears y la Asociación Sonrisa Médica (2009), determinó que el acompañamiento de los payasos en el espacio de intervención quirúrgica propiamente tal no tuvo un efecto significativo sobre el malestar de los niños y niñas. En comparación con otros estudios (Gorfinkle et al., 1999; Vagnoli et al., 2007; Vagnoli et al., 2005), que comprobaban la utilidad de este tipo de intervenciones dentro del quirófano, en operaciones dolorosas o invasivas, no pudo determinarse si ésta utilidad se debe al payaso terapéutico o a la presencia paralela de los padres durante la intervención.

Es interesante subrayar que los niños mayores (de 9 a 13 años) son los que más se beneficiaron de la intervención antes mencionada, mejorando su estado anímico (Meisel, Chellew, Ponsell, Ferreira, Bordas y García-Banda, 2009).

Además, asisten con frecuencia grupos de cuentacuentos a la sala preoperatoria, conformados por voluntarias que acompañan a los niños. Cada una de las tres iniciativas que comparten espacio dentro de la rutina previa a la intervención quirúrgica, buscan confortar a los niños, acompañarlos y velar por su salud y bienestar tanto mental como físico, enmarcando su trabajo en la diversidad de posibilidades que deben cubrirse frente al amplio público beneficiario.

Al finalizar el proceso investigativo, se persiguió por medio de las conclusiones, dar lugar de forma más certera y diferenciada al rol que el psicólogo posee dentro de éstas iniciativas y también en comparación con los participantes del equipo médico/quirúrgico.

1.1.5 Investigaciones relacionadas con la Psicoprofilaxis Quirúrgica

Alberts y cols. (1989) y J. Moix (1992) han generado diversas investigaciones para analizar los efectos de la intervención psicológica ante un proceso quirúrgico. Gracias a éstas observaciones, un equipo médico trabaja con los pacientes quirúrgicos buscando beneficiarlos procediendo desde un enfoque asistencial integral, que acoja el estrés que una cirugía provoca a determinado paciente, independiente de la edad que éste tenga (Benyamini, Y., Leventhal, H., 1997).

Maria del Carmen Mucci, Mabel Besada, Paula Cebral, Susana Corral, Susana García, Cristina Lado, Carina Makler, Karina Stocco y Adriana Torres Mucci, psicoanalistas participantes de la Sección de Psicopatología y Salud Mental del Hospital General de Agudos J. M. Penna, en Argentina, realizaron, en 1995 un trabajo libre titulado “*Psicólogos Trabajando con Cirujanos: Los Inicios de una Experiencia*”, en el marco de la Primera Jornadas Municipal de Admisión y Consulta de dicha institución hospitalaria. Esta investigación vislumbró los efectos que la incorporación de un equipo de salud mental tiene dentro de un contexto médico/quirúrgico, con el objetivo de atender integralmente a pacientes de todas las edades.

Las psicólogas, se refieren de esta forma a la disposición que cada paciente en particular presenta ante la intervención quirúrgica:

Ante la indicación de una operación, cada enfermo reactualiza, desde la singularidad, su historia de enfermedades, padecimientos y sufrimientos. Dependerá de la armazón simbólica con la que cuente, el que pueda historizar ese "acto médico" agresivo, paradójicamente curativo. Al decir historizar, aludimos a que el "acto quirúrgico" no quede silenciado, aislado de su trama vivencial. Que la palabra del paciente no quede obturada por el silencio. (p. 4)

Es imprescindible además continuar abordando terapéuticamente al paciente luego de la cirugía, para que pueda sobrellevar el dolor y la confusión con que se enfrenta luego de que despierta de la operación.

Las profesionales declaran además que cada intervención se encuentra interferida por diversos factores relacionados con la historia de vida y las relaciones del paciente. Con esto se refieren a duelos posiblemente revividos en la nueva cirugía, que remiten a ciertos temores previos en el paciente y también a la dinámica surgida entre el mismo y su familia durante la internación, que en el caso de los niños, depende sobre todo de los vínculos preexistentes; pudiendo representar incluso una limitante si se enmarca en familias con deficiencias o distorsiones, vinculares o de comunicación.

También se han generado otras instancias exploratorias realizadas en algunos recintos médicos donde se ha implementado la Psicoprofilaxis: en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital San Juan de Dios, en la ciudad de Guatemala, se benefició con ella a niños entre los 5 y 13 años, para determinar la incidencia de la información preoperatoria en la ansiedad vivida frente a una intervención quirúrgica e investigando la eficacia de dicha técnica cognitiva, como preparación previa a la intervención quirúrgica. (Del Carmen Mejicanos, 1983). Se recurrió a tres grupos de 15 niños cada uno: un grupo control, el que tenía contacto con el experimentador pre y post test; otro grupo contacto/control, que mantuvo contacto con el experimentador además del pre y post test, pero sin preparación psicológica; y un grupo experimental, conformado por niños instruidos con preparación psicológica cognitivo conductual.

Las medidas pre y post test para esta investigación incluyeron: (a) presión arterial, (b) pulso, (c) dosificación enzima DBH: dopamina en noradrenalina, (d) notificación de la expresión músculo/esquelética, dada por la conducta observable por medio de la escala Likert y (e) un diagnóstico T.A.T. con modificaciones (dos láminas hospitalarias y dos láminas sin tema específico, inventadas para el estudio) (Del Carmen Mejicanos, 1983).

Al grupo control se le contaba un cuento cualquiera, apoyado con imágenes, mientras que al grupo experimental se le presentaban fotos proyectadas de algunos eventos que le suceden a un niño cuando acude a un hospital: incluyendo las diferentes personas que conoce, los lugares donde va a estar y algunas sensaciones esperables, por medio de una narración y la posterior apertura a preguntas. Este grupo experimental, además asistía a una visita guiada a pabellón (Del Carmen Mejicanos, 1983).

Como resultado, el grupo experimental evidenció menos ansiedad que los grupos control y contacto/control en las mediciones de presión arterial, pulso y T. A. T. (Del Carmen Mejicanos, 1983).

En el estudio de Del Carmen Mejicanos antes presentado (1983) la compañía del experimentador no produjo diferencias significativas, aunque la intervención psicológica cognitivo conductual disminuyó la ansiedad vivida y los costos que el hospital dispensó de forma posterior a cada una de las intervenciones quirúrgicas.

En Chile ésta práctica clínica se encuentra poco desarrollada y llevaba poco más de dos años de implementación en el Hospital Luis Calvo Mackenna al momento de realizarse la investigación. La intervención está destinada a niños de entre 1 y 16 años y es llevada a cabo por alumnos en práctica de diversas escuelas de psicología y psicólogas de planta que supervisan este trabajo.

1.1.6 Investigaciones relacionadas al trabajo interdisciplinario en Psicoprofilaxis Quirúrgica

El trabajo psicoprofiláctico realizado por los psicólogos en el HLCM se respalda en investigaciones realizadas por los mismos alumnos y con referencia a métodos extraídos de material extranjero. A pesar de la necesidad imperiosa de trabajar de forma interdisciplinar, no existen mayores referencias a las consecuencias que el ingreso del psicólogo a pabellón tiene en el equipo quirúrgico relacionado.

Con respecto a ésta problemática, existe un informe realizado el año 1995 por psicólogas participantes de la Sección de Psicopatología y Salud Mental del Hospital General de Agudos J. M. Penna, en Argentina, quienes se sumergieron en el espacio quirúrgico, buscando conocer la opinión de los integrantes del mismo ahí donde el psicólogo inserta sus saberes y comparte un objetivo con el médico. (Mucci et al., 1995).

En 1994, en el marco de las jornadas cerradas de participación de dicho Hospital, el equipo presentó el estudio titulado "*Análisis retrospectivo de la demanda de Psicoprofilaxis Quirúrgica en el Hospital: Oferta y prospectiva*" (Mucci et al.,

1995). En él surgieron diversos resultados relacionados con la demanda del equipo médico frente al programa de Psicoprofilaxis, los cuales generaron los lineamientos para poder plantear así el rol del psicólogo dentro del espacio médico/quirúrgico.

Las psicólogas pudieron concluir que la intervención realizada en el recinto hospitalario era escasamente requerida por quienes trabajaban en el Hospital, lo que volvía poco relevante a la psicoprofilaxis quirúrgica como aporte a la práctica médica.

Por lo general, la iniciativa era más requerida por Ginecología y Urología, siendo demandada de vez en cuando por Cirugía General, donde se solicitaba intervención sólo en el post operatorio (Mucci et al., 1995).

Luego de diversas visitas al contexto médico/quirúrgico y de recabar los argumentos en relación a la demanda de esta iniciativa y las razones para prescindir de ella, el equipo de psicólogas concluyó que esta poca relevancia dada por el equipo médico a la intervención psicoprofiláctica se debía a "cierto encierro y aislamiento, y el temor y desconfianza que lo vinculado a lo 'psi' parecería despertar en el equipo de salud" (Mucci et al. 1995, p. 2). Junto a esta interpretación, también atribuían este aislamiento al papel que ellas mismas se concedían en el espacio médico, ya que, a pesar de contar con recursos suficientes para poder expandir la ayuda psicoprofiláctica, las psicólogas no difundían ni promovían las ventajas de esta intervención dentro del equipo médico o entre los pacientes, lo que por ende tenía

como resultado la no solicitud de su apoyo, llegando incluso a intervenir la escueta cifra de un solo paciente al mes.

Por otra parte, tampoco se habían documentado los resultados de la eficacia práctica que ésta intervención había alcanzado tanto en el hospital, como en los pacientes, en tanto iniciativa reductora de ansiedad y costos económicos: con esto, se descontaba también a la Psicoprofilaxis Quirúrgica como una práctica sistematizada.

Luego de generar los resultados, las psicólogas decidieron participar de una mesa de diálogo con equipos médicos de distintas especialidades, coordinados por el Jefe de Cirugía del hospital.

En dicha reunión, los cirujanos generales fueron quienes criticaron y cuestionaron más acérrimamente la validez práctica de la Psicoprofilaxis. Las críticas nuevamente se dirigían hacia la falta de objetivación de los resultados y el desconocimiento del proceso psicoprofiláctico en tanto método de trabajo. (Mucci et al., 1995). Los médicos por su parte, cuestionaban abiertamente la calidad de la intervención, preguntando si se trataba de una pérdida de tiempo y no sabían cómo discriminar cuál paciente necesitaba la intervención y cuál no, desconociendo además el lugar que les correspondía a los psicólogos en la rutina preoperatoria.

A raíz de éstos resultados el jefe de Cirugía invitó a las psicólogas a participar de las visitas diarias a los pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital, lo que fue interpretado por las participantes como un desafío, dadas las condiciones en las que Cirugía General recibía y significaba la intervención psicoprofiláctica.

Al comenzar el trabajo, el encuentro con terminología médica tendió a confundir e intimidar a las psicólogas participantes: Incluso se sorprendieron al ver que los médicos se detenían y elaboraban diagnósticos y tratamientos ante camas vacías. Pese a esto, poco a poco comenzaron a surgir los elementos y herramientas fundamentales del trabajo del psicólogo en el espacio médico.

En un principio la tarea de las participantes era escuchar y observar el desarrollo de estos recorridos. A partir de este trabajo, surgió la demanda tanto de médicos como de pacientes, gracias a las intervenciones dialógicas generadas desde el equipo de psicólogas hacia ellos (Mucci et al., 1995). Ésta demanda, llevó a las profesionales a interrogarse sobre el surgimiento de un nuevo significado circundando la presencia del psicólogo en el espacio médico, consideraron como bastiones de su trabajo y anclas para su permanencia las dos herramientas básicas con las que cuenta el psicólogo para realizar su labor: la escucha y la palabra.

Pasada esta etapa, se preguntaron acerca de las diferencias entre el trabajo del médico y el del psicólogo en el mismo espacio. A raíz de esta pregunta, descubrieron una posición ideológica fundamental que cruza el trabajo médico: Según el método quirúrgico, la enfermedad es algo que se soluciona echándolo fuera. Esta posición es sostenida por médicos desde comienzos de la disciplina y genera el deseo de responder entonces cómo soluciona el psicólogo la *enfermedad* o malestar a los que se enfrenta.

Otra diferencia fundamental habla sobre el significado que ambas disciplinas le dan al paciente y se otorgan entre ellas. Este significado sólo puede salir a la luz en tanto ambas disciplinas se dan espacios de participación e interacción que crucen sus métodos, ideologías y tratamientos (Mucci et al., 1995).

Todas estas interrogantes derivaron en autocríticas de las profesionales y llevaron a las mismas a la reflexión sobre los puntos de vista médicos y psicológicos: “¿Miramos lo mismo?, ¿Escuchamos lo mismo? ¿Se tratará de ir trazando diferencias?, ¿Desde ambos discursos y saberes, sería posible integrar la mirada médica y la escucha psicológica, preservando la especificidad de cada una de ellas?” (Mucci et al., 1995, p. 4). Sumado a esto incluso surge una interrogante tendiente a determinar si todos los pacientes necesitan de una psico profilaxis, lo que las psicólogas llamaron *intervención psi*.

Gracias a las instancias de diálogo con potenciales pacientes beneficiarios, el estudio reveló que los pacientes demandantes necesitaban básicamente poner en palabras esa ansiedad que les invadía antes de someterse a un proceso quirúrgico, lo que sirvió de fuerza impulsora para la búsqueda y asentamiento de nuevos espacios e instancias en las que las profesionales en salud mental pudiesen no sólo intervenir, sino también buscar encarecidamente una posibilidad de investigar, luego de ser aceptadas dentro del equipo interdisciplinario que las integraba a la práctica diaria. Por medio de la investigación descubrieron la posibilidad de trazar un puente a la sistematización que les solicitaba el equipo médico, siendo incorporadas incluso en aquellas instancias no estrictamente psicopatológicas.

Como descubrimiento fundamental en pos de la integración interdisciplinaria, se despeja un punto básico y fundamental que une a psicólogos y médicos, como pilar de la comunicación entre ambas disciplinas: el paciente, quien articula el trabajo diario, dándole además relevancia ética (Mucci et al., 1995).

Tanto en Chile como en el extranjero, las investigaciones concernientes al impacto de ésta iniciativa, están en su mayoría centradas en las repercusiones que ésta genera en el infante beneficiario y sus padres o acompañantes, luego de una intervención quirúrgica. El desarrollo teórico en relación a esta intervención como una variable que reestructura las prácticas y significados de una organización social interdisciplinaria, es mucho menor.

Según Solano (2003): “A pesar de estos hallazgos, en la mayoría de los centros quirúrgicos –aún los más avanzados del mundo– las necesidades emocionales de los pacientes son asistidas por médicos clínicos, cirujanos y anestesistas sin la participación de un psicoterapeuta especializado” (p. 11). Cabe preguntarse si prescindir del trabajo del psicólogo en pabellón se debe a la falta de expansión de este tipo de iniciativas o a la reticencia de uno de los dos equipos en cuestión por aunar esfuerzos -y eventualmente compartir rutinas, espacios o negociar métodos- con miras a brindar una atención integral.

1.2 Formulación del Problema y Pregunta de Investigación

Considerando el trabajo realizado por las profesionales argentinas expuesto anteriormente y tomando en cuenta la importancia que reviste el estudio actualizado

de métodos o técnicas que permitan mejorar y agilizar la atención del paciente, se vuelve ineludible evaluar el impacto de este tipo de intervenciones en la percepción que los equipos receptores tienen de ellas. Esta interrogante cobra relevancia en tanto busca un resultado que vaya más allá de un catastro de los sectores donde se demanda la intervención o el ingreso del psicólogo. Afortunadamente, a diferencia de la respuesta que obtuvieron las psicólogas argentinas citadas previamente, el psicólogo ya ha sido integrado con éxito a la rutina y estadios de tratamiento quirúrgico, por lo que sería interesante indagar acerca de las etapas que tuvo esta incorporación y las razones que actualmente fundamentan la permanencia del profesional en cuestión, dilucidando el significado que el mismo tiene dentro del Servicio de Cirugía: un ámbito que no ha sido considerado a la hora de investigar o que, como es el caso del lugar donde se realiza el estudio, la evaluación o registro de ello ha sido sólo informal, lo que vuelve necesario sistematizar y aterrizar la experiencia e impresiones relatadas.

Tomando en cuenta el gran paso que significa la inclusión de las metodologías e interpretaciones de un psicólogo en un espacio antes eminentemente médico, impresiona la escasez de informes acerca del impacto y las consecuencias que esta intervención tiene en el equipo receptor y en el proceso quirúrgico propiamente tal, sobre todo considerando que la incorporación, con su ingreso solicita también la sucesión de tiempo, espacio y materiales antes utilizados por médicos, enfermeras y paramédicos.

Como se dijo anteriormente, específicamente dentro del Hospital que compete a esta investigación, sólo se cuenta con evaluaciones y opiniones grupales, de tipo informal, generadas coloquialmente en conversaciones de pasillo, dentro de la misma jornada laboral que comparten todas estas disciplinas o en las instancias de supervisión y coordinación tanto de psicólogos como profesionales del Servicio de Cirugía. Estas elaboraciones no cuentan con registro o investigación más profunda relativos a analizar aquellos espacios dialógicos y relacionales donde los involucrados se expresan acerca del desarrollo e integración de saberes, disciplinas y métodos involucrados. Los profesionales implicados tampoco tienen nociones acerca de la opinión que tiene un equipo respecto del otro, ni tampoco de los papeles, deberes o métodos puestos en marcha con el nuevo experto que hace ingreso: No existe registro de aquello que fundamenta la necesidad de que éste permanezca y participe de la rutina en cuestión.

En primera instancia, se procedió persiguiendo deliberadamente una respuesta amplia, ya que no se contaba con información acerca del real alcance de los efectos que el psicólogo representó para el subsistema estudiado, ni tampoco se conocía la parcela de trabajo mayormente afectada por su ingreso: Fue a través de los mismos argumentos de los participantes que se logró la especificidad de las respuestas, hacia formulaciones cargadas de sentido que evidenciaban un real efecto sobre el discurso e interpretaciones sostenidas frente al trabajo del psicólogo en Cirugía, más que la crítica hacia las modificaciones que cada participante debió aplicar a su praxis diaria.

Los psicólogos participantes, en tanto, no cuentan con un historial de lo que éste proceso ha requerido a lo largo del tiempo ni de lo que ha significado para el equipo médico y sanitario integrarlos a pabellón, en términos metodológicos, emocionales o prácticos. Es interesante recabar estos puntos de vista, ya que el foco de atención que cada profesional maneja dentro del trabajo pre y post quirúrgico difiere a veces de forma considerable. Sólo basta con atender a polaridad mente/cuerpo que cruza el trabajo del equipo de médico y del equipo de salud mental a diario y que implica la generación discursiva de cuestionamientos sobre la eficacia y necesidad de algunos métodos incorporados a las labores diarias por cada una de las disciplinas.

Debido al carácter interdisciplinario que ineludiblemente caracteriza la intervención psicoprofiláctica quirúrgica y a su reciente implementación en el HLCM, es necesario que se unifiquen esfuerzos entre enfermeras, arsenaleras, médicos, anestesistas, técnicos paramédicos, auxiliares de aseo, camilleros, psicólogos y todo el resto del personal sanitario, colaborando dentro del espacio quirúrgico y fuera de él, con el fin de otorgar al paciente pediátrico una mejor experiencia sanitaria pre y post quirúrgica, integrando también a la familia del niño o a sus acompañantes, si cada proceso quirúrgico lo permite.

Esta unión de disciplinas, técnicas y conocimientos, junto con la adaptación al contexto en que se encuentra el Hospital que sirve de contexto, ha implicado diversos cambios en el tratamiento del paciente, en las prácticas y procedimientos en las salas preoperatoria y de recuperación, así como en el quirófano mismo.

Según lo observado a priori, todos los involucrados han cedido parte de su espacio, roles y significado dentro del quirófano, trazando puentes, negociando prácticas y marcado también nuevas fronteras donde antes había un espacio vacío o no configurado, que ahora ha tenido que signarse y nombrarse: Que aún lucha por tener un significado que vista además un rol propio, en constante definición.

Esta investigación, además considera el carácter público del Hospital y su categoría de pionero en este tipo de intervención en Chile, lo que ha significado para los psicólogos que dieron los primeros pasos en pabellón y solicitaron por primera vez los espacios y modificaciones antes mencionadas, la incorporación de mitos y argumentos que son concedidos por el equipo quirúrgico a modo de advertencia y guía para quienes ingresan por primera vez al espacio médico y no saben qué acogida o acontecimientos van a encontrar en él.

Al parecer, a pesar de no encontrarse escrita ni estipulada en algún reglamento, esta inducción brota en la enseñanza diaria que la práctica psicoprofiláctica provee y cruza los relatos de los participantes. Bien recibida por algunos, generadora de ansiedad para otros, esta asociación se vuelve finalmente útil para muchos pacientes pediátricos y para los ejecutores en general.

En este sentido la pregunta de investigación sería: ¿Qué efectos ha tenido el proceso de incorporación y desarrollo de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en los integrantes del Servicio de Cirugía del Hospital Luis Calvo Mackenna?

Se intentó buscar la configuración de una respuesta que no sólo recabara información proveniente del equipo médico quirúrgico, sino que aportara a la unión de ambas disciplinas y a optimizar la intervención psicoprofiláctica quirúrgica, diferenciando el aporte que significa incorporar el rol del psicólogo a la práctica médica.

1.3 Aportes y Relevancia de la Investigación

Las implicaciones prácticas de esta investigación residen en que gracias a ella se generó conocimiento preciso y transparente acerca de las inquietudes, reestructuraciones, dinámicas y significados desprendidos desde un equipo quirúrgico/médico (enfocado principalmente en las condiciones físicas de un paciente), frente a una intervención realizada por un equipo de psicólogos (enfocados a su vez en las condiciones psicológicas presentadas por el mismo paciente), ambos trabajando para un niño que se expone a una situación crítica y potencialmente estresante.

Así también, la investigación obtuvo nociones un tanto más certeras acerca de las utilidades, potencialidades, deficiencias, fortalezas y aportes de un equipo de salud mental trabajando en quirófano, más allá de las propias sentencias generadas a priori o de atribuciones superficiales. Los resultados obtenidos son de gran utilidad para quienes deseen ingresar o interiorizarse en la intervención psicoprofiláctica o para quienes ya llevan tiempo desarrollándola y desean conocer los requisitos necesarios para integrarse en el equipo involucrado.

Por su parte, la relevancia teórica de la investigación aparece en tanto abre una nueva posibilidad de conocer qué involucra la unión entre dos disciplinas - aparentemente dispares, aludiendo a la constante discusión acerca del lugar, rol y utilidad de la psicología en el ámbito científico y médico-, en un contexto que pone a ambas en contacto directo, para ayudar a una persona enfrentándose a una crisis no normativa. Además, en investigaciones previas sólo se ha puesto atención a los efectos que la intervención tiene en los pacientes que se benefician de ella y en responder sobre la utilidad de integrar a un psicólogo a pabellón. Como la Psicoprofilaxis Quirúrgica ya está en marcha dentro del HLCM, cabe investigar a qué se debe su permanencia y que ha implicado la misma, lo que llenaría un espacio disponible aún no investigado.

La investigación también adquiere relevancia social: Esta intervención no sólo ha sido precursora en Chile, sino que ha debido adaptarse a los recursos y características que ofrece el trabajo diario en un hospital público y pediátrico. En este contexto, la investigación permite conocer el modo en que los equipos de trabajo involucrados en dicha implementación han estado dispuestos a trabajar en conjunto con miras a elevar la calidad de vida no sólo de los niños beneficiados, sino también de sus familias, a costa de ceder y recibir nuevos espacios laborales, modificando sus formas de interacción, generando significados nuevos, luchando contra ciertos prejuicios.

Todo el trabajo multidisciplinario permite fundamentalmente mejorar la calidad de la atención médica recibida por estratos sociales que no siempre alcanzan a

gozar de las políticas de mejoramiento en la atención hospitalaria de nuestro país, debido a la escasez de recursos.

El paciente pediátrico y su familia, son quienes eventualmente pueden verse expuestos a enfrentar una o más intervenciones quirúrgicas con tal grado de ansiedad y desconocimiento, que sus capacidades cognitivas y emocionales requieren un ambiente seguro y receptivo, atento a sus necesidades y centrado en su bienestar frente a una nueva experiencia, paradójicamente sanadora y dolorosa a la vez. Mientras ambos equipos sepan qué necesitan el uno del otro para la atención holista de los pacientes, el funcionamiento organizacional del Servicio de Cirugía lograría una atención más eficaz y posiblemente mejoraría las relaciones inter equipos que se ponen en marcha gracias a la intervención en cuestión.

La presente investigación busca a través del registro y análisis de los argumentos del equipo quirúrgico, lograr que quienes llevan a cabo la intervención psicoprofiláctica día a día, sean capaces de contactarse con las emociones, expectativas, puntos de vista, dudas, aprensiones y valores de quienes velan por una práctica quirúrgica integral e impecable, mientras incorporan para ello al psicólogo en el contexto quirúrgico.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Conocer los efectos que ha tenido el proceso de incorporación y desarrollo de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en los integrantes del Servicio de Cirugía del Hospital Luis Calvo Mackenna.

2.2 Objetivos Específicos

- Reproducir el significado que los integrantes del equipo quirúrgico dan al proceso psicoprofiláctico realizado por los psicólogos participantes.
- Identificar las expectativas del equipo quirúrgico frente a la intervención.
- Identificar el rol que el psicólogo posee dentro del proceso y espacio quirúrgicos.

3. MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo de esta investigación es necesario incorporar a ella ciertas puntualizaciones que permitan una mejor comprensión de los resultados y objetivos. Para ello, se delinea un recorrido teórico e histórico de los fundamentos y conceptos necesarios para poder discutir y pensar al psicólogo inserto en una iniciativa de trabajo interdisciplinario con otro equipo, implementando y modificando la intervención psicoprofiláctica quirúrgica, dentro de una Organización Social sanitaria, inserta en el contexto de la Salud Pública Chilena. Para ello, se presentan a continuación dichos contenidos, separados en dos ejes.

Cada concepto ha sido elegido de acuerdo a su concordancia con los antecedentes y el contexto en el que se desarrolla la intervención: Su base teórica y conceptual se enfoca básicamente en la Teoría General de Sistemas, aplicada a la Psicología Organizacional.

3.1 Bases Teóricas de la Psicoprofilaxis Quirúrgica

El asentamiento de las bases teóricas de la psicoprofilaxis quirúrgica, se generan a comienzos del siglo XX, gracias a un profundo cambio en el campo científico, que redefinió las relaciones entre la medicina y la psicología hasta el momento. Este movimiento paradigmático, introduce un cuestionamiento hacia el trabajo e interpretación del ser humano como un concepto dual, que hasta entonces se encontraba fundamentado por el desarrollo cartesiano del pensamiento. Desde este

cuestionamiento, el hombre pasa a ser un Sistema complejo en el que se relacionan y generan variables biológicas, psicológicas y sociales: Es un sujeto bio – psico – social.

3.1.1 Fundamentos de la Psicoprofilaxis presentes en la Neuroinmunoendocrinología.

Para el año 1940 Franz Alexander estipula que el paciente vuelve a ser considerado integralmente como un ser humano con preocupaciones, temores y esperanzas, de las que no puede desprenderse del todo y que conforman un todo indivisible con él. El ser humano ya no es sólo un cuerpo u órgano enfermo, que no actualiza su estado emocional y mental a partir de un cambio físico. Gracias a este paso, el ser humano gana cierta legitimación como centro de interés médico y los aspectos psicológicos de un sujeto enfermo o consultante pasan a tener un foco de atención más amplio, poderoso e integrativo.

Ésta nueva calidad de atención científica hacia el sujeto como un todo, no siempre estuvo fuera de la consideración médica. En tiempos antiguos, la incorporación del clérigo al trabajo médico también era una práctica recurrente con miras a que el sujeto recuperara su salud. La nueva orientación psicológica recuperó éstos antecedentes y los incorporó a sus prácticas, dando a luz a una forma científica nueva,

Incorporando antiguos puntos de vista precientíficos dejados de lado cuando la medicina se tornó más

intolerante hacia todo vestigio de su pasado espiritual y místico, en una época en que la aristócrata de las ciencias naturales, la física, atravesaba la más profunda revolución en sus fundamentos, llegando a cuestionar la validez general del determinismo. (Solano, 2003, p.8)

Según Natalia Solano (2003):

El desarrollo del psicoanálisis es considerado como uno de los primeros signos de reacción contra el enfoque analítico unilateral de la medicina en la segunda mitad del siglo XIX. Fundamentalmente implicó, en sus orígenes, una reacción contra el abandono del hecho biológico esencial de que el organismo es una unidad y que la función de sus partes sólo puede ser interpretada desde el punto de vista del sistema total.

El psicoanálisis, posibilitó además que la psiquiatría cumpliera con introducir el punto de vista sintético en la medicina, luego de integrar la personalidad como su tópico principal.

La psicología de la Gestalt, generada gracias al importante concepto desarrollado por Kurt Lewin a través de la escuela de los campos en psicología, a su vez, arremete en contra de ésta orientación analítica que se encontraba recién en desarrollo. Solano (2003) sintetiza que su aporte más relevante en esta contrapartida

fue la relación planteada por esta escuela entre el todo y las partes: El todo no es igual a la suma de las partes, sino que refiere a una constitución diferente entre todas ellas:

Del estudio exclusivo de las partes no se puede interpretar el sistema total sino justamente lo opuesto. Sólo descubriendo el significado del todo es posible interpretar adecuadamente las partes. Así el organismo y la mente se constituyen en un todo indivisible (Solano, 2003).

Solano (2003), afirma que el desarrollo de la Neurología, además, facilitó una interpretación más comprensiva de las relaciones entre las partes del cuerpo gracias a los avances en el estudio del Sistema Nervioso Central, como Sistema regulador y unificador de diversas funciones corporales primordiales: “La unidad del organismo se expresa claramente en las funciones del Sistema Nervioso Central” (p. 8).

La endocrinología también dio luces acerca de esta regulación central del organismo. A partir del descubrimiento y categorización del Sistema Endocrino, se logran establecer conocimientos fundamentales sobre la estrecha relación entre las secreciones de diversas glándulas corpóreas de este Sistema y sus efectos a nivel neural, los cuales también desembocan en la regulación de funciones físicas.

Para Alexander, el hecho de que la mente dirija al cuerpo mediante este correlato constituye “la realidad más importante que se conoce sobre los procesos de

la vida” (Alexander, 1943, citado en Solano, 2003, p. 8). A partir de este planteamiento es posible afirmar que todas las emociones se expresan mediante procesos fisiológicos: la vergüenza, por ejemplo, puede ser evidenciada mediante el rubor o el nerviosismo, mediante la sudoración. El organismo responde además a ciertas situaciones y estímulos emocionales, mediante manifestaciones generadas en la interacción con otros, donde surgen espontáneamente gran cantidad de impulsos nerviosos como respuesta del organismo a su ambiente y a diversos contextos.

3.1.2 La generación de un enfoque integrativo.

Según la tesis de Solano (2003) la perspectiva anteriormente expuesta conduce poco a poco a un nuevo enfoque en el campo médico: la *medicina psicosomática*. Según la autora, esta expresión “podría ser considerada como una dicotomía entre psiquis y cuerpo. Sin embargo, si se considera lo psíquico como expresión subjetiva de procesos corporales, la dicotomía desaparece” (p. 9).

Posteriormente, ciertos estudios psicosomáticos fueron puestos en paralelo con investigaciones psicoanalíticas que han aportado una nueva mirada con respecto a lo que implica el hecho de enfermar y su etiología. De esta forma, el estudio de pacientes neuróticos reveló que perturbaciones emocionales permanentes pueden derivar en alteraciones crónicas del cuerpo: Se puede hacer referencia inmediata a manifestaciones clásicas de pacientes con una estructura de personalidad histérica, quienes incluso podían generar y servir de cuerpo a síntomas como parálisis y a ciertas deficiencias o atrofas musculares (Solano, 2003).

Estos avances y nuevas correspondencias teóricas pueden ser considerados como la base de múltiples elaboraciones que a lo largo del siglo XX sostienen la visión del ser humano como una unidad biopsicosocial. Surge, de hecho la psiconeuroinmunología que establece relaciones entre las diversas respuestas del comportamiento a nivel neural, endócrino e inmune, que permiten la adaptación del organismo a su ambiente y operan como una red de trabajo integrada.

Estos comienzos dan pie a que ya a partir del año 2002, las investigaciones en psiconeuroinmunoendocrinología de autores como Kiecolt-Glaser se refirieran a manifestaciones emocionales y psíquicas que repercuten negativamente en el estado psicósomático del paciente: La ansiedad, el estrés, la angustia e incluso la percepción de la amenaza afectan directamente al Sistema Inmunológico del sujeto en cuestión y derivan en la extensión del proceso de regeneración de tejidos y recuperación, en caso de que la sensación de amenaza o el estrés se generen a partir de dolor físico potencial o real. De hecho, múltiples investigaciones relacionadas, tanto anteriores como posteriores, señalan que los montos elevados de ansiedad, experimentada antes de una intervención quirúrgica llevan a una inadecuada adaptación postoperatoria y por ende, a una inadecuada recuperación (J. E. Johnson y cols., 1971).

En el enfoque de la psiconeuroinmunología se sostiene que ciertas moléculas son correlativos químicos de las emociones, lo que hace de ellas un puente entre lo físico y lo mental. La mente, desde este punto de vista sería una red de comunicación psicósomática extendida por todo el cuerpo. Pert indica incluso que las sustancias químicas que transmiten la emoción y los receptores de las mismas se encuentran en

casi todas las células del cuerpo. Las sustancias químicas del Sistema Inmunológico estarían cubiertas por receptores de las llamadas “moléculas de la emoción” (Solano, 2003, p. 9), lo que permite asegurar un correlato directo entre el estado emocional del sujeto y sus probabilidades de enfermar (Pert, 1995, citado en Solano, 2003), que pueden ir desde el potencial padecimiento de pequeñas dolencias hasta malestares o complicaciones graves de salud, derivadas de diversos virus.

Ya Alexander en 1943, defendía la necesidad imperiosa de generar nuevas investigaciones que confirmaran con más peso éstos supuestos teóricos de la época, deseo que se ve satisfecho, en parte, por los avances antes expuestos (Solano, 2003).

Sumado a esto, se ha vuelto imprescindible considerar el impacto subjetivo que tanto el diagnóstico como el proceso quirúrgico tienen sobre el paciente. Según el modelo transaccional de estrés psicológico de Lazarus y Folkman (1986, citado en Solano, 2003), éste nivel de impacto subjetivo depende entre otras cosas de cómo cada enfermo percibe, interpreta, evalúa y afronta la situación o, en el caso de los niños, de cómo sus otros significativos se explican y le explican la intervención.

3.1.3 El paso a la Psicoprofilaxis Quirúrgica como procedimiento psico terapéutico en sí mismo.

No existe documentación disponible acerca de la primera intervención psicoprofiláctica realizada a nivel mundial ni nacional, aunque sí se evidencia un paulatino y delicado paso desde los fundamentos antes expuestos y el surgimiento de la psicoprofilaxis como una nueva modalidad de atención.

De esta forma, se logró a lo largo del recorrido anterior, la asunción del nuevo paradigma en la atención al paciente, en el que se toma noticia de la ansiedad que implica someterse a un proceso quirúrgico, sea este ambulatorio o de mayor complejidad, considerando además el riesgo que puede representar esta experiencia paradójicamente sanadora para una persona, para hacer precisa la asistencia del paciente mediante Psicoprofilaxis Quirúrgica, más aún si la intervención quirúrgica se dirige a un paciente pediátrico susceptible de someterse a intervenciones dolorosas o desconocidas para él o para sus padres (Moix, 2010). En este sentido, esta intervención ha sido definida como:

Un procedimiento terapéutico, cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y post operatoria, así como a disminuir la vulnerabilidad física y psíquica. Por lo tanto ayuda al niño a elaborar este evento de su biografía de una forma constructiva. (Solano, 2003, p. 38; Doca & Costa, 2007)

Mardarás (1990), define a la intervención aportando un punto de vista sistémico, sosteniendo que la Psicoprofilaxis Quirúrgica además pertenece a un área de la psicología que “estudia el nivel psicológico de las relaciones que se establecen entre los distintos miembros de la situación quirúrgica y la situación en sí, con el fin de mejorar las condiciones psicosanitarias” (p. 2).

Gracias a los desarrollos de destacados especialistas, a medida que evoluciona como método, la psicoprofilaxis quirúrgica se ha constituido lentamente como una especialidad dentro de las psicoterapias, dadas ciertas características que la hacen única. Según autores, como Giacomonte (1994) es un tipo de psicoterapia breve, cuyo foco primario es la resolución de la conflictiva planteada por la cirugía, para el paciente.

Actualmente, en el abordaje del paciente dentro del proceso psicoterapéutico aludido, el rol del terapeuta es necesariamente activo y altamente flexible frente al uso de métodos y recursos disponibles (debe adaptarse a diferentes tiempos, recursos de todo tipo, niveles potenciales de vinculación con el paciente y su familia, su capacidad para intervenir en crisis, etc.).

Small, refiriéndose a esta forma de intervenir, recalca que “el propósito de la terapia breve es aliviar los síntomas y problemas puntuales; no se trata de modificar la personalidad” (Small, 1972, citado en Solano, 2003, p. 10), lo que requiere de rapidez, astucia y tolerancia metodológica aplicadas a la labor del psicólogo.

Algunas técnicas de preparación prequirúrgica incluirían: recibir y transmitir información -clara y verídica- a los pacientes pediátricos y sus familias, el juego médico con materiales propios del hospital y el dibujo; como vía de representación de lo que el niño sabe o espera de la operación, adecuando las distorsiones en su relato. En lo posible, el autor sugiere incluir visitas al hospital y algunas técnicas de distracción, relajación y entrenamiento del niño y sus padres o acompañantes. Todo

esto considerando vocabulario médico, mitos preexistentes a derribar y refuerzos positivos (Doca & Costa, 2007; López, Pastor & Rodríguez, 1994).

Este acompañamiento le permite al niño intervenido lograr una recuperación posterior más rápida lo que, indirectamente, le reduce costos a la institución hospitalaria y al paciente, ya que al reducir la ansiedad los pacientes adquieren un riesgo menor de padecer posteriormente complicaciones físicas, infecciones, depresiones postoperatorias, etc.: Efectos que podrían prolongar el tiempo de internación.

Además, la relación desarrollada entre el equipo médico, el psicólogo y el paciente le presentan a éste último un precedente menos ansioso en relación a posteriores intervenciones quirúrgicas (Doca & Costa, 2007).

Doca y Costa (2007) agregan otro objetivo a la intervención: Otorgarle tanto al paciente como a quienes lo acompañen un espacio diferente de relación vincular con el equipo médico, en una plataforma expedita y eficiente de información. Este espacio da cabida a la exposición y elaboración de preguntas, temores y mitos explícitos e implícitos que se desprenden de la información que manejan el paciente y sus acompañantes, la cual puede ser errónea, tergiversada o escasa.

En Argentina, María Inés Egozcue (196?), María Rosa Glasserman (1969), Florinda Glocer (1971), Arminda Aberastury (1978), Diana Goldberg, Guillermo Rinaldi (1978) y Susana Mandelbaum (1988), bosquejaron los estudios e intervenciones en Psicoprofilaxis Quirúrgica. Rinaldi, otro profesional argentino, se

destaca entre éstos especialistas como médico pediatra y psicoanalista, titular de la APA. En la actualidad este autor trabaja en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, en Buenos Aires, Argentina.

El autor reafirma que en toda intervención quirúrgica, las variables físicas y psíquicas se relacionan y articulan, pudiendo afectar “no solo el pronóstico médico del enfermo, sino acarrear consecuencias de tipo traumático a nivel psicológico” (Solano, 2003, p. 8).

Junto con esta formulación, Rinaldi (2001) genera desde los avances antes expuestos una interesante diferenciación acerca del proceso de acompañamiento psicológico previo a la cirugía, aludiendo a dos modalidades de *prevención psicosomática quirúrgica*, propuestos y analizados por él.

La primera modalidad de acompañamiento es llevada a cabo por el cirujano y el anestesiólogo, sin la intervención de un psicoterapeuta: Por esto es llamada *prevención psicosomática quirúrgica médica*. Esta práctica se asemeja al proceso que se lleva a cabo en el Hospital Luis Calvo Mackenna, cuando el paso de los pacientes al pabellón es llevado a cabo directamente desde la sala de Pacientes Críticos. Rinaldi (2003) y Solano (2003) corroboran su uso habitual en cirugías de urgencia, aunque en este caso los profesionales no descartan -sino que aconsejan- la potencial incorporación de un psicoterapeuta durante la convalecencia.

El mismo autor considera que el modelo ideal, aunque infrecuente, incluye al psicólogo como actor participante junto al equipo quirúrgico e incluso lo piensa

incorporado al mismo. Gracias a ésta característica, la segunda modalidad propuesta es llamada *prevención psicosomática quirúrgica psicoterapéutica* y para el autor, en ella es esencial que no se pierda la integración de todos los actores, profesionales y sus disciplinas a lo largo del proceso quirúrgico: el paciente y su familia y el equipo médico/quirúrgico donde se integra, sin duda, al psicólogo.

Este segundo modelo facilita, según Solano (2003), que desde el inicio del proceso quirúrgico el psicólogo pueda analizar el nivel de vulnerabilidad que tiene el paciente, “abriendo la posibilidad [incluso] de reconsiderar la intervención o su eventual postergación” (p. 11). Es potente e inspiradora para esta investigación, la fuerza con que la autora empuja a creer en el potencial de acción e intervención de un psicólogo trabajando dentro de un equipo médico.

Solano (2003), para justificar esta afirmación, solicita que el psicoterapeuta involucrado en el proceso psicoprofiláctico considere lo siguiente en la realización de su labor:

Para los profesionales, el medio quirúrgico es su ámbito cotidiano y no siempre pueden percibir claramente cómo este hábitat afecta a quienes no están familiarizados con él. El psicoterapeuta es quien puede facilitar la adecuada comprensión de los aspectos emocionales en juego en el ámbito de la hospitalización. (p. 11)

La autora proyecta finalmente una premisa fundamental para justificar esta investigación y que lleva a la pregunta acerca del impacto de este tipo de intervención en el equipo de Cirugía del HLCM. Sostiene que los beneficios del trabajo psicoprofiláctico encabezado por un psicoterapeuta, beneficia además al equipo médico/quirúrgico involucrado, ya que “disminuye la ansiedad en los médicos, dando paso a un sentimiento de empatía que facilita la escucha y les permite comprender y comprometerse con la experiencia emocional del paciente” (p. 11).

Es pertinente recordar la labor de Mucci et al., en su análisis de 1995, donde la demanda de Psicoprofilaxis Quirúrgica entre los beneficiarios del Servicio y la trascendencia del trabajo del psicólogo como promotor de éste tipo de intervenciones dependía de la iniciativa del terapeuta por insertarse, promoverse y dar respuesta a pacientes y médicos.

Rinaldi (2002), por su parte, recalca que sólo la presencia del psicólogo hace que la prevención psicósomática quirúrgica psicoterapéutica tenga sentido, dado su aporte para generar una visión bio – psico – social de los efectos que el evento crítico tiene en la vida del paciente.

El autor aporta un peso fundamental a la presente investigación, ya que nuevamente determina la incorporación del psicólogo como un experto fundamental dentro de una intervención interdisciplinar que logra además una oleada de procesos que mejoran la calidad del servicio quirúrgico y optimizan la recuperación física y mental del sujeto a intervenir.

Dadas estas características, la psicoprofilaxis quirúrgica se establece claramente en el campo de la psicología preventiva. Prevención, se define como “la anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro, con la finalidad de evitarlo” (Solano, 2003, p. 10).

La prevención psicoterapéutica que se lleva a cabo en la inducción psicoprofiláctica cobra sentido en tanto se trabaja con el paciente ayudándolo a anticiparse y elaborar lo que va a vivir, ayudándolo a encontrar un sentido al proceso para que éste no sea vivido totalmente revestido con las creencias, prejuicios o fantasías -posiblemente infundadas- que maneja el paciente y que aparecen de forma predominante frente a un suceso estresante o potencialmente doloroso (Rinaldi, 2001).

Esta prevención actúa en tres niveles, señalados por Solano (2003) y establecidos previamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Prevención primaria: promoción de la salud y protección contra la aparición de posibles trastornos.
- Prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento temprano, reducción de la duración de los trastornos y prevención de secuelas e incapacidades.

- Prevención terciaria: rehabilitación biopsicosocial, cuando la incapacidad y el deterioro ya se han producido producto de una enfermedad.

D'Alvia (1995), considera que la intervención psicoprofiláctica, cubre los tres tipos de prevención, en tanto intenta: (a) evitar complicaciones emocionales previas o paralelas a la intervención quirúrgica, (b) ayudar al paciente a que retorne el estado de salud previo a la operación y (c) ayudarle al paciente a adaptarse a la experiencia vivida y enfrentar un nuevo estado de salud, sobre todo cuando la cirugía deja alguna complicación posterior importante o conlleva alguna pérdida, como por ejemplo la amputación de una parte del cuerpo.

Para Rinaldi (2001), la prevención, como tarea subyacente debe cumplir los siguientes propósitos:

- Hacer valer el derecho del paciente a ser informado sobre todo lo relativo al proceso quirúrgico.
- Asesorar al paciente para que enfrente la cirugía en las mejores condiciones psicobiológicas posibles, lo que eventualmente se logra gracias al esclarecimiento y la contención emocional que sean necesarios.
- Evitar trastornos psicopatológicos futuros.

Las manifestaciones ansiosas ante el procedimiento quirúrgico -presentadas como aprehensión, tensión, nerviosismo y preocupación previa o posterior al proceso-

suelen presentarse más histriónicamente en niños, sobre todo cuando el paciente ha sido sometido anteriormente a procedimientos quirúrgicos u hospitalarios dolorosos o traumáticos, o cuando la información que ha recibido de sus figuras cercanas sobre el procedimiento ha estado cargada de exageraciones, ansiedad o temores infundados. Los miedos más frecuentes en niños y padres se relacionan con daño físico, incomodidad, muerte, dolor, mutilación, la separación o ausencia de los padres en pabellón, la escasez de vínculos de confianza con el equipo médico/quirúrgico, potenciales imprevistos, el temor a lo desconocido y una relativa pérdida del control, autonomía y competencia (Luaces, 2004).

A su vez, las dudas de padres y niños se relacionan frecuentemente con los motivos por los cuáles el niño debe operarse, cuándo será la intervención quirúrgica, qué hay en el quirófano y qué se siente en él, los efectos de la anestesia -¿el niño puede despertar en medio de la operación?, ¿le dolerá?, ¿sentirá algo mientras lo operan?-, la duración de la intervención, etc. Todas estas respuestas son competencias que tanto el psicólogo que acompaña al niño como el equipo médico, deben manejar de forma interdisciplinaria. Con esto se apela a la habilidad de los participantes del proceso para combinar saberes, actitudes y valores con el fin común de lograr un tratamiento para la salud integral del paciente, asociando conocimientos, métodos y prácticas.

Este trabajo interdisciplinario cobra relevancia a medida que en su desarrollo se identifican enfoques convergentes y divergentes que traspasan los fenómenos y procesos que implica el proceso psicoprofiláctico.

La iniciativa, se menciona como una psicoterapia focal breve, fundamentada principalmente por la teoría psicoanalítica, al menos en la mayoría de los desarrollos antes mencionados. De todas formas, quienes gestaron y actualmente supervisan e implementan el procedimiento en el HLCM, basan su método de trabajo sobre la teoría sistémica: Por esto, llaman a comprender la Psicoprofilaxis Quirúrgica infantil como una búsqueda por atender a un niño que no llega solo a intervenir, sino que pertenece a un Sistema mayor que prácticamente lo define, sea este Sistema consanguíneo o no con el paciente y que por ende, también debe ser considerado al momento de realizar la labor psicológica en pabellón.

Además, el equipo de psicólogos involucrado, toma nota sobre las repercusiones de su trabajo en las rutinas quirúrgicas diarias. De esta forma, la intervención va dirigida hacia el niño, hacia el equipo médico/quirúrgico, o ambos, como Subsistemas susceptibles de ser beneficiados con la psicoprofilaxis quirúrgica. Para esta tesis, se considera mayormente la opinión del equipo quirúrgico aludido, dado que no se cuenta con registro formal de sus puntos de vista. Para esto, también se apela a un enfoque sistémico para descifrar e interpretar sus argumentos y formas de relacionarse con el equipo de psicólogos, ambos insertos dentro de una organización social que les demanda un objetivo en común: la atención integral y óptima de un paciente pediátrico.

3.2 La Teoría General de Sistemas aplicada a la Psicología Organizacional

Para enfocar el desarrollo de esta tesis, es necesario apelar a conceptos extraídos de la Teoría General de Sistemas y su aplicación en los fundamentos de la Psicología Social aplicada a las Organizaciones.

La Teoría General de Sistemas nace gracias al trabajo de Ludwig von Bertalanffy, quien planteó las primeras investigaciones acerca del desarrollo y relación de Sistemas abiertos, básicamente enfocando sus elaboraciones desde el punto de vista biologicista. Su trabajo se desarrolló a mediados de los años 20, aunque, según Johansen (2006), recién comenzó a conocerse y generalizarse el uso de esta teoría alrededor de 1945, luego del fin de la Segunda Guerra Mundial. Hasta nuestros días, esta teoría ha aportado a la interpretación y fundamentación de diversas investigaciones y se le ha dado relevancia práctica en muchas esferas, sobre todo en Ciencias Sociales.

En este asentamiento científico de la Teoría General de Sistemas, jugaron un papel importantísimo otros autores que continuaron desarrollando la Teoría y extendiendo su aplicación en otros campos: Wiener aplicándola por ejemplo en su desarrollo de la Cibernética y Ashby en sus estudios sobre Sistemas Sociales (Johansen, 2006), aunque como ya se mencionó en los Antecedentes, desde la Gestalt, representada por Kurt Lewin, ya se perseguía explicar los fenómenos mentales de forma integrada.

Se comenzará el recorrido teórico revisado, integrando referencias sobre los fundamentos de la Teoría General de Sistemas, hasta llegar a los conceptos que en ella se consideran pertinentes para comprender el desarrollo de la presente investigación.

3.2.1 El concepto de Sistema

El concepto de Sistema ha sido utilizado en diversas investigaciones y se ha aplicado para diversos usos, sobre todo para efectos de intervención psicológica tanto individual como grupal. Junto con la teoría que lo contiene, ambos desarrollos son muy amplios y maleables. Esto debido a que permiten explicar diversos fenómenos,

a través del análisis de las totalidades y las interacciones internas de éstas y las externas con su medio, es, ya en la actualidad una poderosa herramienta que permite la explicación de los fenómenos que se suceden en la realidad y también hace posible la predicción de la conducta futura de esa realidad (Johansen, 2006, p. 14)

Gracias al concepto de Sistema, en tanto, es posible definir y comprender de forma muy profunda y rica una diversidad de procesos sucedidos durante el funcionamiento y relaciones de diversos organismos, ya sean éstos sociales, biológicos u otros, aportando una visión de los Sistemas como totalidades que deben ser estudiados de forma integral y que son susceptibles de ver definido su comportamiento por ciertas conductas. Johansen (2006), presenta además su punto de

vista teórico, como una crítica –aunque no un rechazo- al enfoque reduccionista del saber científico, el cual fuerza la parcelación de aquello que se quiere estudiar. Frente a esto, el autor sugiere disponer de mecanismos interdisciplinarios para estudiar la realidad, a la que se refiere como un gran Sistema total que abarca otros Subsistemas que conviven y se relacionan no traslapados, sino que influyéndose mutuamente.

Con dichos mecanismos interdisciplinarios, Johansen se refiere a “principios o hipótesis que tienen una aplicación en diferentes Sistemas en que puede dividirse la realidad o ese Sistema total” (Johansen, 2006, p. 14). De esta forma, el investigador, cualquiera sea su área de interés, puede aplicar la Teoría General de Sistemas a unidades de análisis de cualquier naturaleza, si con ello busca distinguir los Subsistemas que en esa unidad se relacionan.

El giro científico aportado por von Bertalanffy con su teoría y conceptos, puede ejemplificarse en el desarrollo de la tesis de Solano (2003), en tanto menciona el trascendental paso hacia el estudio del ser humano como un ser bio/psico/social, que otorga integración a la detección y al tratamiento de malestares físicos y psicológicos: el cuerpo humano es un cúmulo de relaciones entre Sistemas que influyen o son influidos por la interpretación mental y emocional que el ser humano hace de su estado de salud.

Johansen (2006) sugiere a quien investiga, estudiar los fenómenos en totalidad o abriendo un poco las fronteras entre los Subsistemas de la unidad de análisis, sobre todo si se persigue predecir una conducta determinada, ya sea en Sistemas naturales o

artificiales. Particularmente para esta investigación, el foco se centró en las organizaciones humanas, esfera que también compete al autor.

Se concuerda definir entonces el concepto de Sistema como “un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos” (Johansen, 2006, p. 54). Johansen, complementa esta definición al considerar que las interrelaciones generadas entre los componentes de ese Sistema, también son elementos que lo conforman y renuevan, no sólo que se desprenden de su conformación. El Sistema, entonces es además “un conjunto de partes y sus interrelaciones” (p. 56), si se hace referencia a la definición entregada por la General Systems Society for Reserch.

Katz y Kahn (1989), engloban esta definición acogiéndose también a los postulados de von Bertalanffy en su teoría de los sistemas abiertos aplicando ésta a su forma de ver las organizaciones sociales. De esta forma indican entonces que una organización es un “sistema insumo – resultado” (p. 25), donde la energía del resultado de la organización, reactiva el sistema. La organización humana entonces, es lógicamente un sistema abierto donde la conversión del resultado organizacional en energía, surge gracias a transacciones del sistema/organización y su ambiente.

Como se dijo anteriormente, esta definición se condice con la teoría general de sistemas donde además todo sistema social se integra de múltiples actividades coordinadas de las personas que lo conforman. Estas actividades pueden ser interdependientes o complementarias y siempre buscan el logro de un resultado

común, que da cuenta de todas las etapas de transformación de energía que debe mantener un sistema para sobrevivir.

En el próximo subtítulo, se profundizará en ellas.

3.2.2.1 Características de los Sistemas.

La principal característica de un sistema es que éste se conforma de un conjunto de organismos u objetos que interactúan entre sí y que se encuentran influenciados por diversas fuerzas e integrados en alguna relación definida. Gracias a esta consideración, un sistema puede conformarse por conjunto cualquiera de objetos, organismos, personas, cuerpos, etc., donde, para la psicología de la Organización, la agrupación central en la que cabe este concepto está representada por un grupo de trabajo, sujeto a una clasificación que depende de la amplia gama de posibilidades en las que puede organizarse, dada su estructura jerárquica, relacional, administrativa, entre otras y que pueden modificarse con mayor o menor regularidad a lo largo del tiempo que se mantenga el sistema activo (Johansen, 2006).

Un subsistema, en tanto, refiere a una parte de este sistema antes definido. El hecho de que un subsistema sea una unidad menor, le resta cierta complejidad: Son sistemas pequeños insertos en un gran sistema o supersistema (Johansen, 2006).

A medida que un sistema se compone de más subsistemas dependientes, recibe el nombre de supersistema, ya que gana además complejidad y variedad, entendiendo ésta como la posibilidad de conseguir mayor cantidad de estados

posibles (Johansen, 2006). Algunos autores como Boulding, incluso mencionan diversos niveles de sistemas, según la complejidad de éstos y la organización de sus componentes.

Johansen, en tanto, afirma que de no encontrar respuesta para predecir o explicar la conducta de un sistema elegido como foco de atención, el investigador debe estar dispuesto a ampliar su atención hacia el supersistema que lo contiene, complejizando el estudio, pero acercando al investigador a más variables que puedan proveerle respuestas.

Para Bertalanffy, (Johansen, 2006) los sistemas además pueden ser abiertos o cerrados, dependiendo de su nivel de intercambio de energía con el entorno. Este autor, fundamenta éstas consideraciones, recurriendo a la célula como mejor ejemplo de organización sistémica y de permeabilidad con el entorno, siendo un ejemplo claro de sustentabilidad y mantenimiento de la existencia.

En este punto, ya distinguidos los fundamentos y conceptos más básicos de la teoría general de Sistemas pertinentes para esta investigación, se hace necesario mirar a la organización social estudiada, como un subsistema con características definidas. Ese Subsistema se trata del equipo de cirugía del HLCM.

Para ello, se utilizará la definición que Katz y Kahn sostienen sobre las organizaciones, como sistemas sociales.

3.2.3 Los Sistemas Sociales

Sea cual sea el tamaño de un sistema o su complejidad, éste tiene diversas características y funciones, que de una u otra forma le permiten mantenerse activo.

Para Katz y Kahn (1989), autores que utilizan el concepto de sistema aplicado a las organizaciones, todos quienes conforman una organización, buscan un resultado común que responde a diversas etapas de transformación de energía: (a) la etapa de ingreso de insumos al sistema, (b) la etapa de transformación de dicha energía y (c) el producto final o resultado, derivado de ésta transformación.

Ésta actividad energética, se mantiene por sí misma sólo si el sistema toma nuevamente la energía resultante y la reincorpora nuevamente a su funcionamiento, como un nuevo insumo energético, reiniciando el proceso antes mencionado (Katz y Kahn, 1989).

Los autores destacan que los sistemas sociales se mantienen vivos, en tanto están sujetos a la variabilidad constante, lo que hace necesario que sean estudiados específicamente en cierto tiempo y espacio, ya que son permanentemente dependientes de las fuerzas externas a su conformación, dada su calidad de sistemas abiertos (Katz y Kahn, 1989).

A parte de la importación de energía, del procesamiento de la misma y del resultado generado gracias a este movimiento y procesamiento energético, los autores

proponen otras características para los sistemas abiertos, las cuales se detallan a continuación.

Los sistemas son “ciclos de acontecimientos” (Katz y Kahn, 1989, p. 29). Un elemento en el sistema, provoca ciertas reacciones en otro elemento del mismo. Ésta cadena de reacciones puede sucederse de forma sistemática y estructurada, donde la estructura está puesta gracias a que el ciclo de reacciones finaliza cuando la energía vuelve transformada en resultado, al punto de partida.

Una segunda característica de los sistemas abiertos es que pueden generar *entropía negativa* para poder sobrevivir y así detener el proceso entrópico que rige la naturaleza y por el cual toda organización tiende a la desorganización o la muerte. Los sistemas abiertos, pueden sobrevivir a dicho proceso entrópico, dado que pueden conservar energía para enfrentar tiempos de escasez. Este almacenamiento se logra, en tanto el sistema abierto gasta menos energía de la que consume y utiliza esa energía disponible cuando no hay cómo disponer de ella en el ambiente externo (Katz y Kahn, 1989). Un sistema abierto bien organizado, que utiliza y distribuye eficientemente la energía en tiempos de crisis, puede evadir el proceso entrópico incluso indefinidamente, como es el caso de organizaciones sociales bien administradas y energéticamente eficientes.

Otra característica de los sistemas abiertos es el “insumo de información, retroalimentación negativa y el proceso de codificación” (Katz y Kahn, 1989, p. 31.). Aquella energía que el sistema deja ingresar puede estar conformada también

información que le permite al sistema abierto conocer lo que sucede en su entorno y saber qué le demanda éste para su supervivencia.

En cuanto a la retroalimentación negativa, los autores refieren que es gracias a ella que el sistema abierto utiliza la información obtenida del medio en que se desenvuelve para poder corregir un posible curso erróneo, tomando el carril correcto nuevamente. De no existir esta referencia informativa con el ambiente, el sistema pierde su “estado estable” (Miller, 1955, p. 529, citado en Katz y Kahn, 1989, p. 31) y perece. Esto debido a que o gastaría, o consumiría mucha energía, arriesgándose a perder sus límites y transformarse en otro conglomerado o desorganizándose.

Otra característica existente en los sistemas abiertos es la codificación. Gracias a esta característica, los sistemas abiertos no reciben cualquier información que el entorno les provee, sino que seleccionan los insumos que reciben. De esta forma “sólo reaccionarán ante aquellas señales informativas para las que están preparados” (Katz y Kahn, 1989, p. 31). De entre el cúmulo de información circundante en el medio, el sistema toma aquella que pueda integrar a su estructura.

Katz y Kahn (1989), además mencionan la característica de estado estable y homeostasis dinámica, estados en los que el sistema genera mecanismos que permiten que se mantenga su conformación de manera medianamente estable y así poder adaptarse a las exigencias del medio y librarse del proceso entrópico natural. Los movimientos a los que se refieren los autores tienen que ver con el manejo de la energía y los componentes disponibles en el sistema. Por ejemplo, liberando cierta

energía y reteniendo o controlando otra. De esta forma, la homeostasis “conserva el carácter del sistema mismo, mediante el crecimiento y la expansión (p. 33).

Otra característica de los sistemas abiertos es la diferenciación, que más que una característica representa una meta para dichos sistemas. “Los sistemas abiertos se mueven rumbo a la diferenciación y a la elaboración” (Katz y Kahn, 1989, p. 34). En este sentido, cada sistema contiene diversos subsistemas cada vez más diferenciados, aunque jerarquizados e interactuando constantemente de forma estructurada.

La última característica mencionada por los autores es la equifinalidad, definida como la capacidad del sistema para alcanzar un mismo estado final, a partir de condiciones iniciales y caminos diferentes. Todo sistema abierto tiende a la equifinalidad (Bertalanffy en Chiavenato, 2007).

Al nacer una organización social cualquiera, los movimientos y consideraciones antes mencionadas no son del todo diferentes. De todas formas, debido a que una organización social se genera necesariamente gracias a la creación y disposición humanas, para llevar a cabo los objetivos de dicha organización y asegurar su supervivencia básica, luego de haberse determinado la estructura, infraestructura y los bienes o servicios que han de ser entregados por la nueva organización, debe diseñarse distribución de cargos y roles dentro del sistema (Johansen, 2006).

Katz y Kahn (1989), afirman además que todo Sistema Social es inventado. Esta afirmación es sostenida por los autores aludiendo a que los Sistemas Sociales

son generados por el ser humano y esto los hace vulnerables a destruirse en cualquier minuto (Haas y Dabrek, en Chiavenato, 2007).

Aquellas piezas que justamente mantienen la frágil unidad de una organización social son de carácter mayormente psicológico y estas razones psicológicas unificadoras superan en potencia incluso a aquellas razones biológicas a la base de esa unión. Estos componentes generados en la interacción entre los sujetos dentro de la organización son los que la mantienen viva y estable, incluso a pesar de que la misma se vea afectada por alta rotación de personal. “Los sistemas sociales están anclados en las actitudes, percepciones, creencias, motivaciones, hábitos y expectativas de los seres humanos” (Katz y Kahn, 1989, p. 42).

Los autores se refieren a un sistema social planteándolo como algo más complejo que un equipo o grupo de personas relacionadas sólo por un objetivo común. La definición de un sistema social se complejiza, dado que, como indica Johansen (2006) un sistema social se define como una pauta de relaciones, más que un conjunto de partes que se percibe reunida. Esto invita a quien indaga dentro de un sistema social a considerar siempre la variabilidad constante que implica esta noción y que hace que los sistemas sociales sean más difíciles de comprender e investigar que un sistema orgánico ya que “cualquier sistema puede adquirir funciones nuevas y diferentes” (Katz y Kahn, 1989, p. 43).

Todas estas características hacen de la organización social un interesante conglomerado, donde se relacionan sutilmente una leve tendencia y vulnerabilidad a

la destrucción y por otra parte una alta capacidad de vivir una vida más larga que un organismo biológico: los sistemas sociales no tienen una predisposición genética que los empuje con fuerza a perecer, sino que, muy por el contrario, tienen la posibilidad única de reemplazar o reformular sus Subsistemas defectuosos o ineficaces para seguir funcionando de forma ilimitada, aunque su periodo crítico de existencia se manifiesta en los comienzos de su existencia como tal.

Herbert Spencer (Chiavenato, 2007) sostiene que un sistema social gana mayor interdependencia entre sus componentes, mientras más se complejiza e importa materiales o recursos, cualquiera sea la naturaleza de éstos. El sistema ingresa a su funcionamiento constantemente pequeños inputs y luego los devuelve a modo de resultados u outputs. Cada vez que vuelve a ingresar nuevos recursos, éstos vienen cargados de nueva información y recursos adicionales que son necesarios para que el Sistema se mantenga, incluso indefinidamente, a través del procesamiento y transformación de los mismos. Los outputs o resultados generados por el Sistema pueden ser otros recursos adicionales, que son necesarios para otras organizaciones: información, servicios, mano de obra entrenada, etc., los cuales son entregados al Macrosistema o medio ambiente en el que se establece la organización (Katz y Kahn, 1989, citados en Chiavenato, 2007).

El Subsistema en el que se investiga es abierto, ya que sus límites permiten la incorporación de nuevos miembros de manera constante. De hecho, es regular que cada semestre se incorporen futuros profesionales de la salud al Servicio de Cirugía y a medida que esto sucede, quienes ya se encuentran trabajando ahí, introducen a los

nuevos miembros acerca de la rutina hospitalaria, las normas preexistentes y los protocolos de trabajo.

Esta investigación específicamente se centra en las consecuencias que el trabajo de un equipo (conformado por psicólogos) ha tenido sobre la opinión, labor y puntos de vista de otro equipo (equipo quirúrgico formado por enfermeras, anestesistas y técnicos paramédicos), dentro de uno de los subsistemas incluidos en una organización social: el Servicio de Cirugía del HLCM. El equipo de psicólogos es visto como un insumo de recursos humanos inserto en el supra sistema del Servicio de Cirugía, que ha generado como resultado gran parte de la información que se entrega en esta investigación. La búsqueda ahora, es que el resultado, vuelva de nuevo al punto de partida y reingrese al Servicio de Cirugía como un insumo de información, no sólo como un documento, sino también a modo de renovación y potencial reformulación de la práctica psicoprofiláctica quirúrgica entregada por los psicólogos en dicho espacio.

Una concreta delimitación del trabajo diario en el Servicio se marca mayormente por los uniformes y pautas conversacionales que se emplean en este contexto y que segmentan las labores de todos los pertenecientes a dicha organización social (Katz y Kahn, 1989). Estos límites no hacen descartable recurrir a otros Subsistemas hospitalarios mediante integrantes que se sitúan precisamente en las fronteras del Servicio y que se encargan de mantener dicha conexión, ya sea por vías administrativas (secretarías, enfermeras jefa, etc.) o procedimentales (camilleros, por ejemplo). Katz y Kahn (1989) siguen el postulado de von Bertalanffy y entienden a

todo Sistema u organización social como una unidad de estudio abierta, aunque su nivel de permeabilidad al exterior depende de sus fronteras.

3.2.4 La distinción de los equipos de trabajo

En la presente investigación se busca indagar en aquellas razones que sustentan no sólo el ingreso del psicólogo como un input de mano de obra especializada, sino también su permanencia dentro del Subsistema hospitalario, lo que no ha sido estudiado, hasta ahora.

Es necesario distinguir, por tanto la diferencia entre un equipo y un grupo de trabajo, dado que es esencialmente un concepto que impulsa el desarrollo de la investigación y permite comprender las razones para denominar de esa forma a los entrevistados.

Un grupo de trabajo está formado simplemente por sujetos que realizan sus labores de forma interdependiente y se reúnen e interactúan para cumplir un objetivo determinado. En conjunto, los individuos comparten opiniones e información, tomando decisiones que aporten a la permanencia de cada uno de ellos desempeñándose en un área determinada.

Desde el punto de vista sistémico, la suma de los esfuerzos de todos los individuos involucrados en el trabajo de grupo, no son mayores al esfuerzo que cada uno de ellos aporta a nivel individual, debido a que no hay una sinergia positiva que permite un desempeño mayor del grupo por sobre cada uno de los esfuerzos

individuales (Katzenbach y Smith en Robbins, 1999). Cattell (1951), en su estudio *“New concepts for measuring leadership, in terms of group syntality”*, habla de sinergia como “la suma total de energía que un grupo puede manejar” (Katz y Kahn, 1989, p. 42). La sinergia efectiva, en tanto, es la porción de energía que un equipo de trabajo invierte para lograr sus objetivos. La parte de la energía consumida para mantener el Sistema, a su vez corresponde a sinergia de mantenimiento.

Como las partes de un Sistema son simbióticas, entonces dependen del efecto sinérgico proveniente de la actuación e interacción de sus Subsistemas. Esta investigación representa una reacción en búsqueda de esta sinergia inter equipos, a la que se puede llegar al momento de compartir y analizar los resultados obtenidos con el equipo de psicólogos involucrados.

Según Stephen P. Robbins (1999) basándose en los estudios realizados en 1999 por Katzenbach y Smith, es el equipo de trabajo el que genera este tipo de sinergia positiva, dado que se caracteriza por que el esfuerzo que se genera por medio del trabajo en conjunto, implica una coordinación a la base del comportamiento del equipo: El resultado de los esfuerzos generados gracias al trabajo en equipo es mayor al esfuerzo generado por cada uno de los individuos trabajando de forma particular.

Trabajar en equipo permite que una organización no gaste recursos en la búsqueda de incrementar el esfuerzo y las contribuciones individuales, para lograr un desempeño potencial mayor. Robbins (1999) afirma que no basta con que un grupo se llame a si mismo equipo, sino que la denominación se logra mediante un desempeño

colectivo, donde la responsabilidad por los resultados es personal y mutua y las habilidades de cada integrante son complementarias: este proceder vuelve ética la labor de todos los integrantes participando en conjunto hacia una equifinalidad.

Los equipos pueden clasificarse según sus objetivos en: (a) equipos de solución de problemas, (b) equipos autodirigidos o (c) equipos interfuncionales (Katzenbach y Smith en Robbins, 1999). Los primeros están típicamente conformados por 10 a 15 personas, trabajando dentro del mismo departamento, quienes se reúnen de vez en cuando en busca de debatir acerca de formas para optimizar la calidad, la eficiencia y el ambiente de trabajo: Dentro de esta clasificación cabe el equipo de psicólogos que participa en la intervención psicoprofiláctica quirúrgica.

Los equipos de trabajo autodirigidos están formados, según Robbins (1999) por una cantidad similar de integrantes, aunque priorizando el trabajo colectivo en la evaluación del desempeño y la planificación del trabajo. Quienes forman éstos equipo toman en sus propias manos las responsabilidades de sus antiguos supervisores, involucrándose en la mayoría de las decisiones, disminuyendo o incluso eliminando los cargos de supervisión del trabajo.

Por último, los equipos interfuncionales están formados por empleados del mismo nivel jerárquico y suelen reunirse para llevar a cabo una tarea, aunque pertenecen a diferentes áreas de trabajo. Estos equipos pueden estar conformados temporalmente o ser comités de miembros de líneas interdepartamentales. Dicha

estructura de equipo, representa la forma en la que trabajan los miembros del equipo médico/quirúrgico. La conformación de este equipo está cruzada de todas formas por leves diferencias jerárquicas, dada la división de las tareas, lo que implica reuniones de coordinación de las labores diarias, todas las mañanas.

Es muy importante para el mantenimiento del trabajo en equipo, el compromiso de cada uno de los miembros con el futuro de la Organización, más allá de la fecha de término de una intervención o proyecto en particular (Robbins, 1999). Un equipo exitoso es aquel en que, entre otras consideraciones, matiza su identidad con la identidad de la organización y además busca viabilidad futura para sus labores.

Sea cual sea la conformación en que se encuentre organizado el equipo de trabajo, sus integrantes deben idealmente cooperar entre sí, compartir información, confrontar diferencias y “sublimar sus intereses personales por el bien mayor del equipo” (Robbins, 1999, p. 296). De esta forma, los integrantes sacrifican el control de su propia conducta para acoplar esfuerzos en pos de un objetivo en común, el cual se traduce en una visión (Barnard en Chiavenato, 2007).

3.2.5 Expectativas, valores y normas que definen el funcionamiento del sistema social

Las expectativas, los valores y las normas, son los principales componentes de un sistema y son bases sociopsicológicas fundamentales para la cohesión de los sistemas sociales, determinando además la forma en que dos equipos de trabajo se relacionan y significan sus labores y relaciones.

Estos conceptos no pueden ser ignorados al referir el desarrollo de la investigación a dos subsistemas relacionados en un macro sistema social, dado que en gran parte de las veces el descubrimiento de aquellos valores, normas o expectativas que mueven el trabajo y las opiniones de un equipo, permiten también prescribir conductas de sana convivencia laboral y prevenir conflictos.

Katz y Kahn (1989), definen éstos componentes de forma sucinta, como sigue.

Por papel, los autores se refieren a una forma específica de conducta, asociada a determinada tarea. En principio, se supone que los papeles se encuentran estandarizados dentro de la organización que recibe al individuo. Como veremos más adelante, en el desarrollo de la investigación, el papel del psicólogo dentro del sistema que lo admitió, nunca estuvo estipulado con anterioridad, aunque fue posible determinar la conducta que se esperaba de él a través del trabajo investigativo.

El papel, además, puede estipularse sin tener en cuenta los deseos y aspiraciones personales del sujeto que lo recibe (Katz y Kahn, 1989) y se sanciona mediante la justificación de lo que se espera de la ejecución de la tarea.

Como se mencionó anteriormente, el papel encierra una conjunción particular y única de diferentes actividades, que dan un fruto organizacional surgido desde un solo puesto en la organización. Por esta razón, para los autores el papel no se define simplemente con el puesto que toma cierto individuo dentro de la organización, como afirma Jaques (2004), quien menciona el concepto de rol, refiriéndose a la posición ocupada por un individuo dentro de una organización.

La definición de Katz y Kahn (1989), parece más pertinente e interesante para los objetivos de esta investigación, en tanto la búsqueda por definir el papel del psicólogo en el sistema social estudiado invita a develar primero las expectativas que los individuos tienen de dicho papel o rol y que es justamente una de las interrogantes fundamentales en la presente investigación.

El papel o rol que un sujeto acepta al insertarse en un sistema u organización social, viene cargado implícitamente con mandatos de conducta y comportamiento estandarizados, prescritos o institucionalizados, que dicho sujeto acepta: esto lo obliga a actuar o determinar sus actividades de cierta forma, a partir de las demandas y expectativas que los otros integrantes del sistema social tienen de él y su labor. Las relaciones interpersonales son centrales para la conformación de un papel: Este puede transmitirse y recibirse, definido por las expectativas que los miembros de la organización comunican (Katz y Kahn, 1989). La interdependencia de los papeles, además, es la que brinda cohesión a los Sistemas sociales.

Como norma, Katz y Kahn (1989) mencionan aquellas expectativas que son obligatorias para todos quienes desempeñan un papel en un sistema social, siendo sancionada siguiendo los requerimientos legítimos del sistema. Las normas de una organización social surgen cuando una creencia común logra determinarse como una doctrina innata y adecuada, lo que la establece como un requerimiento conductual hecho a los miembros de la organización social. Este establecimiento se logra debido a que dicha creencia común ha sido útil y ha respondido eficazmente a diversas situaciones vividas por el Sistema social; suelen corresponder también a ideas

consensuadas y respetadas por la gran mayoría de los integrantes del Sistema Social, por un tiempo considerable (Katz y Kahn, 1989).

Las normas también se conforman de las expectativas que se tienen del desempeño de los involucrados en una organización social, aunque aquellas expectativas que conforman la norma y que determinan el papel que un sujeto recibe, exigen un cumplimiento de carácter obligatorio para todos quienes realizan sus labores, integrados en un sistema social. La expectativa, en cambio, no corresponde a un precepto obligatorio que el sujeto debe cumplir.

Finalmente, por valores, los autores entienden las aspiraciones ideológicas y aspiraciones generalizadas de quienes forman un sistema social. Son sancionados en tanto llevan a cabo demandas más elaboradas.

Según Elliott Jaques (2004), los valores de las personas que realizan diversas labores dentro de una organización son además fuerzas impulsoras centrales, aplicadas para poder liderar una organización hacia la equifinalidad. Los valores determinan además la forma en que los sujetos se comprometen con cierto rol dentro de las conformaciones humanas. De esta forma, al otorgar un valor al rol desempeñado, la labor competente a ese rol se realizará acompañada de mayor motivación.

El autor propone como actividad principal en una organización la estipulación de valores corporativos, los cuales no sólo deben ser delineados para lograr efectividad con fines económicos, sino además para fijar los límites con los cuales se

mide la eficacia y los objetivos implícitos a cumplir por quien se incorpora a la organización social. De esta forma, se mide el comportamiento de quienes pertenecen a la organización y de quienes se unen a ella recientemente, siendo estos valores “no meramente enunciados, sino también sancionados oficialmente” (Elliott Jaques, 2004, p. 67).

La organización finalmente, no debe dictar cuáles son los valores personales de los individuos (Jaques, 2004). Aunque, de todas formas si dichos valores concuerdan con la sociedad en la que se desenvuelve la organización, ésta puede impulsar a que los sujetos integren sus temperamentos, valores personales y estilos de trabajo a la práctica diaria, dentro de los límites que los valores corporativos ofrecen y que se traducen en políticas, tareas y procedimientos a respetar. El logro de la energía impulsora deseada para alcanzar las metas de la organización, se consigue haciendo convivir diferentes valores de forma coherente con el Macrosistema en que se desenvuelve la organización.

Katz y Kahn (1989), en tanto, enriquecen esta definición mencionando que los valores además reúnen aspiraciones ideológicas y justificaciones que cruzan las labores de los sujetos insertos en un Sistema Social.

Los valores pueden incidir incluso en la generación de conflictos, sobre todo si son discrepantes o conflictivos. Jaques (2004) sostiene que si las metas de los equipos de trabajo en una organización son parecidas, es más probable que el conflicto aparezca con menor frecuencia y los integrantes puedan comprometerse a

trabajar a la par. A pesar de los esfuerzos por evitar y detectar dichos conflictos, es sabido que éste es inherente a las organizaciones humanas, aunque éstas deben estar capacitadas para detectarlo, enfrentarlo y elaborarlo de la forma más transparente y ágil posible.

En esta investigación, por medio de la recolección de información, se busca conocer las expectativas de quienes aceptaron incorporar al psicólogo a las labores quirúrgicas diarias, en el amplio alcance que implica su desarrollo. Las expectativas se definen por aquellos valores que limitan y a la vez evalúan el trabajo del psicólogo incorporado al Subsistema. De esta forma se espera que la labor del psicólogo y los resultados de la misma, se inserten dentro de los valores de la organización que lo recibe.

En esta investigación, las expectativas toman cuerpo gracias a las demandas y solicitudes de los entrevistados, los cuales configuran el papel que el psicólogo debe cumplir y que se intenta delimitar en la investigación.

Las expectativas que se tienen de un equipo de trabajo pueden estar también teñidas con los estereotipos que se tienen de ciertos profesionales o sujetos que ingresan a la Organización. El estereotipo, según Robbins (1999) es “el juicio que se forma un sujeto de otro, en base a la percepción personal del grupo o equipo al que éste último pertenece” (p. 99).

Antes de comenzar con la recolección de información, se hizo esperable tropezar con algún estereotipo, sobre todo peyorativo, a lo largo de la investigación.

Esto, considerando que se indagó sobre las expectativas que tiene un equipo acerca de su “complemento metodológico”, inserto en el mismo espacio laboral. Más adelante se verá que los argumentos de quienes fueron entrevistados casi no configuraban el rol del equipo de salud mental mediante estereotipos de esta índole, sino todo lo contrario.

3.2.6 El concepto de comunicación, aplicado al trabajo en equipo

El concepto de comunicación entre equipos de trabajo, también es considerado para el desarrollo de la investigación.

Según Scott y Mitchell (Robbins, 1999), la comunicación eficaz y clara entre equipos de trabajo favorece la motivación, ya que permite la exposición clara de las labores con las que cada equipo debe cumplir. Ésta, además permite el flujo de retroalimentación e información acerca de si aquellas labores se están realizando correctamente. Gracias a la comunicación entre equipos pueden elaborarse además, algunas medidas para mejorar el rendimiento de la Organización o algún Subsistema de la misma, si es que éste rendimiento se encuentra por debajo del promedio esperado. Una consideración importante, es la cautela a la hora de diferenciar la comunicación con la mera transferencia de información: la comunicación siempre busca retroalimentación. La transmisión de información, sólo representa una herramienta para lograr comunicarse.

El flujo comunicativo puede ser ascendente, descendente o lateral, dependiendo de la dirección que siga la comunicación dentro del organigrama y

puede fluir mediante canales formales o informales. Robbins (1999), menciona tres redes comunicacionales habituales dentro de grupos o equipos pequeños: (a) la cadena, donde la comunicación pasa por la cadena formal de mando; (b) la rueda, donde el líder recibe gran parte de los flujos comunicacionales, como intermediario de todos los integrantes en el traspaso de la información; y (c) todo el canal, donde todos los miembros del equipo se comunican de forma efectiva unos con otros.

El conflicto nuevamente puede aparecer cuando precisamente se generan desviaciones u obstáculos en el flujo de información, aunque una forma muy eficiente de contrarrestar el conflicto es precisamente recurrir al trabajo planificado en equipo, ya que no basta sólo con que los integrantes conserven una meta en común, sino que puedan organizarse y comunicarse la eficacia y división de sus tareas para generar metas y alcanzarlas.

Ya que se han delineado de forma sucinta los conceptos que han sido utilizados a lo largo de todo el proceso investigativo, se procederá a trazar la metodología con la que se recolectó y analizó la información.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Enfoque Metodológico

Para la investigación se utilizó un enfoque cualitativo. Este enfoque permitió a la investigación entregar datos descriptivos: “las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1984, p. 20). El enfoque cualitativo se caracteriza por su flexibilidad y apertura a lógicas emergentes, que puede permanecer abierta a interpretaciones, cambios y diálogos permanentes. Además, este tipo de investigación no busca la generalización de sus resultados, por lo tanto, incluso el número de sujetos consultados o estudiados es variable y se reelabora a medida que avanza el proceso investigativo.

Éste tipo de investigación se diferencia además de la investigación cuantitativa debido a que el investigador aporta con su reflexión acerca de los datos recogidos como parte del proceso en que el conocimiento se genera (León y Montero, 2003). Tanto las perspectivas de los participantes, como los métodos y enfoques con los que se pueden analizar los mismos son variados.

En esta investigación particularmente, se realizó un acercamiento a casos determinados, analizando puntualmente las experiencias y argumentos relatados por éstos, pudiendo luego interpretar dichas afirmaciones de manera fenomenológica e integrada con la teoría elegida como guía para la investigación (León y Montero, 2003): El desarrollo de la teoría sistémica aplicada a la Psicología Organizacional.

Para el desarrollo de la investigación fue necesario abordar los fenómenos mediante del análisis de aquello que los implicados dicen y hacen, teniendo en cuenta que esto se ve cruzado por la definición que ellos mismos elaboran del mundo (León y Montero, 2003).

La tarea fue interpretar la información recabada, intentando comprender ésta desde el punto de vista de los involucrados directo e indirectos en el proceso psicoprofiláctico, generando una descripción de lo que la implementación de la Psicoprofilaxis Quirúrgica ha significado y representado para ellos particular y conjuntamente, desde que se comenzó con el proyecto, hasta la actualidad.

Según Taylor y Bogdan (1984) es necesario buscar siempre reducir al mínimo posible los efectos que la presencia del investigador pueda provocar en la investigación y los datos recogidos, sin diferenciar en importancia el argumento de un participante frente al de otro. Para esto, se consideró en todo momento que el investigador involucrado también participó implementando el programa durante un tiempo determinado y se consideraron posteriormente los potenciales efectos que este hecho pudo causar en la correspondencia de los resultados.

León y Montero (2003) invitan a considerar el hecho de que los sujetos, tanto en sus relaciones como ante aquello que los rodea, actúan basándose en los significados y representaciones que surgen dentro de una interacción.

Con respecto a esto, antes de describir más detalladamente la metodología de recolección y análisis de los datos necesarios para esta investigación, es preciso

determinar que quien recoge dichos antecedentes y opiniones es una de las psicólogas en práctica participantes en la iniciativa psicoprofiláctica, lo que potencialmente puede implicar una influencia substancial en la información extraída del grupo a investigar. De todas formas, debido a características particulares y en concordancia con los objetivos de esta investigación, la recolección de información no pudo realizarse de forma diferente.

La posible influencia de ésta situación sobre los entrevistados se puede hipotetizar: por una parte, la presencia del psicólogo consultando al equipo quirúrgico en pre anestesia, cirugía y recuperación pudo influir en que las respuestas de los entrevistados se hayan sesgado, dado que muchas de las críticas fueron entregadas principalmente a una de las realizadoras. Por otra parte, la presencia del psicólogo en este espacio, pudo haber abierto la posibilidad a que quienes fueron entrevistados, consideraran la instancia como el mejor de los espacios para despejar dudas y plantear sugerencias o críticas para el trabajo y la determinación del rol de los psicólogos involucrados, dado que la misma interacción implica un contacto directo con quienes realizaron la intervención día a día y posiblemente permita en el futuro que las opiniones sugeridas eventualmente puedan ser consideradas de forma más expedita por el equipo consultante.

De todas formas, al finalizar la recolección de datos y el posterior análisis de éstos, fue posible despejar éstas dudas más acuciosamente a través de los argumentos de los participantes.

4.2 Tipo y Diseño de Investigación

En esta tesis, el tipo de investigación utilizado fue exploratorio descriptivo.

Las investigaciones exploratorias están centradas en las intenciones de los sujetos a investigar y pueden utilizarse cuando no se conoce a cabalidad el tema a investigar, o cuando el conocimiento sobre el mismo es vago e impreciso, lo que impide sacar conclusiones sobre qué aspectos son relevantes y cuáles no para el desarrollo de la investigación.

Además de ser útil para conocer y familiarizar al lector con el tema a investigar, este tipo de investigación ayuda también a precisar el Problema de Investigación o a dar forma a alguna suposición relacionada (León y Montero, 2003).

La información acerca de ésta experiencia en el HLCM, como precursor de esta iniciativa en Chile, así como la información existente en otros centros médicos en relación al trabajo con Psicoprofilaxis Quirúrgica con pacientes pediátricos es escasa. Los estudios relacionados en Chile son incipientes. En España, Argentina y Estados Unidos es posible encontrar ciertos referentes teóricos, pero debido a las características de la Salud Pública de éstos países, estos estudios no son del todo pertinentes para la realidad del Sistema de Salud de Chile ni tampoco para la realidad del citado hospital, por lo que éste tipo de investigación es del todo pertinente.

La investigación exploratoria culmina cuando, a partir de los datos recolectados, puede adquirirse el suficiente conocimiento como para saber qué

factores son relevantes al problema y cuáles no. Luego de esto, se logran las condiciones para realizar un análisis de los datos obtenidos (Taylor y Bogdan, 1984).

Para esto, fue necesario que la investigación se aproximara a una parte determinada del Servicio de Cirugía, para así recolectar información acerca de sus puntos de vista y sondearlos, analizar sus convergencias, divergencias y posteriormente dar cuenta de ellas en un todo completo.

La presente investigación además buscó describir. Las investigaciones descriptivas trabajan sobre las realidades vividas por los sujetos a estudiar y buscan fundamentalmente dar a conocer una interpretación de un hecho o fenómeno lo más correcta o fielmente posible, respaldándose en los argumentos de los entrevistados. El objetivo de este tipo de investigaciones consiste en conocer las situaciones, costumbres y actitudes que predominan en el sistema social estudiado, describiendo de la manera más exacta posible las actividades, procesos, situaciones y a las personas participantes, sin limitarse a la mera recolección de datos.

Mediante el trabajo de obtención de esta información, el investigador puede también arriesgarse con la predicción e identificación de las relaciones que existen entre quienes participan en la investigación, siempre tomando en cuenta la teoría en que se basa el estudio.

Finalmente y luego de dar a conocer cuidadosamente los resultados de la recolección de dicha información, el investigador busca que de ellos emanen resultados que puedan contribuir al conocimiento acerca de un tema determinado.

Para lograr el conocimiento y la recolección de los argumentos de los participantes, esta investigación se sirvió, entre otras herramientas, de la realización de encuestas o entrevistas y del seguimiento de casos.

El diseño de investigación, en tanto, es no experimental (León y Montero, 2003). La investigación no experimental es también conocida como investigación Ex Post Facto y es un tipo de investigación sistemática donde el investigador no tiene control sobre las variables independientes, dado que los hechos y los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes. Hernández, Fernández y Baptista (1991) indican que en este tipo de investigación las variables ya han ocurrido, por consiguiente el investigador no tiene control directo sobre las mismas, lo que lo empuja a observar y analizar los sucesos lo más fielmente posible tal cual se generan en su contexto natural.

El diseño de la investigación, basado en éstas consideraciones fue abierto y flexible, en tanto siempre se consideró su potencial retroceso, adelanto y reestructuración constante, sobretodo en la fase de análisis de la información, rehuendo siempre de hacer calzar a la fuerza el contenido a una teoría o estructura de contenido predeterminada, según sugieren los fundamentos metodológicos consultados.

4.3 Delimitación del campo a estudiar

El Universo en el que se realizó esta investigación es el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Luis Calvo Mackenna, ubicado en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En el tipo de investigación que se realiza para el desarrollo de este trabajo no fue necesario delimitar de forma previa quienes serían los integrantes a entrevistar, sino que el número de personas participantes fue surgiendo a medida que avanzaba el trabajo investigativo (Echeverría y Zarzuri, s/f), hasta que la información recolectada no otorgó nuevos complementos al trabajo realizado, lo que saturó el modelo utilizado. Según Taylor y Bogdan (1984), la muestra es una unidad de análisis desde el punto de vista cualitativo. Esta unidad de análisis puede conformarse de un conjunto de personas, contextos, eventos o sucesos sobre los cuales se recolecta información sin que necesariamente ésta sea representativa del universo. La muestra es en esencia un subgrupo de la población.

La elección de este subgrupo de la población se realizó mediante el muestreo teórico, el cual fue una guía útil para escoger a los informantes a entrevistar. En este muestreo no es de gran importancia el número de entrevistados, sino que la relevancia reside en el potencial que cada caso tenga para ayudar al investigador en la comprensión de la situación estudiada. Este método solicita entrevistar a una gran diversidad de informantes, hasta que se tiene una idea acabada del problema que se desea investigar. Finalmente, dejan de incluirse informantes cuando el investigador se

encuentra con que las entrevistas a personas adicionales, no aportan ningún dato nuevo ni alguna comprensión adicional a lo estudiado. (Taylor y Bogdan, 1984)

En la búsqueda de diversificar las vías de información entre quienes trabajan codo a codo con los psicólogos el Servicio de Cirugía del Hospital fue de gran utilidad, en un principio, la técnica de *bola de nieve*, donde un informante sugiere otro que pueda aportar con nuevos datos acerca de esta experiencia en particular (Taylor y Bogdan, 1984), hasta saturar la muestra. Con ésta técnica se buscó cubrir las diversas posturas del colectivo estudiado, pero al cabo de cuatro participantes la información comenzó a saturarse rápidamente, ya que los colaboradores sugeridos sólo pertenecían a una de las etapas en las que trabaja el psicólogo y no permitían que se extrajera información de las otras esferas en las que el profesional en salud mental realiza la intervención psicoprofiláctica dentro del Servicio de Cirugía.

Por esto, se realizó posteriormente una selección por cuotas, donde se fijó a cierta cantidad de individuos y se los dividió en grupos, donde la característica específica fundamental fue que pertenecieran a diferentes etapas del proceso (sala de pre anestesia, pabellón quirúrgico y sala de recuperación), en las cuales el psicólogo realiza la intervención psicoprofiláctica quirúrgica.

Ya existía un acercamiento previo a los informantes idóneos para la investigación, debido a que quien investiga participó dos veces por semana de la iniciativa y tiene contacto directo hasta hoy, con los entrevistados que trabajan y planifican las intervenciones en todo el Servicio. Por este acercamiento previo se

decidió entrevistar a: las supervisoras a cargo de la intervención (una de Cirugía, la otra del Servicio de Psicología), cinco anestesiólogos, un técnico paramédico y seis enfermeras del Servicio de Cirugía (tres de ellas pertenecientes a la sala de recuperación, dos pertenecientes a la sala de preparación pre quirúrgica y una participante de la inducción anestésica, ex Enfermera Jefa del Servicio de Cirugía, quien sirvió de conexión entre éste Servicio y la Unidad de Psicología en los inicios de la intervención). En total, la muestra se conformó por 14 participantes.

La investigación se llevó a cabo con aquellos integrantes de la rutina quirúrgica, que participan en lugares donde el psicólogo comparte labores, es decir: Funcionarios que participan en la sala preoperatoria, el pabellón quirúrgico y la sala de recuperación, también llamada postoperatorio. Los participantes se distribuyen entre los 23 y los 60 años de edad y realizan diversas labores médicas, repartidas en diferentes especialidades.

4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de la información

La técnica cualitativa de obtención de información que se utilizó en esta investigación fue la entrevista en profundidad. Mediante el uso de este tipo de entrevista se buscó llegar hasta el fondo del problema investigado, siendo necesario para esto, poner mucho énfasis en descubrir y describir lo particular, lo peculiar.

Mediante entrevistas no estructuradas, cuyo final no se puede intuir a priori, se buscó específicamente extraer información relacionada con motivaciones y dinámicas profundamente arraigadas en la conducta y relaciones de quienes participan en la

intervención a la que se refiere esta investigación. Este tipo de entrevistas demandaron un procedimiento prolongado y entrenamiento especial por parte del entrevistador ya que puede ser una situación potencialmente conflictiva para el entrevistado exponer sus puntos de vista. Siguiendo a León y Montero (2003) las entrevistas en profundidad también sirven cuando hay poca información relativa al tema que se desea investigar y no hay información acerca de las respuestas que los participantes podrían dar. Con ellas se busca profundizar en las razones para diversos comportamientos que se llevan a cabo cotidianamente en el Servicio de Cirugía.

En este caso, se utilizaron preguntas abiertas en las que los participantes pudiesen responder con sus propias palabras. El carácter de las preguntas dependió de las expectativas frente al problema y buscaron reflejar las experiencias de vida de la muestra en torno a la acomodación interdisciplinaria, al trabajo realizado y al rol o papel del psicólogo incorporado.

Se procedió comenzando con una o dos preguntas predeterminadas y luego ir guiando la conversación surgida de aquellas preguntas hacia los temas de interés de la investigación, con la disposición de llegar donde el propio desarrollo de la entrevista llevó al investigador, lentamente, avanzando en la relación y vínculo comunicacional que se lograba con cada participante (León y Montero, 2003).

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la

comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Taylor y Bogdan, 1984, p. 101)

Otra razón por la que este tipo de recolección de información se consideró útil fue debido a que las personas involucradas no podrían ser abordadas de otra forma. Si, de hecho, se intentara abordar a los participantes directos o indirectos de la iniciativa psicoprofiláctica mediante la observación participante, esto podría estar interfiriendo negativamente o importunando el trabajo diario que se realiza dentro de pabellón, en la sala preoperatoria y de recuperación, considerando los altos niveles de atención de pacientes que por lo general suelen beneficiarse del servicio dado por el Hospital (Taylor y Bogdan, 1984).

La entrevista debió guiarse por una lista de temas generales a abordar en la conversación con cada informante y el abordaje de cada pregunta fue decidido por el entrevistador (Taylor y Bogdan, 1984). Este abordaje dependió del grado de acercamiento previo con los informantes que ya se tenía. En este caso, el acercamiento estuvo dado por el trabajo diario del investigador en la iniciativa psicoprofiláctica, en el contexto quirúrgico.

A medida que se extrajo la información, ésta debió ser sometida a revisión constante para contrastar la información entregada por cada informante, con las versiones de otros.

Más específicamente, la recolección de información para esta investigación se realizó por medio de entrevistas en profundidad, abiertas. Estas entrevistas se desarrollaron siguiendo un guión, surgido luego de revisar el Planteamiento del Problema de Investigación y de los objetivos que se desprenden de él. Este guión incluye temas que se generan y ordenan a lo largo de la entrevista, por medio de preguntas que el entrevistador hace aparecer de forma libre y contextualizada (Echeverría y Zarzuri, s/f) y que no es necesario seguir de forma acotada.

Dado este orden, fue posible generar nuevos cuestionamientos a lo largo de la entrevista, otorgándole flexibilidad a la recolección de información. El esquema a tratar en esta investigación se adjuntó en los anexos de la misma, entregados al final.

Todo este trabajo debió realizarse primero con un acercamiento lento a los participantes y el proceso de vinculación con los mismos se generó, como se dijo anteriormente, mediante el trabajo psicoprofiláctico diario, lo que favoreció la recolección de información previa y luego la comprensión de sus argumentos, tal y como lo expresaron los participantes.

Se consideró en la interacción con cada entrevistado, mantener una actitud lo más libre de prejuicios posible, evitando también una actitud directiva hacia quienes responden, para no llevar las respuestas al sentido que el entrevistador quiere que éstas tengan. Esta postura se mantuvo hasta incluso el trabajo con los datos y su interpretación. Esto suele lograrse con un esfuerzo continuo por comprender los

argumentos, puntos de vista y significados que provee el entrevistado (Echeverría, 2005).

Otros preparativos, según Echeverría y Zarzuri (s/f), implican la selección de los entrevistados a lo largo de la interacción con ellos, dadas ciertas características explícitas e implícitas en los mismos. Además debieron considerarse los materiales de la entrevista y las labores de contacto y presentación.

Es preciso mencionar que de forma previa a la recolección de información, se solicitó autorización a la Psicóloga Jefe de la Unidad de Psicología, Señora Ana María Puga, quien concedió el permiso para realizar las entrevistas pertinentes. Esta autorización se adjunta en los anexos de la tesis.

4.5 Plan de análisis de la información

En las investigaciones descriptivas, el objetivo que busca el investigador con la realización de entrevistas y la observación de la vida diaria de los participantes es que a partir de los datos recolectados lo más clara y fielmente posible, el lector saque sus propias conclusiones y generalizaciones acerca de aquello que es investigado. Para estos efectos León y Montero (2003), proponen como paso posterior a la recolección a información de una investigación descriptiva, realizar un análisis del contenido de los datos obtenidos.

Éste análisis se caracteriza básicamente por buscar el profundo significado que los participantes tienen de lo estudiado, analizando sus argumentos. En esta

búsqueda, el investigador debe siempre estar abierto a reformulaciones y argumentos nuevos que vayan regenerando nuevos caminos a investigar, para no perder la información que esos nuevos caminos pueden aportar. (Echeverría, 2005)

El análisis de contenido tiene además determinadas metas, entre las que se encuentran:

- Describir tendencias y diferencias en el contenido de la comunicación.
- Comparar mensajes, niveles y medios de comunicación utilizados por los entrevistados.
- Construir y aplicar estándares de comunicación (políticas, normas, etc.).
- Comparar el contenido de la comunicación contra estándares u objetivos.
- Descubrir estilos de comunicación que aparecen.
- Identificar intenciones, apelaciones y características de los participantes.
- Descifrar mensajes ocultos.
- Revelar centros de interés y atención para una persona o grupo en particular, o ambos.

- Reflejar actitudes, valores y creencias de cada persona y grupo.

Teniendo en cuenta que éste tipo de análisis eventualmente presentó un lenguaje coloquial en el registro de la información recogida, las entrevistas estuvieron siempre sujetas a constantes justificaciones o acomodaciones. Además se almacenó el material bruto en formatos de audio y luego fue transcrito en un documento, orden necesario para luego vincular dichos datos en un proceso reflexivo, que no comienza luego de recoger la información, sino que se extiende a lo largo de toda la investigación y la relación de los datos (León y Montero, 2003).

Según Taylor y Bogdan (1984), la recolección y el análisis de los datos recogidos, deben atravesar ciertas etapas. El análisis, según estos autores busca, más que el desarrollo de conceptos y de teoría, una profunda comprensión de aquellos espacios o personas que se estudian.

Aunque la vinculación con la teoría ayuda a aclarar ciertos descubrimientos hechos en la investigación y asiste al investigador en su búsqueda por comprender más profundamente los hechos que se le presentaron a lo largo de la investigación, no es prioridad la generación de una teoría nueva, al menos en las investigaciones descriptivas, sino que debe ponerse esfuerzos adicionales en realizar la mejor interpretación posible. Así, el análisis implica, según Echeverría (2005) una deconstrucción de sentido, que saca a la luz un sentido latente en los argumentos de los entrevistados, mientras que la interpretación busca la reconstrucción de dichos sentidos.

Con estos dos movimientos, el investigador puede convertir en sentido manifiesto aquel sentido latente enredado en los argumentos de quienes son consultados.

Una vez que se da con el sentido de los argumentos, éstos se someten a “una estructura unitaria (analítica) que permite distinguir sus componentes” (Echeverría, 2005, p. 5), lo que da vida a la síntesis.

El análisis de contenido atravesó varias fases.

La primera fase fue la de descubrimiento, donde se identificaron temas y se desarrollaron conceptos y proposiciones, a las que se llegó leyendo repetidamente los datos recogidos y registrando toda idea importante encontrada en el proceso, así como actividades y significados recurrentes, dichos, tipos, clasificaciones, sentimientos, etc., derivados de cada entrevista (Taylor y Bogdan, 1984).

Luego vino la fase de codificación, que incorporó la comprensión del tema de estudio una vez que los datos ya se habían recogido. A través de esta fase se fueron generando categorías, conceptos o datos aparecidos a lo largo del estudio (Taylor y Bogdan, 1984). Es en esta etapa donde comenzó el análisis de contenido: Las características relevantes del contenido de un mensaje fueron transformadas a unidades que permitiesen su descripción y análisis preciso. Así, aquellos trozos relevantes en el mensaje se transformaron en algo susceptible de describir y analizar.

Para poder codificar fue necesario definir el universo, las unidades de análisis y las categorías de análisis: Fundamentalmente separar la información, para distinguir lugares comunes y tópicos aparecidos en los argumentos.

Finalmente el investigador debe buscar relativizar sus descubrimientos y comprender éstos datos en el contexto en que se recogieron. Este ejercicio fue llevado a cabo con el fin de refinar los datos que fueron solicitados por la investigación y separarlos de los menos relevantes o de aquellos que no fueron solicitados. Para este efecto, debieron considerarse constantemente los presupuestos del investigador a lo largo de todo el proceso, así como las características de aquellas fuentes de información que proveyeron determinadas opiniones (Taylor y Bogdan, 1984).

Para esta investigación en particular, se comenzó entrevistando a quienes comenzaron a implementar esta iniciativa a principios del año 2009 en el Hospital - dos profesionales-, para luego ir ampliando la muestra hasta llegar a quienes actualmente trabajan a diario en conjunto con los psicólogos realizadores y pertenecen al equipo de cirugía seleccionado.

Los datos entregados por la diversidad de sujetos entrevistados fueron posteriormente comparados y contrastados, en un proceso que no culminó hasta que el análisis desprendido fue satisfactorio para los objetivos de la investigación (Taylor y Bogdan, 1984). Aunque, dada la poca existencia de material relativo al tema y el amplio campo abierto para la investigación, era de esperar una extensión de la indagación hacia otros actores relacionados.

En resumen, el contenido de cada uno de los relatos extraídos de los participantes, guarda un sentido y significado. Teniendo como guía a Taylor y Bogdan (1984), para poder conocer dicho sentido y significado en su amplitud fue necesario un esfuerzo por parte del investigador, por ponerse en el lugar del entrevistado, trabajando de forma inductiva. Cada relato se sumó a otro, no exento de significado propio y a partir de ellos se generó una línea inteligible del contenido general que se escondía en los relatos. Por medio de esta línea fue posible conocer qué contenido se repitió, aquella información llamativa, afirmaciones inesperadas.

La distinción que la investigación cualitativa le otorga a este tipo de análisis, se basa en el hecho de que los sujetos participantes en las entrevistas enriquecen la investigación por medio de sus posturas frente a un tema determinado. En tanto se descubren y representan fielmente sus propias miradas en la investigación realizada, las conclusiones del estudio plasman los significados de dichos argumentos y el investigador aporta su trabajo como co-constructor de los resultados, evitando categorías a priori y posibles fragmentaciones del estudio al superponer su propia postura frente al tema (Echeverría, 2005).

Siguiendo a Echeverría (2005), luego de este proceso, en la investigación cualitativa suele utilizarse el análisis por categorías, en tanto se busca “rescatar temáticas, ideas y sentires presentes en las narrativas recogidas” (p. 7).

En esta investigación fue pertinente el uso de este tipo de análisis, debido a que no se buscó dar cuenta de las opiniones de los entrevistados como una

globalidad, sino que se persiguió plasmar a través de la investigación los significados de los argumentos expuestos por quienes participaron.

4.5.1 Análisis por Categorías

Para trabajar con los datos recolectados en la entrevista en profundidad, el análisis de contenido por categorías implica en un comienzo la generación de unidades básicas de análisis. Dichas unidades de análisis menores se conforman de citas, constituidas por frases previamente seleccionadas por quien investiga, en un nivel de trabajo aún empírico, dado que debe mantenerse fielmente aquello que el entrevistado dijo en la entrevista (Echeverría, 2005).

Echeverría (2005), sugiere que estas citas sean breves, para no perder la idea central. Para esto propone agregar paréntesis, con datos que permitan contextualizar los argumentos que se han seleccionado, sin dañar la comprensión de los datos. Puede también extraerse información poco relevante para los objetivos de la investigación, dejando a la vista los datos relevantes y obviando los otros por medio de un paréntesis.

Luego, se generan grupos con las citas generadas, dando vida a los tópicos, los cuales conservan una idea o sentido común de los argumentos extraídos, pero con una generalidad y abstracción menor que las categorías (Echeverría, 2005). Las categorías dan cuenta del Problema a investigar tal como se define en la investigación y están compuestas de tópicos.

Dentro del análisis por categorías, éstas deben ser acotadas, dependiendo del Problema a investigar. Las categorías a estudiar pueden ser previamente determinadas por el investigador o pueden emerger a medida que el mismo realiza el análisis. Para efectos del análisis en esta investigación propiamente tal, debido a que el guión de la entrevista busca ser generado con una mínima estructuración, dados los objetivos que se buscan en la investigación y debido a que el Problema a investigar es más abierto, se trabajó detectando categorías emergentes. Echeverría (2005), sugiere que este tipo de análisis es útil en caso de que el investigador se plantee un tema relativamente nuevo, respaldado por pocos estudios a la base o que entreguen pocas referencias para focalizar la investigación.

De esta forma el análisis por categorías emergentes ayuda a evitar los sesgos que suelen aparecer si se determinan las categorías a priori, lo que permite seguir de manera más fiel aquello que los entrevistados expresan, sobretodo luego de aplicar una entrevista abierta. En este sentido, al análisis es inductivo en su mayoría, dado que las categorías nacen a medida que se investiga.

Todos estos procesos ayudan a que se respondan a las preguntas iniciales del estudio, luego de la conformación de esquemas que ordenen la interpretación de los sentidos forjados a raíz de los datos recolectados.

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

5.1 Esquema de Categorías y Tópicos

Objetivo Específico 1: Identificar las expectativas del equipo quirúrgico frente a la intervención

Categoría	Tópicos
1. Buscando integrar totalmente al psicólogo dentro del Proceso Quirúrgico.	<ul style="list-style-type: none">• Si quieren integrarse, hay algo que tienen que saber...• Queremos que vengan más.• El proceso psicoprofiláctico debe durar más tiempo.• El campo de trabajo debe extenderse hacia los niños hospitalizados.• Queremos conocer más sobre el trabajo de los psicólogos.• Es necesario el trabajo en equipo.• Queremos un psicólogo cada vez más médico.• El trabajo debe sistematizarse y estandarizarse.

Objetivo Específico 2: *Reproducir el significado que los participantes de la intervención dan al proceso psicoprofiláctico realizado por los psicólogos participantes*

Categorías	Tópicos
3. Evaluando prescindir de la Psicoprofilaxis Quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none">• Si el psicólogo no está, conversamos.• Los padres se integran... ¿o no?• Si el psicólogo no está, pre medicamos.• El uso del midazolam necesita tiempo.• Si el psicólogo no está, le damos el control al niño.• Cualquiera podría lograr lo mismo.
4. Hablando de resultados.	<ul style="list-style-type: none">• Siempre supe que iba a resultar.• El vínculo creado ayuda a reducir la ansiedad.• La intervención psicoprofiláctica también baja la ansiedad de los padres.• La intervención también nos baja la ansiedad a nosotros.• Los psicólogos ayudan a bajar la ansiedad de los niños.• El éxito de la intervención depende de ciertas

	<p>características del psicólogo.</p> <ul style="list-style-type: none">• El éxito de la intervención depende de ciertas características del niño.• A veces la intervención da lo mismo.
<p>5. Visiones de la Intervención Psicoprofiláctica Quirúrgica.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Los psicólogos no interfirieron en el proceso.• Ustedes les enseñan a “soplar la mascarita”.• No se van a traumar por algo tan pequeño.• El psicólogo hace que todo sea más amigable para el niño.• El psicólogo crea un lazo con los papás.• El psicólogo informa.• La Psicoprofilaxis Quirúrgica aligera la carga laboral.• No teníamos idea de lo que hacían.• No hay recursos económicos.• A veces el psicólogo dificulta el trabajo.

Objetivo Específico 3: Identificar el rol que el psicólogo posee dentro del proceso y espacio quirúrgicos

Categoría	Tópicos
2. Diferenciando el trabajo del psicólogo en el Servicio de Cirugía.	<ul style="list-style-type: none">• Nosotros no tenemos tiempo para preocuparnos de eso que se preocupan ustedes.• Nosotros nos encargamos de otras cosas.• La Psicoprofilaxis la puede hacer sólo el psicólogo.

Categoría 1: Buscando integrar totalmente al psicólogo dentro del Proceso

Quirúrgico

El equipo quirúrgico conformado por enfermeras, técnicos paramédicos y anestesiastas, claramente presentaron la intención de integrar de manera definitiva y estable al equipo de psicólogos dentro del proceso quirúrgico. Para esto, los entrevistados primero proporcionan información que el equipo de salud mental debe tener en consideración para comenzar el trabajo psicoprofiláctico. Esta información puede ser leída a modo de advertencia tanto emocional como práctica, ya que además de informar sobre las reacciones que el proceso anestésico puede generar en el paciente, se proporciona información sobre aspectos emocionales que traspasan y determinan las labores diarias de quienes atienden a los niños constantemente.

En los argumentos de los profesionales entrevistados, se repite el deseo de extender el proceso psicoprofiláctico, no sólo con cada paciente, sino también a otras etapas de la estadía del niño en el Hospital, sobre todo cuando se trata de intervenir pacientes con un historial de procedimientos largos, sucesivos o dolorosos. Llama la atención que en esta convocatoria por ver al psicólogo más integrado en el proceso quirúrgico, se busque también equiparar en él los conocimientos médicos que involucra el trabajo pediátrico y viceversa: El equipo quirúrgico también solicita adquirir conocimientos relativos al tratamiento psicológico del paciente, apelando a la necesidad de trabajar en equipo. Según cuentan quienes llevan más tiempo trabajando en el Servicio, el trabajo en equipo es un aspecto que se ha perdido con el paso de los

años, aunque no ha dejado de ser necesario para lograr una atención oportuna e integral para el paciente pediátrico.

Se solicita al equipo de psicólogos, además, la sistematización de su trabajo y el registro del mismo, en pos de generar resultados empíricos que respalden su eficacia y permitan su permanencia.

Tópico 1.1: Si quieren integrarse, hay algo que tienen que saber...

El equipo quirúrgico desprende de sus elaboraciones diverso material que a pesar de ser escaso, no deja de significar un gran aporte para el futuro desarrollo de la Psicoprofilaxis Quirúrgica. Este material representa información práctica e incluye conocimiento eminentemente médico, que es pertinentes al trabajo y objetivos del equipo de psicólogos.

(En relación a los efectos del midazolam, usado de emergencia) “y después cuando despertó ya le hizo efecto el medicamento. Entonces, al final, me demoré mucho más en despertarlo: [la madre] tuvo que dejarlo mucho más tiempo en recuperación, tuve que sacarlo con oxígeno, porque todos estos medicamentos tranquilizantes deprimen un poco la respiración” (F. S.)

“Los medicamentos son extremadamente eficientes en disminuir la ansiedad: extremadamente eficientes, sin sumarle demasiados riesgos al paciente, pero, tienes que tener el adecuado tiempo para que actúe. Si lo das vía oral o vía nasal puedes necesitar alrededor de media hora.” (G. R. L.)

“en general (...) si uno puede pinchar al niño es más seguro para el niño, independiente que eso sea, pueda ser un trauma, pueda ser doloroso, molesto: (...) el niño lisa y llanamente tiene menos riesgo de morirse, así de simple.” (G. R. L.)

“la edad efectivamente es la más fácil para predecir que alguien lo va a hacer [la inducción anestésica] de una o de otra forma y en general, hay algunos que bajo los 8 años, tienen mucha probabilidad de usar máscara y arriba de los 8 años no, pero como te digo eso puede tener algunas excepciones.” (G.R. L.)

“un niño que se está moviendo no logra, por lo general el sello del gas con la máscara y obviamente no se duerme, ahora, a veces un niño que (...) no se mueve tanto, pero que llora mucho, se puede dormir más porque inhala más rápido” (P. C. M.)

Ésta información, también acerca a los psicólogos a la experiencia vivida por el paciente e incorpora ciertas sugerencias para una inducción segura y estéril. Todo esto aporta requerimientos centrales para el trabajo psicoprofiláctico: empatía y seguridad.

“(Refiriéndose a la curarización) eso les pasa cuando tú les pones relajantes musculares y eso puede pasar al despertar, que es cuando lo pacientes no están bien decurarizados (...) y el niño recupera conciencia, pero no todavía tonicidad muscular” (M. J. E.)

“muchos niños se portan muchísimo mejor y manejan sorprendentemente mejor el estrés de lo que creen los papás y todo el mundo cuando están solos” (G. R. L.)

“las máscaras tienen olores a frutas, que nosotros les ponemos esencias por que los allogenados tienen como olor a huevo podrido” (M. J. E.)

“la última memoria al despertar es cómo se durmieron: Si se durmieron agitados, puede que se despierten más agitados” (P. C. M.)

“cuando son ya preescolares, los 2, 3 años en adelante y sobre todo los adolescentes y sobre todo los hombres son mucho más ansiosos” (F. S.)

“está demostrado que el nivel de ansiedad y de tensión es mucho mayor en los hombres, sobre todo, que en las mujeres y es mayor en la edad de los 11, 12, 13, hasta 15 años.” (F. S.)

Es llamativo, además que el contenido de las entrevistas intenta llevar siempre al psicólogo a aterrizar sus propias ansiedades y acomodarlas al enfrentamiento equilibrado del proceso quirúrgico, de modo que si es necesario utilizar algún método de inducción anestésica o procedimiento quirúrgico doloroso o angustioso, el equipo de salud mental no busque reducir la respuesta emocional a costa de evadir ciertos procesos o la entrega de la información verídica, sino que respete el proceso tal cual éste debe presentarse para cada paciente.

“la pena es algo a considerar, pero no es lo más importante para evitar que alguien se muera, (...) te puede dar pena pincharlos, pero lejos, el paciente va a andar más seguro pinchándose.” (G. R. L.)

“No, si el quedarse dormido no es terrible: Si los niños van tranquilos es súper rico”
(M. J. E.)

“también a los niños que han sido operados más de una vez, que sean más chicos, ellos también, muchas veces prefieren el pinchazo y la técnica de distracción fracasa y se niegan a trabajar con los psicólogos, a veces, porque para ellos es más cómodo el pinchazo que la mascarilla.” (M. J. C.)

“el pinchazo, dentro de todo este peregrinaje es bastante menor de lo, de lo que uno podría creer (...) si tú supieras realmente, que tienes mucho más riesgo de morirte evitándote el pinchazo, con alguna, con alguna lógica vai´ a aceptar un pinchazo” (G. R. L.)

“es fácil que uno lo vea como algo simple el hecho de ´no, si te van a poner una mascarita y no te preocupes que no te van a pinchar`. ¡Guau!, este niño tiene tales otras características que hacen mucho más necesario que él deba ser pinchado. Ahora, entrar en eso, ya, más duro, es más difícil de entrenar” (G. R. L.)

“uno ve que los niños que han estado enfermos mucho y que tienen que entrar a pabellón por quinta, sexta vez, en general, tienen un comportamiento mucho mejor,

más que peor. Por lo tanto, han logrado saber que no era tan terrible o lo, o pueden identificar que es por su bien.” (G. R. L.)

“los niños más grandes, o sea, más maduros, darles el pinchazo como opción, aunque digan que no” (M. J. C.)

Estas sugerencias van dirigidas a modo de recomendación y precaución en la labor del equipo de psicólogos e invitan a los mismos a insertarse en una norma establecida que es uniforme para quienes ingresan a pabellón.

“los pacientes reaccionan de muchas maneras: No todos se quedan dormidos como si tú te quedas dormido en la casa (...), incluso puede tener un desastre, un desenlace más o menos feo y si tú no estás acostumbrado o sabes que eso puede suceder, te puedes asustar.” (G. R. L.)

“tienes que tener en cuenta que vas a ver muchas cosas tristes (...), puedes ver un paciente morirse (...) cada cierto tiempo ocurren algunos accidentes en el inicio de las anestias que puede significar que el paciente que tú entrevistaste y que te parecía tan simpático, tan, como tú quieras: se murió. O está severamente dañado en la UTI” (G. R. L.)

“Los niños son, los niños son niños: los niños son llorones, son odiosos, son manipuladores, tienen enfermedades gravísimas que, que a veces pueden impactar mucho a las personas” (G. R. L.)

“tú podrás tener todos los conocimientos psicológicos y todas las ganas, pero hay mucha gente que simplemente no soporta a los niños, que no soportan que las mamás no sepan lo que les pasa a los hijos” (G. R. L.)

“Algunos niños que de repente pueden vomitar en la ‘recu’, que tienen moco y hay algunos que no son, como son chicas, tienen veinty algo años, no, se sienten un poco incómodas tratando, un poco, de manera maternal que, a veces es absolutamente necesario” (G. R. L.)

“lo que uno logra ver en las especialistas que pasan por acá es que, por ejemplo, si han tenido hijos recientemente, eh, incluso se pueden llegar a paralizar si ven un paciente con la edad de que, la misma edad que tiene su hijo y con diagnósticos potentes.” (G. R. L.)

“circulación interna de pabellón (...), cuándo tenían que cambiarse de ropa, cuándo no, ¿ya? a todo lo que son normas de lavado de manos y de infecciones intrahospitalarias” (M. O.)

“las normas de infecciones: Eso está relacionado con el buen lavado de manos, no andarse pasando la mascarilla de un niño a otro” (M. C. L.)

“yo creo que cualquier persona que entra al pabellón tiene que adaptarse a las normas generales de pabellón (...) nada especial” (P. N.)

“saber a qué niño vamos a hacerle el pinchazo” (M. J. C.)

“así como nosotros necesitamos saber más qué es lo que ellos hacen en la pre anestesia, también ellos deberían saber más qué es lo que nosotros hacemos en pabellón” (M. J. C.)

Tópico 1.2: Queremos que vengan más...

Dada la demanda y los niveles de trabajo con que se procede día a día en el Servicio de Cirugía, así como la preocupación por el bienestar integral del paciente dentro del equipo quirúrgico, se le solicita al equipo de psicólogos que aumenten sus horas de participación y regularicen las visitas al Servicio, sobre todo en aquellos estadios del proceso en que durante otros años el psicólogo participó poco, como por ejemplo en la sala de recuperación.

“me gustaría que siguieran viniendo no más [ríe], me gustaría que formara parte del Hospital ¿ya?, eso, que incluso no hubieran periodos (...) que hay que esperar hasta Marzo.” (M. O.)

“Pero si hubieran pasado más [en la Sala de Recuperación], hubiera sido un poquito mejor” (L. G. L.)

“yo creo que les faltaba venir para acá [la Sala de Recuperación]” (M. L. H.)

“debiera ser algo que debiera ser permanente” (M. B. C.)

“yo no trabajo sola, trabajo con los cirujanos, el anestesista, todo el mundo debería ayudar, el equipo yo creo que también deberían formarlos ustedes acá afuera” (M. B. C.)

“A lo mejor en el periodo de vacaciones, si todo el mundo sale de vacaciones (...) que fuera rutinario (...) que, en el fondo, fueran permanentes” (M. B. C)

“ojalá esto se mantenga en el tiempo” (M. J. E.)

“encuentro que es bueno que haya un acompañamiento, como pa` bajar la ansiedad en los niños, po`, ¿cachai?, pero, pa` serte honesta, no vi, así, el impacto de, del asunto [en la Sala de Recuperación].” (P. N.)

El equipo entrevistado, menciona ésta petición como un camino hacia una mayor efectividad del proceso psicoprofiláctico en tanto el psicólogo participante se encuentra más tiempo con cada paciente y con esto gana experiencia para continuar con su trabajo de forma eficiente.

“en algún momento lo podrían, digamos, detecten a lo mejor un periodo más largo pa` poder llegar y poder hacerlo, a lo mejor, bien” (M. L. H.)

“yo creo que es muy bueno que algunas personas se mantengan en el tiempo, en eso, porque la experiencia es la que te da el, el training pa` trabajar acá” (M. J. E.)

Se vislumbran argumentos en los que ciertos profesionales relacionan una mayor regularidad en las visitas al Servicio, con un incremento en la comunicación

inter equipos, requisito fundamental para que el equipo quirúrgico necesite y solicite de la presencia del psicólogo.

“más que nada, no saber, en el día a día, si tu cuentas o no cuentas con... [la presencia del psicólogo](...) es una cosa de comunicación” (P. C. M.)

“En algún momento sí teníamos presencia de ustedes mañana y tarde, pero después empezaron, después de eso como que uno se acostumbra a, de repente, a no tenerlos” (P. C. M.)

“es difícil extrañar algo que tú no sabes si va a venir o no va a venir” (P. C. M.)

Tópico 1.3: El proceso psicoprofiláctico debe durar más tiempo.

Otra sugerencia que aparece en repetidas ocasiones es extender el proceso psicoprofiláctico y comenzarlo antes de que el niño ingrese a pabellón: antes de su hospitalización, incluso. Esta medida ha sido tomada en otros hospitales fuera de Chile e incluye visitas guiadas a pabellón antes de la cirugía.

“Lo otro que podría ser de utilidad en los niños ambulatorios es empezar el trabajo en el momento que ingresar (...) Porque en muchos casos el sólo hecho de ingresar al Hospital ya significa que es un trauma pa’l niño” (F. S.)

“yo creo que debe ser un apoyo más largo que empezar acá. Hay que empezar mucho antes (...) no sólo pensar en que lo tomái’ media hora antes de que entre a pabellón y que en media hora tení’ que establecer todo...” (M. C.)

“hay que hacer una intervención en las otras instancias del proceso” (P. C. M.)

“que los niños vinieran a conocer el pabellón antes, para disminuir ansiedad.” (M. J. E.)

“ese trabajo se podría empezar desde el día en que se hospitaliza, más o menos, calculando el, prepararlo para la hospitalización, uno o dos días antes.” (F. S.)

También se solicita que el tiempo de la intervención psicoprofiláctica sea lo más prolongado posible, con tal de lograr de cualquier forma el objetivo buscado.

“a mi modo de ver, debería ser un poquito más, más prolongada, pero, pero eso lo tienen mucho que ver como con el entorno familiar de los niños, porque uno no conoce el entorno familiar” (F. S.)

“quizás más tiempo de contacto con los niños” (M. C. L.)

Tópico 1.4: El campo de trabajo debe extenderse hacia los niños hospitalizados.

Otra solicitud surgida desde el equipo quirúrgico es extender el campo de trabajo de la psicorprofilaxis quirúrgica, en su calidad de intervención reductora de ansiedad, hasta poner énfasis en acompañar a niños hospitalizados que han pasado por varias intervenciones quirúrgicas. Puede leerse una profunda preocupación por el estado emocional de los potenciales niños beneficiados y un afán de que el psicólogo

humanice el tránsito del paciente por los diferentes procesos y lugares que su enfermedad le obliga a conocer.

“Hay dos tipos de niños: Los niños que nunca han sido operados (...) y los niños que han sido operados múltiples ocasiones, para tratar de minimizarle el estrés repetitivo, por ejemplo los quemados, qué se yo, los enfermos que van oncológicos, que van varias veces a pabellón” (F. S.)

“si uno no interviene todo el proceso, es difícil (...) que entren a pabellón con un niño que perciba que esto es pabellón y que no es la sala, ellos lo perciben como un espacio más dentro del Hospital.” (P. C. M.)

“yo siento que acá tratamos de tenerle una burbuja a los niños, pero nosotros no tenemos ni un control del área de hospitalizados” (P. C. M.)

Esta compenetración con la experiencia de los niños surge nuevamente, con más fuerza, cuando los procesos mórbidos son repetitivos y conllevan grandes niveles de sufrimiento, molestias y pérdida de funciones corporales. Nuevamente se prioriza la potencial atención de éstos niños por sobre aquellos que viven una intervención quirúrgica como una experiencia excepcional y totalmente ambulatoria.

“yo no se si ese niño, que a lo mejor entró llorando desde ahí hasta que se durmió en cinco minutos va a tener trauma (...) las cosas se te dan bien pa´ estos niños, pero también me preocupan los niños hospitalizados.” (P. C. M.)

“los pacientes oncológicos que van a cirugías mutilantes, que tienen diagnósticos fuertes, recientes, yo creo que son los, los, unos potencialmente beneficiados” (G. R. L.)

Tópico 1.5: Queremos conocer más sobre el trabajo de los psicólogos.

Se expresa una demanda de parte del equipo quirúrgico, proveniente mayormente de las enfermeras, por saber más acerca de las prácticas y métodos psicológicos para tratar al paciente. También se desea conocer el proceso psicoprofiláctico en sí, dado que es una intervención paralela al transcurso quirúrgico en toda su extensión.

La solicitud surge dado el desconocimiento de esta práctica, sobre todo en aquellos integrantes del equipo médico que se incorporan cada semestre por diversas razones, como destinaciones de personal o ingreso de practicantes o becados de medicina.

“estar más informados. Yo no tenía idea que era un programa de [del Hospital], yo pensé que eso se hacía siempre” (P. N.)

“quiero saber que método utilizan para saber cómo es el niño de personalidad” (N. R.)

“enseñarle al personal (...) que el juego en los niños es importante y a tratar de mantener esta cosa como mágica que es (...) pa’ los niños, la situación” (P. C. M.)

“el personal, aunque está preparado para los niños, no todos tienen esta cosa lúdica, que quizás sería bueno plantearlo como educación al personal” (P. C. M.)

Tópico 1.6: Es necesario el trabajo en equipo.

Desde los argumentos del equipo quirúrgico, se desprende la necesidad de trabajar en equipo con el conjunto de psicólogos para atender de forma integral al paciente pediátrico.

“yo creo que aquí hay varias cosas: Primero, que es una institución preparada para niños, el personal que está acá tiene una disposición con los niños, a favor” (P. C. M.)

“el trabajo de acá es un trabajo en equipo. Porque yo no trabajo sola, trabajo con los cirujanos, el anestésista, todo el mundo debería ayudar, el equipo yo creo que también deberían formarlos ustedes acá afuera.” (M. B. C.)

“cuando yo me iba dando cuenta de que no iban a lograr nada, era cuando venían los payasos y las señoras que contaban cuentos, por que los note a ustedes que, como que se pusieron de lado (...) Y sería un gran conjunto” (N. R.)

“yo estoy acostumbrada a trabajar en equipo, por que como yo soy paliativista, yo trabajo con psicólogos” (M. J. E.)

Desde ciertos sectores se interpreta que este trabajo en equipo es agrupado e interpretado por los niños como un solo conglomerado de personas anónimas, sin distinción de cargo o labor, quienes han de intervenirlo y tratarlo. Este grupo sin

demarcaciones, es representado la mayoría de las veces por el psicólogo como cara visible, quien logra establecer el vínculo entre el paciente y la totalidad del equipo quirúrgico al que representa.

“independiente que ellos no tengan idea que ustedes los van a operar o no los van a operar: Eso los niños no lo saben, ni les importa tampoco, lo importante es a quién ven cuando...[despiertan] (...)en el fondo, no somos todos seres malos y ustedes son los seres buenos” (M. J. E.)

“al final, somos los mismos seres como extraterrestres: Estos que andan con la mascarilla, el gorro, que no tienen pelo (...) pa’ ellos todos son médicos y todos son los médicos, son lo que le abren la guata” (M. J. E.)

Se fundamenta desde ciertos profesionales, que si el trabajo en equipo no es efectivo, es debido a la rotación e intercambio del personal que ingresa al Servicio, lo que representa una debilidad, sobre todo para quienes llevan más tiempo trabajando en él.

“tú eres de esa generación que nació cansada, entonces hacen una pega y chao (...) yo ya llevo 23 años trabajando acá y me gusta lo que hago, aunque ahora el trabajo no es tan en equipo, porque hay mucho cambio de personal, en el fondo tu pierdes la confianza” (M. B. C)

“Ahora en el fondo, hago mi pega y chao con los demás” (M. B. C.)

Tópico 1.7: Queremos un psicólogo cada vez más médico...

El equipo quirúrgico manifiesta su pretensión de añadir al trabajo de los psicólogos participantes, algunos conocimientos relativos a su propia disciplina y métodos de trabajo. Con esto buscan coordinar esfuerzos, teniendo como objetivo nuevamente la atención integral de cada paciente y aumentar los conocimientos que el psicólogo tiene en relación a ciertas partes del proceso donde el equipo quirúrgico aún ve falencias o interferencias del psicólogo en el trabajo quirúrgico.

“si supieran algo más sobre signos vitales (...) nos podrían avisar, y nosotros nos quedaríamos así como más tranquilas con ustedes” (L. G. L.)

[En el trabajo con niños hospitalizados] “ver los procesos, en qué proceso, yo no sé cómo funciona rayos, yo no sé, cómo funciona scanner, no sé cómo funciona un laboratorio” (P. C. M.)

“A lo mejor se tendría que hacer un programa de inducción a ustedes acá, porque ustedes no tienen por qué saber dónde pueden tocar, dónde no pueden tocar, qué es lo que se puede hacer, qué es lo que no se puede hacer, etc.” (M. J. E.)

“podrían tener algún, algunos conceptos ustedes o algún entrenamiento básico en cosas como infecciones intrahospitalarias, en cosas de manejo un poco más clínico, que a ustedes les habría significado sacarles más provecho aún, para amortiguar el impacto en el paciente” (G. R. L.)

“si a ustedes les interesa, yo les puedo hacer una clase de los tipos de anestesia y qué es lo que puede pasar” (M. J. E.)

“nosotros tendríamos que también poner un poquito más de nuestra parte en el sentido de informarles a ustedes qué es lo que hacemos nosotros, cómo lo hacemos, dónde lo hacemos, eh, hacer algún tipo de inducción tanto física, como a lo mejor una charla sobre de los tipos de anestesia, los tipos de cirugía (...) a qué se van a enfrentar” (M. J. E.)

“No, yo creo que, básicamente es que nos conozcamos mejor y sepamos diferenciar a quiénes sí ofrecer la mascarilla y a quiénes, idealmente, el pinchazo.” (M. J. C.)

Tópico 1.8: El trabajo debe sistematizarse y estandarizarse.

Los participantes del equipo quirúrgico solicitan sistematizar la práctica psicoprofiláctica. Sugieren dicha sistematización con miras a que el proceso adquiriera relevancia práctica y teórica. Los integrantes del equipo quirúrgico quieren conocer el proceso mediante el establecimiento y la explicitación de los pasos que conforman la intervención.

Además piden generar y publicar resultados empíricos de la efectividad conseguida, mediante cotejos objetivos, ya que, según afirman, hasta el momento el resultado se supedita al criterio con que cada profesional involucrado evalúe subjetivamente el proceso.

Se demanda, por tanto, conocer el trabajo y los resultados que obtiene el equipo de psicólogos dentro del proceso quirúrgico en toda su extensión y para todos los beneficiarios.

“No sé si en ‘la recu’ ha bajado a lo mejor el porcentaje de los niños agitados (...) hay otros factores que influyen” (P. C. M.)

“que usen alguna escala de medición de ansiedad en los niños, como por ejemplo el James modificado y medirlo (...) ponerle un número a las cosas, porque sigue siendo como de impresiones” (M. C.)

“más metodología, un poco, eso de los dibujos que tienen, esa parte hay como que reforzarla un poco más” (M. C. L.)

“Yo creo que también sería bueno medir la parte de los papás” (M. C. L.)

“a lo mejor algo más formal (...) para que pudiesen exportar el modelo” (G. R. L.)

Categoría 2: Diferenciando el trabajo del psicólogo en el Servicio de Cirugía

El equipo del Servicio de Cirugía del Hospital genera algunos lineamientos que ayudan a definir el papel del psicólogo trabajando con ellos. Se traza entonces una comparación, donde se diferencia el rol de los psicólogos no sólo con el rol de los otros trabajadores de la “salud física” involucrados en el proceso, sino también con el papel y labor de otros equipos voluntarios que acceden al Servicio de forma esporádica y que tienden hacia un objetivo similar: la reducción de la ansiedad. Estos grupos de voluntarios que se le comparan están conformados por cuentacuentos y payasos de hospital, que visitan a los niños sólo en la sala de pre anestesia.

Finalmente, en este transcurso se entregan diversas visiones que buscan reafirmar el hecho de que el objetivo de reducción a lo largo de todo el proceso quirúrgico puede realizarse sólo por un equipo de psicólogos.

Tópico 2.1: Nosotros no tenemos tiempo para preocuparnos de eso que se preocupan ustedes.

Una característica con la que el equipo quirúrgico diferencia el trabajo y rol del psicólogo a lo largo de todo el proceso está definida por el tiempo que se toma éste último en acompañar al niño, el cual suele ser más prolongado que el tiempo utilizado por el equipo quirúrgico.

“a veces los niños llegan, llegan muy rápido y rápidamente pasan a pabellón entonces hay poco tiempo como pa`, pa` tener contacto con los niños” (F. S.)

“porque tampoco uno tiene más tiempo pa` hacer terapia, porque no puedes atrasar los pabellones, no puedes, no tienes muchas alternativas” (P. C. M.)

“[el trabajo psicoprofiláctico] lo podemos hacer todos, pero no vas a encontrar ningún médico que quiera hacerlo por una cosa de tiempo y porque no está dentro de sus, de sus competencias normales” (M. J. E.)

“nosotros podríamos decir ¡ah!, este niño, sabís que, me tinca, ¡pum!`, y le day`[medicamentos sedantes], pero no lo evaluás más profundamente: o por no tener tiempo o por que no tenía las herramientas” (G. R. L.)

“ustedes les pueden dar el tiempo que nosotros no les damos” (L. G. L.)

“[el intento de contención emocional entregado por las enfermeras] pero eso no resulta así como siempre y (...) no tenía tiempo, porque tú cachai que somos... [pocos]” (P. N.)

“Ustedes que están más en la pre anestesia pueden hacerlo mejor que cualquiera de nosotros” (M. J. C.)

Los anesthesiólogos y enfermeras logran identificar que ésta ventaja tiene como resultado un vínculo más seguro y estable con el niño, el cual se logra en poco tiempo y favorece la inducción anestésica.

“una incondicionalidad que tienen ustedes de estar ahí con los niños y de apoyarlos. Eso facilita mucho y los niños se entregan fácilmente” (M. O.)

“han estado muy poco tiempo con los niños, que no han alcanzado al, buen, buen resultado” (M. C. L.)

Nuevamente, como la diferencia que se marca en el trabajo del psicólogo es el tiempo de acompañamiento con el niño, se vuelve a equiparar su trabajo con el de los payasos de hospital o las cuentacuentos: otros participantes paliativistas en el proceso quirúrgico.

“por la presión del trabajo uno tiene que entrar, salir (...), es bastante difícil que podamos hacer el trabajo y los payasos y los cuentacuentos, en el fondo, lo que hacen, también es distraer. Entonces ellos también pondrían hacerlo.” (M. J. C.)

Tópico 2.2: Nosotros nos encargamos de otras cosas.

Entre el equipo quirúrgico se asume la disposición para atender otros aspectos en el tratamiento del paciente, los cuales guardan relación con su salud física. En ocasiones, suele fundamentarse éste foco de atención, diferente y complementario al foco del psicólogo, con un desconocimiento intrínseco de cada profesional acerca de cómo tratar al paciente en tanto su salud psicológica o emocional.

“nosotros sabemos hacer nuestra pega no más” (M. B. C.)

“el personal, aunque está preparado para los niños, no todos tienen esta cosa lúdica”
(P. C. M.)

“todos tenemos como esa disposición a tratarlos bien, a darles su espacio, pero tú, inevitablemente, te orientas a la parte clínica (...) tratando de establecer una relación, un vínculo con el paciente, pero a la vez estás mirando, cómo tiene las venas, el anesthesiólogo está viendo cómo está la vía aérea, ¿me entiendes?, entonces, el niño no se te entrega tan fácilmente” (M. O.)

“la enfermera sabe más de medicamentos, saben si, por ejemplo un niño hace un espasmo, si queda morado, ella va a saber qué hacer, pero ustedes no sabrían qué, qué hacer” (L. G. L.)

“las enfermeras sé, no sé, tienen otras funciones y más que nada tienen que tomar datos de, como administrativos y el anestesista más que nada hace una evaluación de la parte clínica del enfermo” (F. S.)

“en el proceso, el tema psicológico (...) no sabría qué decirte” (G. R. L.)

Tópico 2.3: La Psicoprofilaxis la puede hacer sólo el psicólogo.

El equipo quirúrgico logra diferenciar el actuar del equipo de psicólogos con el de otros actores que participan en el proceso. La diferencia detectada por ellos es que justamente aquellos otros actores participantes buscan principalmente distraer al paciente del estímulo que le provoco angustia, pero no tienen como objetivo distintivo llegar a la causa de la reacción ansiosa, por lo que ponen el foco en la consecuencia: la manifestación de terror o ansiedad. Esto convierte al psicólogo, según palabras del equipo consultado, en el único participante que por diversas razones puede encontrar aquella causa para cada niño de forma particular.

“ustedes son personas que vienen con un objetivo (...) que es disminuir la ansiedad, pero no pensé que iba a resultar tan bien.” (M. O.)

“los payasos y eso los entretienen durante el momento, en el fondo lo que nosotros necesitamos es bajarle la ansiedad al niño para el procedimiento” (M. C. L.)

“yo creo que esto lo deben tener diferenciado por edad, me imagino, por que el efecto que tiene en un niño chico no tiene nada que ver con un niño más grande, donde el rol de ustedes es muy importante” (M. C. L.)

“Los sonrisólogos o los payasos, las señoras que cuentan los cuentos les responden cosas pero, pero muy vagamente, ustedes les responden bien (...) desde ese punto, son más científicos” (M. J. E.)

“los payasos y eso, juegan con los niños, pero no les quitan la ansiedad, no los sacan de lo que están pensando (...) al momento de entrar a pabellón igual entran llorando, pataleando” (N. R.)

“éstos otros personajes que vienen de forma mucho más ocasional (...) le crean un ambiente falso a los niños, de cómo que esto fuera un circo o fuera un espectáculo (...) los niños se dan cuenta rápidamente de que la, que es una pantalla esto no más” (F. S.)

“nosotros nos íbamos a, a enfocar en otra cosa. Probablemente podrías hablar algo más coloquial, sin mucha relevancia, pero yo veía que les sacaban todo un rollo familiar, así como de violencia intrafamiliar y de divorcio en pocos minutos, era como ¡guau!” (G. R. L.)

“El psicólogo extrae información del, de los pacientes tratando de lograr interpretar qué es lo que necesitan.” (G. R. L.)

“basta con detenerse a mirar y darse cuenta de que es bastante definido [el rol del psicólogo en el proceso quirúrgico]. Como te digo, se puede optimizar, se puede focalizar mejor y con eso se notaría más aún.” (G. R. L.)

“[el trato que las enfermeras dan a la ansiedad] es una cosa de ser más, de tomarlos en brazos, de ‘a ñuñu’, de todo, pero ustedes pueden hacer un muy buen trabajo, entre los padres o el cuidador del paciente y el niño” (M. J. E.)

Esto hace que a ojos del equipo médico/quirúrgico, el psicólogo tenga más “llegada” con cada paciente: genere un acercamiento más rápido y efectivo. Puede relacionarse esta interpretación con el trabajo de diferenciación por etapa del desarrollo y por detección del estímulo ansiógeno que el psicólogo realiza con cada niño en el corto tiempo que dispone. Llama la atención que médicos, enfermeras y anestesiastas afirmen que “no tienen” las herramientas necesarias para ello.

“tienen conocimientos y eso hace la diferencia” (M. L. H)

“uno los calma, pero ustedes tienen, más la, la especialidad (...), saben cómo llegar más a ellos.” (M. B. C.)

“uno podrá jugar, tratar de calmarlos, pero uno no los prepara para el proceso que pueden vivir adentro y eso sí lo hacen ustedes” (P. C. M.)

“¡O sea! ‘pastelero a tus pasteles’, po` (...) siempre la carga del psicólogo, siempre lo que hace el psicólogo se lo tiran a la enfermera y la enfermera no tiene las herramientas” (M. J. E.)

“a veces las técnicos o en alguna colega, que no se acercan de la manera adecuada a los niños, po’: el amenazar que si no se callan [no verán a la mamá]” (P. N.)

“hay mamás que por muy tranquilas que sean, les cuesta hacer como que esto es un juego (...) ustedes si tienen, obviamente profesionalmente, la capacidad de mantenerle el juego” (P. C. M.)

Categoría 3: Evaluando prescindir de la Psicoprofilaxis Quirúrgica

Si se invita al equipo médico/quirúrgico a que evalúe la posibilidad de realizar sus actividades sin contar con el equipo de psicólogos trabajando para reducir los efectos emocionales y psicológicos de la intervención quirúrgica, la gran mayoría de los integrantes menciona métodos y recursos personales a los que recurre o ha tenido que recurrir en caso de no contar con un integrante que se enfoque directamente en ello.

Los métodos mencionados van desde la entrega de cariño y control de la situación al pequeño paciente, hasta el directo ingreso de los padres o acompañantes del niño a pabellón. Se menciona también el uso de sedantes administrados de forma previa a la intervención quirúrgica. Muchas de las técnicas o tácticas mencionadas son presentadas por los entrevistados anteponiendo pros y contras de su utilización, sobre todo cuando se recurre al apoyo parental y medicamentoso.

Finalmente, algunos profesionales afirman que en algunos casos detallados, simplemente no se necesita el actuar del psicólogo antes de una intervención quirúrgica, detallando algunos ejemplos.

Tópico 3.1: Si el psicólogo no está, conversamos.

Los integrantes del equipo quirúrgico, también mencionan métodos personales utilizados al momento de buscar reducir la reacción de angustia frente al proceso quirúrgico, los cuales presentaban indistintamente mayor o menor repercusión en el estado emocional del niño. Incluso uno de los métodos se remonta hasta antes de la incorporación de la Psicoprofilaxis Quirúrgica, cuando el psicólogo ingresaba a pre anestesia, pero al tratarse de un trabajo esporádico y discontinuo, perdía relevancia.

La iniciativa que más destaca, es la de hablar con el paciente, explicándole el proceso o buscando distraerlo. Todas las iniciativas son dependientes de la disposición anímica del paciente para responder a ellas.

“preguntarle cosas al niño, por ejemplo, engrupirlo con que la máscara tiene otro olor, tratar de no dormirlo acostado, sino sentado, cosa que por lo menos vea la gente de frente, no vea el techo y las lámparas, explicarle que las lámparas no son taladros, que son luces, encenderlas” (M. C.)

“hablar con él y mostrarle lo que le voy a hacer” (M. C. L.)

“decirles que se queden tranquilos, que no lloren (...) Yo les digo ‘no, si te van a anestesiar, si no vas a saber del mundo’” (M. B. C.)

“como toda persona, hay que decir la verdad, sea que te duela que no te duela, pero hay que decir la verdad.” (M. B. C.)

“si tengo tiempo trato de regalinear un poco con los niños, de preguntarles algo, de jugar con ellos (...) no llegar y partir con el niño hacia adentro” (M. J. E.)

“trato de decirles que, que `ya, que vamos a ir donde la mamá’, pero si el niño está inconsolable no lo pesco mucho.” (P. N.)

“primero preguntarles en la entrevista previa si cómo quieren dormir (...) hay niños que prefieren con pinchazo, pero son la minoría, la mayoría prefieren (...) la mascarilla, entonces uno tiene que explicarles que la mascarilla los va a ahogar, que es una mezcla de gases, enriquecida en oxígeno” (F. S.)

“viendo que hay otros niños que están en su mismo estado, (...) mostrarles: ´mira, esa guagüita también se va a operar igual que tú’ y eso a ellos los hace sentir que no es tan terrible” (M. J. E.)

“trato de explicarles a los papás bien, si es que tengo tiempo de hablarles, de contarles quién soy, qué es lo que vamos a hacer, porque aquí nadie se presenta” (M. J. E.)

También se busca adornar el espacio en el que circulan los niños hasta que son operados y en casos extremos, cuando es más complicado lograr una respuesta, se utilizan estrategias como alzar la voz y el trato autoritario.

“la verdad es que este último tiempo que no hemos podido contar con ustedes igual tratamos, el hecho de que tengan tele y el espacio físico así que permite igual que lleguen con menos estrés” (P. C. M.)

“si uno les dice `ya, si usted se calla, vamos donde la mamá’: se callan, se tranquilizan” (L. G. L.)

“yo le hablé más golpeado [a un niño descontrolado en el post operatorio] y me contestó, se quedó callado, se sentó, me miró y me dijo lo que quería” (N. R.)

“Si con haberle hablado (...) no acusa recibo de lo que yo le estoy diciendo yo no lo pesco. No es como otros que yo veo que, ponte tú, la paramédico, que `si no te callas tú, te quedas, bla, bla, bla...’” (P. N.)

Según los entrevistados, las manifestaciones cariñosas hacia los niños también logran calmarlos. Para poder llegar a este tipo de estrategia (utilizada con más frecuencia en la sala de recuperación), las enfermeras buscan tener empatía con el sufrimiento del paciente e imaginar que se trata de algún ser querido.

“hay niños que están inconsolables y yo trato, veo si es que con un poquito de cariño se calman” (P. N.)

“eso es lo que quiere el niño en sí, po’, que esté alguien al lado de él” (L. G. L.)

“los más chiquititos (...) tomarlos en brazo y ya se callan (...) hay otros que son demasiado y que quieren solamente a la mamá y aunque uno los tome en brazo, aunque les cante, aunque uno haga lo que haga, no se van a calmar” (L. G. L.)

“cuando le empieza a subir mucho la frecuencia [cardíaca, que indica sufrimiento físico intenso], nosotros nos quedamos ahí, pegadas” (L. G. L.)

“tratar de ponerse en el lado, como que si fuera el hijo de uno, el sobrino de uno” (M. L. H.)

“Como que se sientan más cómodos, por que igual, como, pensando en los otorrinos, es como súper agresivo lo que les hacen” (M. L. H.)

Un anestesista, en tanto, menciona métodos menos ansiógenos respaldados con experiencia médica y referencias teóricas, las cuales llaman a acortar el tiempo de ayuno del paciente y personalmente acortar el tiempo transcurrido entre que el paciente llega a pre anestesia y es inducido anestésicamente en pabellón.

“en general, yo trato de hacer el proceso lo más abreviado posible (...) que el momento de separación [de los padres] sea lo más corto posible, eh, y seguro” (G. R. L.)

“para que todo este momento de, extraño, se acorte, yo rápidamente les aplico la máscara” (G. R. L.)

“te puedo asegurar que este niño tiene hambre y ese es parte de su gran problema. Eh, esa es una forma de todas maneras de disminuirle la ansiedad, ya sea, eh, tratando de que los ayunos preoperatorios sean lo más acotados posibles y la realimentación posterior sea lo más precoz” (G. R. L.)

Tópico 3.2: Los padres se integran... ¿o no?

En diversas ocasiones suele mencionarse a los padres como agentes inmediatos y eficaces al momento de bajar la ansiedad de los niños en el proceso quirúrgico, lo que los convierte en los actores a los que varios integrantes del equipo médico tienden a recurrir en caso de desear reducir el estrés ante la operación, cuando la ansiedad es evidente e inmanejable por el propio niño o por el equipo médico y no se cuenta con la presencia de el psicólogo. En orden de eficacia, suele ponerse delante o detrás de ellos la figura del psicólogo.

“En este momento [refiriéndose a un niño llorando hace largo rato en la sala de recuperación] no hay nadie que lo pueda tranquilizar que no sea su mamá y comer. Y luego de eso él va a decir ‘Uy, parece que sí me duele’” (G. R. L.)

“cuando el niño está demasiado (...) ansioso y los niños que han venido muchas veces: a esos niños de tratamientos largos (...) yo en general los dejo pasar con los papás” (M. C. L.)

De todas formas, a partir de la experiencia relatada por el equipo médico/quirúrgico, se genera como fruto de la experiencia el hecho de que la presencia parental y sobre todo de la madre, suele jugar en contra de una inducción anestésica y una recuperación equilibrada y libre de estrés, dado que los padres aumentan la angustia del niño mediante manifestaciones incluso más ansiosas que las del propio paciente, o hacen que el proceso quirúrgico sea potencialmente convertido en una especie de teatro para el niño, que sólo puede actuarse eficazmente frente a los

padres, dado que son los únicos agentes a quienes el niño busca persuadir de que la operación no se lleve a cabo, porque puede ser potencialmente dolorosa o ansiógena.

“a mi me han tocado todo tipo de padres, hay padres que son muy colaboradores que tranquilizan a los niños (...) y muchas veces (...) en vez de colaborar en tranquilizar los niños, les aumentan el nivel de agitación psicomotora” (F. S.)

“Mamá alterada: le traspassa a los niños la ansiedad y eso es inevitable. Hay muchos niños que no tienen experiencias previas y que llegan muy asustados por que la mamá está llorando al borde de la cama y los niños lo perciben” (P. C. M.)

“hay algunos anestesiastas que acceden y los papás entran, pero la verdad es que la respuesta no es mejor” (P. C. M.)

“la mamá [que intervino en el proceso quirúrgico] prácticamente jugó un papel muy negativo (...) es bien controversial esto que entren los padres o no al pabellón” (F. S.)

“me ha tocado muchas veces que las mamás se desmayan. Por que dicen: ‘pero, ¿por qué respira así?, ¿por que los ojos se pusieron así?, no, espérate’ (...) y se desmayan.”

“muchos niños se portan muchísimo mejor y manejan sorprendentemente mejor el estrés de lo que creen los papás y todo el mundo, cuando están solos (...) buena cantidad de niños que dejan de manipular cuando no están los papás” (G. R. L.)

También suele relacionarse una reducida capacidad para afrontar una situación estresante o crítica, con el nivel socio económico de las madres beneficiarias, sea cual

sea el Sistema de Salud al que pertenecen, todo esto, nuevamente basado en la experiencia de quienes forman parte del equipo quirúrgico.

“tenemos que pensar que la población a la que llegamos es diferente, entonces las mamás (...), a lo mejor del sector privado (...) tienen un poquito más de preparación o digamos, conocimiento al respecto del área de la salud, pero acá tú te encuentras con mamás que se, también ellas se afligen mucho, que no saben controlar su estrés, entonces difícilmente pueden controlar el estrés del niño” (M. O.)

“en el área privada, que los papás entran a la inducción uno lo nota: hay mamás que entran a la inducción y que deberían dejarlas afuera por que entran casi llorando y los niños entran gritando, entonces, es súper notable que aquí son pocos los niños que entran muy angustiados a pabellón” (P, C. M.)

De esta controversia, nace también la solicitud de que los padres, dentro de lo posible, sean integrados al procedimiento quirúrgico luego de delimitar quiénes pueden ingresar y quiénes no. Fuera de esta discusión, se sugiere que siempre el psicólogo pueda también acoger la ansiedad y desinformación de los padres o acompañantes del niño, para dar una respuesta a las mismas.

“ojalá se pudiese hacer algo con los papás de los niños, no sé si antes (...) se puede hacer un abordaje, por que los papás son los que intranquilizan a los niños” (M. J. E.)

[En relación a los métodos que los padres usan para explicar el procedimiento a los niños] “uno les puede explicar con palabras simpáticas, con cosas entretenidas y no tení’ por qué decirle que le van a abrir la guata y les van a sacar las tripas” (M. J. E.)

“de repente no necesitan tanta psicología los niños: necesitan los papás, porque a veces los papás le transmiten la ansiedad a los niños, porque son ellos los que saben qué pasa con la anestesia, ellos tienen miedo” (N. R.)

“Los papás chilenos son súper, eeh, sobreprotectores (...) creen que tratando de evitarle el pinchazo y cualquier tipo de dolor al niño, va a andar mejor: No necesariamente logran identificar la seguridad real del proceso” (G. R. L.)

“lo otro que hay que ver bien es la ansiedad de los papás. La ansiedad de los papás de entregarle tu hijo (...) a un ser totalmente desconocido y que se lo entregai’ no más” (M. J. E.)

A raíz de esto, se sugiere dirimir quién acompañará al niño, de acuerdo a la efectividad del acompañante y de las herramientas sobretodo emocionales que este tenga tanto para reducir la ansiedad del paciente, como para mantenerse alerta a los requerimientos de encontrarse en el pabellón quirúrgico y de resistir los estímulos que ahí se presentan y que, como se mencionó antes, pueden resultar perturbadores para quien ingresa y participa del proceso.

“si tú me preguntas si tiene un valor real que entren o no entren, eso se va a discutir mucho en la literatura, por años (...) si, eh, el familiar o el que va a entrar es capaz de tranquilizar al niño: tiene un valor que entre. Si no es capaz: no” (G. R. L.)

“muchos papás no entienden, no entienden que eso [la intervención quirúrgica] es para ayudar al niño y sólo lo ven como un derecho (...) ´pero señora, usted no está en, en capacidad de cuidar a su niño en este segundo´” (G. R. L.)

Tópico 3.3: Si el psicólogo no está, pre medicamos.

Una de las herramientas a las que suelen recurrir quienes participan en el proceso quirúrgico, cuando el psicólogo no se encuentra y las cargas ansiosas son incontrolables, son los ansiolíticos. El más nombrado es el midazolam, considerado como uno de los más comúnmente utilizados antes de arribo de la Psicoprofilaxis Quirúrgica como trabajo paralelo al proceso quirúrgico.

“A veces se pre medicaba (...) con algún medicamento oral, unas gotitas de midazolam (...) clordiazepóxido” (M. O.)

“Hay una técnica anestésica en que ellos no reciben el olor al tiro, sino que reciben un gas primero, que no tiene olor, eso los pierde un poco y cuando están un poco más perdidos, uno les sube el gas que sí tiene olor” (M. C.)

“si suben [la frecuencia cardíaca] ciento ochenta, doscientos y el niño se intenta quedar callado, pero la frecuencia sigue alta ya es porque es dolor (...) ahí, nosotros le colocamos medicamentos” (L. G. L.)

“Si es que el paciente era capaz de cooperar o entender o venía tranquilo, tú tienes maneras farmacológicas de hacerlo un poco más lento para no asustarlo. Si el paciente ya venía descontrolado hay maneras también, farmacológicas, para dormirlo rápido” (G. R. L.)

Tópico 3.4: El uso del midazolam necesita tiempo.

Como se evidenció en el Tópico 3.3, los anestesiólogos refieren que ciertos medicamentos sedantes como el midazolam suelen ser efectivos a la hora de reducir la ansiedad de los niños frente al proceso quirúrgico. Pese a esto, sostienen también que debido a la alta demanda del Servicio, suelen surgir problemas de sincronización y no se cumple con el tiempo estimado para que el medicamento surta efecto, lo que retrasa el proceso quirúrgico u obliga a el equipo quirúrgico a operar al niño con la misma respuesta ansiosa que se buscaba reducir. Esto puede llevar al paciente a despertar con el riesgo de sufrir alteraciones respiratorias, derivadas del efecto farmacológico, que actúa justamente cuando el niño ya está dormido, lo que lógicamente preocupa al médico tratante, que evita este procedimiento.

“Los medicamentos son extremadamente eficientes en disminuir la ansiedad, extremadamente eficientes, sin sumarle demasiados riesgos al paciente, pero, tienes que tener el adecuado tiempo para que actúe. Si lo das vía oral o vía nasal puedes necesitar alrededor de media hora.” (G. R. L.)

“[El midazolam usado de emergencia] después cuando despertó ya le hizo efecto el medicamento. Entonces, al final, me demoré mucho más en despertarlo, [la madre]

tuvo que dejarlo mucho más tiempo en recuperación, tuve que sacarlo con oxígeno, porque todos estos medicamentos tranquilizantes deprimen un poco la respiración...”

(F. S.)

“[a un paciente que se encontraba descontrolado] le dimos a tomar cinco miligramos de midazolam (...) el niño llegó exactamente igual de negativista, sentado y de hecho, hubo que inducirlo sentado, qué se yo, afirmado por varias personas” (F. S.)

Tópico 3.5: Si el psicólogo no está, le damos el control al niño.

Un método utilizado por el equipo médico/quirúrgico para bajar la ansiedad del niño frente al proceso anestésico, se desarrolla en tanto quienes ingresan al niño le otorgan la posibilidad de controlar ciertas etapas y objetos que aparecen en su experiencia quirúrgica.

“tratar de que dentro de lo posible tomen el control en algunas cosas: dónde quieren poner los pies, dónde quiere que le pongamos los `pitutos’” (M. C.)

“pa’ que no se sientan como tan, como tan, digamos, agredidos (...) a jugar: ‘ya, tú controla la tele’, a como sentir que él puede tomar parte del espacio” (M. B. C.)

“dar la opción de que los niños elijan algunas cosas, o sea, hay una edad en que ya saben qué quieren elegir y qué no” (M. J. C.)

Tópico 3.6: Cualquiera podría lograr lo mismo.

Algunos integrantes del equipo quirúrgico manifiesta que el trabajo realizado por los psicólogos en la intervención, puede ser llevado a cabo por cualquier otro actor involucrado en el proceso. Este argumento se respalda en que el Hospital se encuentra acondicionado para recibir y tratar pacientes pediátricos, por lo que todos los integrantes del supra sistema hospitalario, pueden lograr el mismo objetivo de la psicoprofilaxis quirúrgica, mediante una capacitación o disponiendo de más tiempo. Vuelven a presentarse contradicciones entre las versiones entregadas frente a éste cuestionamiento a lo largo de las entrevistas.

“yo siento que es un trabajo en conjunto, la verdad es que cuando están ustedes favorecen sobre todo a los niños que están más ansiosos pero en día a día, no hemos tenido la posibilidad de estar con ustedes todo el tiempo (...) Y se logra igual, por que el ambiente lo permite” (P. C. M.)

“Entonces, yo no sé si específicamente el psicólogo hace algo más (...) ni tampoco algo menos (...) los payasos que usan en Barcelona o las enfermeras más amigables que usan en el Saint Jude en Estados Unidos (...) funcionan igual” (M. C.)

“[cualquier persona podría hacer este trabajo] podría quizás, pero con dedicación exclusiva a eso y no a otras cosas” (P. C. M.)

“creo que, por ejemplo, eso de que tienen que inflar un globito y todo eso, creo que lo puede hacer cualquier persona” (N. R.)

“muchas veces, por ejemplo, han venido payasos, esos payasos que vienen, las que le leen cuentos y les bajan más la ansiedad a los niños.” (N. R.)

“cualquiera que se haga como amigo del niño, le empieza a explicar a lo que va y todo, hasta la mamá: La mamá tiene que tener psicología con su hijo, si no, no lo puede gobernar” (N. R.)

Al parecer, la contradicción se genera ante el desconocimiento del rol y objetivo del psicólogo en el proceso quirúrgico.

“los payasos y los cuentacuentos, en el fondo, lo que hacen, también es distraer (...) Ahora, no se si ustedes tienen más herramientas, por que también yo desconozco qué es lo que ustedes evaluaban al final del día” (M. J. C.)

“lo podemos hacer todos, pero no vas a encontrar ningún médico que quiera hacerlo por una cosa tiempo y por que no está dentro de sus, de sus competencias normales” (M. J. E.)

Categoría 4: Hablando de resultados.

El equipo entrevistado opina sobre los resultados que se han obtenido gracias a la intervención psicoprofiláctica quirúrgica. Éstos resultados se dejan ver a través de diversos efectos del trabajo realizado por los psicólogos en conjunto con los otros profesionales y no se reducen simplemente a un impacto en el paciente a intervenir, sino que además los beneficios se extienden a todos quienes interactúan y participan del tratamiento entregado al paciente.

Muchos participantes manifiestan su confianza incluso a fases en que la Psicoprofilaxis era sólo un proyecto: antes de que incluso comenzara a practicarse. Otros entrevistados, quienes ya han visto resultados o han realizado su trabajo en paralelo con la labor de los psicólogos, dan su punto de vista en cuanto a los factores que ayudan a que la intervención psicoprofiláctica gane o pierda efectividad.

Tópico 4.1: Siempre supe que iba a resultar.

En relación a las expectativas previas al ingreso del equipo de psicólogos trabajando en pabellón, se repite la aparición de expectativas positivas frente a la eficacia del proyecto e incluso repercusiones inesperadas que se desprendieron del trabajo del equipo integrado a la rutina diaria.

“pensé que sí, que iban a disminuir la ansiedad, pero no pensé que iban a lograr ese vínculo tan estrecho con los niños” (M. O.)

“yo siempre pensaba que les iba a ir bien, es decir, algo positivo de todas maneras” (M. B. C.)

“yo pienso que si, que iba a funcionar” (F. S.)

“era lógico que iba a tener algún resultado positivo. O sea, era difícil que tuviera un resultado negativo (...) y yo diría que un resultado positivo no sólo para el paciente: Muchas veces las mamás que son bastante, de instrucción bastante básica, tenían una oportunidad de que alguien les explicara un poco mejor algunas cosas.” (G. R. L.)

Tópico 4.2: El vínculo creado ayuda a reducir la ansiedad.

Ciertos miembros del equipo médico interpretaron el actuar del psicólogo como una búsqueda por generar un vínculo rápido y medianamente seguro con el paciente, mediante los métodos utilizados en el procedimiento psicoprofiláctico, comprendiendo además que en ésta búsqueda se llega al fin último de reducir la ansiedad frente al proceso quirúrgico en todas sus etapas.

“ya era tanto el vínculo que ustedes creaban, que después iban, los tranquilizaban, en recuperación (...) habían creado, en muy poco tiempo (...) un lazo súper rico con los niños, que al niño lo alivió en la parte psicológica” (M. O.)

“[el objetivo de la Psicoprofilaxis Quirúrgica es] intentar reducir la ansiedad en los niños a través, según entiendo, de crear un vínculo con ellos, mediante el juego” (M. C.)

Tópico 4.3: La intervención psicoprofiláctica también baja la ansiedad de los padres.

El objetivo del proceso psicoprofiláctico trae también como consecuencia, según los entrevistados, la tranquilidad de aquellas personas que acompañan al niño a la intervención quirúrgica, ya sea por medio de cercanía emocional, física, o ambas y de la entrega de información.

“lo otro que facilitan mucho y que yo lo vi es la cercanía que formaban con los papás, el lazo con los papás, entonces el niño como que se daba un poquito más” (M. O.)

“muchas veces las mamás que son bastante, de instrucción bastante básica, tenían una oportunidad de que alguien les explicara un poco mejor algunas cosas” (G. R. L.)

“Yo encuentro bueno que, que haya un, algo, que ayude a que el niño baje la ansiedad y también, yo creo que indirectamente ayuda a las mamás” (P. N.)

Tópico 4.4: La intervención también nos baja la ansiedad a nosotros.

El equipo médico/quirúrgico, deja ver en sus argumentos, de forma explícita o implícita el impacto emocional que el trabajo del equipo de psicólogos tiene en su labor, ya que al tratar un paciente equilibrado emocionalmente o menos ansioso, el profesional a cargo de su salud física también se siente tranquilo y en paz con el trabajo que realiza. Esto le ayuda a realizar sus labores de forma más humana.

“humaniza la cuestión, porque en la relación asistencial, cuando llegai´ y metí´ a un paciente y llegai y metí´ a otro paciente a pabellón y ¡pum! a dormir, como que deshumanizai´ un poco el proceso y un poco la relación entre nosotros y los niños” (M. C.)

“a mi me facilita la vida y me siento mejor con mi trabajo” (M. C.)

“hay unos que están despiertos y están así como demasiado volados, con los ojos pa´ cualquier lado, entonces eso igual es desesperante” (M. L. H.)

“que el niño entre más tranquilo, a nosotros nos facilita, porque, de partida, nos permite partir una anestesia más segura (...), en cambio, cuando entran

descontrolados, uno lo primero que hace es empezar la anestesia y después lo monitoriza y eso aumenta los riesgos pa'l niño.” (M. J. C.)

Tópico 4.5: Los psicólogos ayudan a bajar la ansiedad de los niños.

Por medio de los argumentos e impresiones de los participantes del proceso quirúrgico, se puede asegurar el cumplimiento del objetivo buscado por la intervención psicoprofiláctica quirúrgica de reducir la ansiedad pre y post operatoria en los niños, por medio de una intervención personalizada con cada paciente.

También se conserva como referencia la repercusión post operatoria, positiva en la salud del paciente.

“[en pabellón, la Psicoprofilaxis ayuda a] lograr que los niños después no tengan repercusiones en el post operatorio (...) en relación a toda la angustia que tienen, previo a la intervención” (M. C. L.)

“en el principio uno no sabe por qué ese niño estaba tan angustiado, por qué tiene tanto miedo, a lo mejor tiene miedo a morirse (...) ustedes puedan determinar que haya un paciente que necesite, eeh, una intervención más grande” (M. J. E.)

“a mi me pareció que era un, un trabajo de cooperación bastante interesante, que ayudaba en un momento bastante importante a un paciente bien o relativamente desvalido” (G. R. L.)

“sí, vi pacientes que cuando entraban, entraban más tranquilos (...) como más cooperadores” (M. L. H.)

“Ayudaban en varias cosas para nosotros, que más que nada eran la contención y la distracción dentro de pabellón” (M. J. C.)

“el paciente no estaba tan ansioso, veía a alguien que ya había conocido, con quien no se había sentido como ‘agredido’, como que eso le tranquilizaba. Eso lo encontré bueno, que sí tenía un efecto positivo” (M. L. H.)

“hay un grupo de niños que yo diría que de la, de la mediana edad, que, que saben bien el tema de la máscara, lo de inflar y lo del tema y que llegan bastante más controlados. Yo no, en ese momento, yo me logro dar cuenta que, que es un avance positivo” (G. R. L.)

“partieron ustedes y la verdad es que fue un cambio bastante importante (...) se nota mucho la diferencia cuando no están” (M. O.)

Tópico 4.6: El éxito de la intervención depende de ciertas características del psicólogo.

El equipo de personas que trabajan en el Servicio de Cirugía, mencionan algunas características de personalidad que influyen en la eficacia de la intervención psicoprofiláctica quirúrgica. Una de las variables que se menciona con mayor frecuencia es la empatía entre el paciente y el psicólogo tratante.

“depende de la persona todavía. O sea, hay gente que tiene más empatía y otra que tiene menos empatía (...) puede haber una variabilidad que podría hacer que el programa no fuese como necesariamente muy confiable” (M. C.)

“La empatía no más, es fundamental” (P. N.)

“siempre hay pacientes con los que uno tiene más feeling que con otros, que eso es una cosa que no lo podí manejar” (M. J. E.)

Otras características de personalidad necesarias para poder trabajar en el proceso quirúrgico a cabalidad varían entre la proactividad, la experiencia y motivación por trabajar con niños y el desplante.

“A veces habían muchas personas que eran muy buenas, destacaban y otras personas que eran muy tímidas, que les costaba [...], pero otros llegaron con mucha personalidad, con muchas ganas de hacer las cosas y les salió bien” (M. O.)

“no tiene que ser una persona depresiva, tiene que ser una persona positiva y que le gusten los niños, no más, po' y tener mucha paciencia” (M. J. E.)

“Yo no sé la edad, o sea, el tiempo que tenían las del año pasado con respecto a este año, pero me da la impresión de que tenían como más experiencia, más práctica” (M. C. L.)

“si era muy ‘piolita` la persona (...) que no tuviera llegada con el niño, pero como así como volumen de voz bajito, como onda más tímido, como que se notaba un poco ahí la diferencia” (M. L. H.)

“[a una de las psicólogas interviniendo en la sala de recuperación] la encontré muy débil, si tienen psicología hay que manipular al niño” (N. R.)

“Ser más dinámico, tener así como más energía, igual los psicólogos dan como sueño” (N. R.)

“es experiencia (...) que tengan más competencias pa’ tratar con niños” (P. N.)

“Si, por que igual les falta un poco más así como de carácter, yo las encuentro así como muy débiles, muy débiles para hablar” (N. R.)

Tópico 4.7: El éxito de la intervención depende de ciertas características del niño.

Al momento de preguntarse por aquellas razones que llevan al fracaso de la intervención, el equipo participante en el proceso quirúrgico tiende también a responsabilizar al niño y la disposición con la que enfrenta el proceso. Se apela fuertemente a aquello que el niño adquiere o aprende de su entorno familiar y que le impide sobrellevar situaciones críticas o estresantes de forma equilibrada.

“yo creo [el afrontamiento de la cirugía] que es de acuerdo, depende de cada niño [...] y digamos de la crianza que tenga en casa” (M. B. C.)

“hay muchos niños que tienen mucho componente de experiencias negativas anteriores, que no necesariamente son de pabellón, pero sí en otras áreas de la hospitalización” (P. C. M.)

Tópico 4.8: A veces la intervención da lo mismo.

A pesar de que el equipo médico/quirúrgico ve efectividad en el proceso psicofiláctico, de todas formas algunos integrantes manifiestan que existen casos en los que tanto éste tipo de intervención, como cualquier otra realizada por ellos que persiga el mismo objetivo, no son suficientes para bajar la ansiedad preoperatoria y postoperatoria, debido a variables que nadie puede manejar, ya que se arrastran desde el entorno familiar o del contexto donde el niño se ha desarrollado o simplemente no pueden determinarse con seguridad.

“En algunos niños, sí. Pero en otros, da lo mismo lo que uno haga, no se van a tranquilizar, tampoco, y uno los reconoce también, en la, o sea, en la pre anestesia (...) De hecho, uno los ve en la separación de la madre, ya sabes cuál no, cuáles no va a funcionar con ellos” (M. J. C.)

“hay otros niños que llegan armando un escándalo de Padre y Señor Nuestro y eso depende de, es una cuestión que tú no la puedes predecir previamente, la forma cómo se van a dormir” (F. S.)

“se ha logrado con varios, pero hay otros que, ponte tú, los preparai’ mucho, los tení’ listitos, pero a la entrada a pabellón te hacen *el* escándalo (cursivas nuestras), como

que sirvió en el momento no más, pero después ya se olvidaron de todo lo que le hablaron del globito, de todo eso” (N. R.)

“hay anestésistas que tienen a lo mejor más feeling con los niños y otros no tanto, pero cuando hay un niño francamente alterado que ya entra gritando, que pese a la intervención del psicólogo no se ha logrado nada, es súper difícil pensar que en cinco minutos uno va, o en 10 minutos uno va a revertir” (P. C. M.)

“hay niños que, al entrar, con o sin ustedes o con o sin nosotros, igual generan una ansiedad” (G. R. L.)

Quienes desempeñan sus labores en el paso post operatorio, aseguran además que el mismo proceso anestésico vuelve inútil el uso de métodos para bajar la ansiedad en ese estadio. Esto ya que cuando el niño despierta de la anestesia, es afectado fuertemente por el estado alterado de conciencia derivado de los sedantes utilizados, de modo que se acrecienta su pérdida de control sobre la situación y su capacidad de responder a las intervenciones externas.

“la intervención no funciona cuando el niño igual está bajo los efectos de la anestesia. Por que el niño cuando sale de la anestesia no va a haber quién lo controle, o sea: No va a funcionar la intervención psicológica” (P. N.)

“aquí en recuperación no sirven mucho los psicólogos, porque cualquier niño despierta mal después de la anestesia, no es como una cosa pa’ conversarle” (N. R.)

Categoría 5: Visiones de la Intervención Psicoprofiláctica Quirúrgica

Los puntos de vista y significados que se manejan acerca del objetivo y la utilidad de la Psicoprofilaxis Quirúrgica dentro del Equipo consultado son variados: Aunque todos los participantes hablan de objetivos que se desprenden de la práctica de dicha intervención, suele verse el trabajo del psicólogo de forma disgregada.

Algunos integrantes (la minoría) le dan un significado bastante reducido y básico a la práctica, mientras que otros participantes ni siquiera se atreven a ponerle un nombre determinado ni a pronunciarse, debido a un relativo desconocimiento de la intervención. De todas formas, cada argumento lleva enredadas sugerencias para la práctica y la extensión del campo de acción de la iniciativa psicoprofiláctica, así como para su asentamiento dentro del proceso quirúrgico.

Tópico 5.1: Los psicólogos no interfirieron en el proceso.

Al momento de conocer el impacto que tuvo el ingreso del psicólogo a todo el proceso quirúrgico y las posibles interferencias que este ingreso pudo haber acarreado en las labores y relaciones dentro del sistema que lo recibió, el equipo médico/quirúrgico concuerda en que ninguno de los integrantes invitados a participar representó un obstáculo para la intervención quirúrgica en toda su extensión.

“ustedes respetaron mucho, digamos, los procesos que nosotros teníamos acá: Jamás interfirieron en nada clínico, lo tenían muy claro, entonces eso ayudó mucho a que fueran bien aceptados y a que les dieran el lugar que les correspondía” (M. O.)

“en general ha habido una buena adaptación” (M. C. L.)

“en general eran bien respetuosas las chiquillas, entonces no teníamos ningún problema” (P. C. M.)

“siempre acogían súper bien y entendieron súper bien que, en el fondo era: entrar, que el paciente se durmiera y en el minuto en que el paciente se dormía ustedes salían” (M. J. E.)

“pero a ustedes nunca había que decirles, sino que simplemente lo adoptaron” (M. J. E.)

“no, generalmente no molestaban na’ (...) rápidamente se retiraban. Incluso pudo haber sido más problema para ustedes” (G. R. L.)

“lograban tranquilizarlos, es decir, mejoraba la condición del paciente al llegar (...) sin retrasar significativamente los procesos habituales de pabellón” (G. R. L.)

Tópico 5.2: Ustedes les enseñan a “soplar la mascarita”.

En un par de ocasiones se describió el trabajo del psicólogo como la labor de enseñar a utilizar el material dispuesto para realizar el proceso de sedación, acercamiento que, entre muchos otros objetivos, presenta la Psicoprofilaxis Quirúrgica.

Este procedimiento era descrito como “soplar la mascarita” o “inflar el globito”, en alusión a la invitación que el psicólogo hace al niño para que conozca o

practique la respiración a través del Jackson o mascarilla dispuesta en la sala de pre anestesia para realizar el juego médico.

“les enseñan como respirar la máscara” (M. B. C.)

“los niños llegaron más tranquilos, que se yo, se les explicó antes de la intervención que tenían que inflar el globito” (F. S.)

Tópico 5.3: No se van a traumar por algo tan pequeño.

En ocasiones, parte del equipo quirúrgico, suele afirmar que ciertos procesos vividos por los pacientes están lejos de ser causales de traumas o de grandes repercusiones para su salud mental.

“yo no sé si ese niño, que a lo mejor entró llorando desde ahí hasta que se durmió, en cinco minutos, va a tener trauma” (P. C. M.)

“yo dudo mucho que una persona se, se traume para toda la vida con un pinchazo, pero, pero hay gente que suele pensar eso” (G. R. L.)

Tópico 5.4: El psicólogo hace que todo sea más amigable para el niño.

Los psicólogos participantes también son vistos como personajes que generan un nexo confiable y amigable entre el paciente, su familia y el equipo médico, como un resultado que se desprende la Psicoprofilaxis y aporta a la consecución de su objetivo de reducir la ansiedad.

“los procesos van siendo más amigables, en la medida en que los niños entran más tranquilos” (P. C. M.)

“de alguna forma los niños estaban, por lo menos llegaban con alguna persona conocida, por lo menos” (F. S.)

“Yo creo que lo mejor que han hecho ustedes es hacernos más amigables hacia los pacientes” (M. J. E.)

“en el fondo, no somos todos seres malos y ustedes son los seres buenos, los que los acompañan y entran con ellos, les dan, en el fondo, les dan tranquilidad y yo creo que también les dan tranquilidad a los papás” (M. J. E.)

“que vean un rostro amigable, que hacen contacto con ellos en la pre anestesia, que después los acompañan y cuando se quedan dormidos ustedes están ahí” (M. J. E.)

Tópico 5.5: El psicólogo crea un lazo con los papás.

El psicólogo participante también es nombrado como aquel integrante del equipo o sistema, cuya labor ayuda a crear un nexo entre el equipo quirúrgico y los padres o acompañantes del niño a intervenir. Esto acarrea consecuencias positivas en tanto consigue el objetivo de reducir la ansiedad no sólo del niño, sino también de quienes lo acompañan en el proceso.

“También lo otro que facilitan mucho y que yo lo vi es la cercanía que formaban con los papás, el lazo con los papás, entonces el niño como que se daba un poquito más”
(M. O.)

“un poco también como nexo entre los papás, en explicar un poquito más lo que se le va a hacer” (M. C. L.)

Tópico 5.6: El psicólogo informa.

El psicólogo también es posicionado como un agente informativo acerca del proceso, tanto para el paciente como para su familia, sobre todo cuando el médico no ha podido entrevistarse con ellos, además de utilizar diferentes formas y estrategias comunicativas para poder entregar la información más eficazmente, adecuándose a la edad de cada paciente y al estado emocional de él y su familia.

“Primero el librito que hicieron lo encontré súper bueno, porque [los niños] conocen las cosas que van a encontrarse adentro, de las personas, de las lámparas (...) cuando conocen, todo, eso se nota.” (P. C. M.)

“[los psicólogos] preparan a los niños, por que de repente no tienen ni siquiera idea a lo que vienen, o no les explican o les mienten” (M. B. C.)

Tópico 5.7: La Psicoprofilaxis Quirúrgica aligera la carga laboral.

El Equipo Quirúrgico coincide mayormente en que la incorporación del psicólogo al proceso anestésico mediante el trabajo psicoprofiláctico aligera la carga de trabajo diario, sobre todo en horarios o jornadas con mayor ingreso de pacientes.

“me gustó porque nos ayudaban (...), pero igual venían poco” (L. G. L.)

“a veces cuando había alguien que lloraba mucho y ustedes como que llegaban, eran como mi salvación” (L. G. L.)

“nos ayudan como a contener los niños, o sea, por que de repente no dan abasto, cuando estamos solas dos personas y con seis pacientes.” (M. L. H.)

“la inducción de un niño tranquilo (...) puede durar tres minutos y la inducción de un niño agitado puede durar cinco minutos” (P. C. M.)

“cuando iban a la `recu´ era facilitar el trabajo” (P. N.)

“cuando llegaban, así como ´ay, que rico, llegaste´, por que tomaban al que estaba más gritando, entonces era como un alivio” (L. G. L.)

Tópico 5.8: No teníamos idea de lo que hacían.

A raíz de las entrevistas, salió a la luz una problemática relacionada con el bajo impacto que tuvo la Psicoprofilaxis Quirúrgica para algunos de los profesionales pertenecientes al equipo quirúrgico, o al menos, en sus lugares de trabajo. Si bien este

argumento se repitió mayormente en la sala de recuperación, también se manifestó en pabellón.

“cuando iban, pensé que era por que estaban desocupadas, yo no sabía que estaba dentro de, del programa (...) yo no tenía ninguna expectativa, es que pa’ mi era como parte de, de todo el sistema” (P. N.)

“yo me enteré ahora que venían y lo encontré súper bueno” (N. R.)

Este tópico, también refleja que el trabajo del psicólogo no solamente pasa desapercibido cuando no se encuentra físicamente en una de las etapas del proceso quirúrgico, sino también cuando su objetivo dentro del proceso no es conocido o no se encuentra claramente delimitado.

“no sé si ustedes tienen más herramientas, porque también yo desconozco qué es lo que ustedes evaluaban al final del día” (M. J. C.)

Tópico 5.9: No hay recursos económicos.

Se repite entre los entrevistados la noción de que este tipo de intervenciones son necesarias debido al ahorro de recursos tanto económicos como humanos que significa para el Hospital. Por otra parte, se solicitan donaciones que generen materiales que puedan entretener a los niños, sobre todo en pre anestesia.

“[Sugiero] que tengan más cosas para que los entretengan” (M. B. C.)

“La fortaleza es que [la Psicoprofilaxis Quirúrgica] ahorra droga” (M. C.)

“Yo creo que sale extremadamente caro tener psicólogos para el proceso (...) si tú evalúas que la disminución de la ansiedad, guiada por el compañero psicólogo significa en ahorro de algo, si es posible evaluar” (G. R. L.)

Tópico 5.10: A veces el psicólogo dificultaba el trabajo.

En ocasiones, el equipo médico/quirúrgico detectaba situaciones en las que ciertos integrantes del equipo de psicólogos interferían en su trabajo. Su interpretación sugiere que ésta interferencia era sutil e incluso no intencional y aparecía mayormente al momento de dormir al paciente, donde el psicólogo, sumido en su labor de reducir la ansiedad de cada niño, no permitía al equipo quirúrgico realizar sus labores conforme al protocolo de atención o, debido a que el paciente presentaba agitación o se dormía de cierta forma inesperada o sorpresivamente agitada para el psicólogo, el equipo quirúrgico presente, debía entregar una explicación al psicólogo participante, para tranquilizarlo.

“ella [una psicóloga que no se despegaba del lado del paciente a minutos de ser anestesiado] pretendía estar con el niño todo el rato y de repente uno tenía que monitorizarlo y todo y como que costaba que se diera como cuenta (...) no daba cabida pa` que nosotros hiciéramos la pega de nosotros bien” (M. L. H.)

“muchas veces sin saber, se ponían en lugares donde si estorbaban como para el manejo de cosas” (M. J. C.)

“la inducción inhalatoria, en muchos niños producen agitación (...) a ellos les asustaba porque pensaban que, qué se yo, que estaba convulsionando o alguna cosa más grave, entonces nos miraban a nosotros con cara [de miedo] y uno ahí tenía que explicarles” (M. J. C.)

En otras ocasiones, el equipo de psicólogos interfería en ciertos procedimientos, debido a que informaba a los pacientes o sus familiares algunos pasos de la inducción anestésica de forma errónea, debido a deficiencias en la comunicación con el mismo equipo quirúrgico tratante o de desinformación acerca del proceso anestésico. Esto no es mencionado por el equipo de médicos (mayormente anestesistas) como un problema en el desarrollo práctico de su trabajo, sino como una zancadilla en el proceso vincular seguro que ellos mismos intentan afinar y desarrollar con el paciente.

“hay unos niños que con alguna probabilidad nosotros vamos a hacer la anestesia pinchándolos o no pinchándolos y muchas veces yo me encontré que ya le habían dicho al niño de antemano que iba a ser, que iba a ser con una máscara y no siempre es necesariamente así y no son los factores como la edad, son los únicos que interfieren en eso” (G. R. L.)

“el hecho de mostrarles la mascarilla a ellos [los niños] los predisponía el hecho de como, llegar exigiendo mascarilla y en ese caso, en general, nosotros tratamos de preferir la inducción endovenosa, por sobre la inhalatoria, por que es mucho más segura” (M. J. C.)

“el hecho de mostrarles la mascarilla a ellos los predisponía el hecho de como, llegar
exigiendo mascarilla (...) en esos casos, a nosotros nos dificultaba mucho el tener que
cambiarle la opción al paciente” (M. J. C.)

6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Luego de tener la mayor parte de la investigación presentada y estructurada metodológica y teóricamente, se da inicio a la etapa final, avanzando hacia una integración de los postulados que se presentaron en el Marco Teórico y que junto a la información recopilada a través de las entrevistas a los participantes del Servicio de Cirugía, desprende resultados y nuevos conocimientos que buscan aportar en la ampliación del campo de acción de la psicología y particularmente generar una respuesta para las personas que tuvieron la disponibilidad de participar siendo los informantes, ya que ellos han sido la fuente inspiradora de la presente investigación.

Este estudio se enfoca directamente en responder a la pregunta que lo guía y conseguir los objetivos propuestos desde un principio, por lo tanto, las conclusiones y sugerencias fueron divididas en relación a los objetivos específicos perseguidos, los cuales orbitan el objetivo general de conocer las consecuencias que la implementación de la Psicoprofilaxis Quirúrgica ha tenido para el equipo de Cirugía del Hospital Luis Calvo Mackenna. Más adelante, emana de esta búsqueda información de todo tipo, donde quizás el resultado más profundamente significativo para la psicología son los lineamientos generados para diferenciar y asentar el papel del psicólogo en un contexto antes casi eminentemente médico.

El objetivo general, como se mencionó en la Formulación del Problema, en primera instancia fue generado persiguiendo deliberadamente una respuesta amplia, ya que no se contaba con información acerca del real alcance de los efectos que el

trabajo del psicólogo representó para el subsistema estudiado, ni tampoco se conocía la parcela de trabajo mayormente afectada por su ingreso: La especificidad y connotación de las respuestas se distinguió poco a poco, gracias a los mismos argumentos de los participantes, que se dirigieron hacia formulaciones cargadas de sentido que evidenciaban un real efecto sobre el discurso e interpretaciones sostenidas frente al trabajo del psicólogo en Cirugía, más que la crítica hacia las modificaciones que cada participante debió aplicar a su praxis diaria.

Se formularon demandas, inquietudes, ideas, solicitudes, acercamientos y críticas hacia la intervención psicoprofiláctica quirúrgica y sus objetivos, que permitieron a quien investiga otorgar una respuesta tanto hacia los psicólogos participantes, en relación a la efectividad de su trabajo y la nueva dirección y peso metodológico que éste necesita, así como a el equipo médico/quirúrgico, considerando aquellas peticiones que permiten mejorar la calidad del servicio entregado y las relaciones interequipos.

El trabajo realizado en conjunto por el equipo de psicólogos y el equipo médico, tomados como dos subsistemas involucrados en la intervención integral de pacientes pediátricos, hizo necesario que el planteamiento de la investigación fuese sistémico. En este sentido, el ingreso semestral de un equipo de psicólogos en práctica a las tres etapas de intervención quirúrgica, representa un input de recursos humanos no menor, que al inyectarse al trabajo diario del Servicio en cuestión, genera una oleada de consecuencias positivas para la práctica de la Psicoprofilaxis Quirúrgica y para la labor de los profesionales de la salud física.

Ambos beneficios nacen dado que forjan una potencial fuente de retroalimentación sobre aquellos procesos que los psicólogos realizan eficientemente, aquellas esferas de trabajo en las que los mismos pueden insertarse y las labores en las que el promedio de logro se encuentra bajo lo esperado. La invitación de la investigación es acercarse de forma sistemática ahí donde se genera esta retroalimentación y aprovecharla.

6.1 Objetivo Específico 1: Identificar las expectativas del equipo quirúrgico frente a la intervención

Como se menciona en el Marco Teórico, en un principio era esperable para quien investiga que en el discurso de médicos, paramédicos y enfermeras circulara algún estereotipo sobre la labor y metodología del equipo de psicólogos. Incluso se sospechaba que dicho estereotipo generara cierto conflicto o interferencia en las expectativas y opiniones acerca de la incorporación de un enfoque y metodología diferentes que se incorpora a la praxis diaria. Por esto, fue necesaria la lucha contra dicha expectativa interferente en el trabajo del mismo investigador, para que no tiñera los resultados con afanes de discordia, sino que con intereses integrativos hacia el equipo de cirugía, como sistema diferente, aunque complementario y absolutamente necesario.

Dado este prejuicio del investigador, fue necesario tomar todas las medidas necesarias para no sesgar la acumulación de información, con lo que al transcurrir el tiempo, fue muy llamativo que sólo una persona mencionara un estereotipo

ligeramente peyorativo en relación a la percepción que se tiene del psicólogo cuando trabaja específicamente en la sala de recuperación, nombrándolo como un colaborador lento, desganado y delicado.

Muy por el contrario, la amplia mayoría de los argumentos configuraron expectativas refiriéndose al desempeño laboral presentado por el psicólogo en la parcela de trabajo que se le delega, siendo casi nula la referencia de los entrevistados a las características personales adquiridas o innatas del psicólogo dada su metodología de trabajo, ideología o rol dentro de la organización social. Incluso el prisma y labor particular del psicólogo en Cirugía, era mencionado como una ventaja, ya que lograba conocer aspectos del paciente y su familia a los que el médico no podía acceder por diferentes razones contextuales o metodológicas. El psicólogo entonces, llenaba aquel tiempo donde el equipo médico se encontraba realizando otras actividades relacionadas con la intervención quirúrgica propiamente tal.

Las expectativas recabadas, ayudaron a configurar el papel que el subsistema quirúrgico transmite al subsistema de salud mental, en tanto las expectativas permiten a esta investigación formular una malla de responsabilidades otorgadas a este último profesional, quedando pendiente quizás para una próxima investigación, profundizar en el *papel recibido* por los psicólogos involucrados, entendiéndose éste término como el grueso de los efectos que dichas demandas significan para quien las recibe. Teniendo en cuenta que siempre el papel transmitido busca evidentemente influir en el sujeto aludido (Katz y Kahn, 1989)

En las entrevistas no se mencionaron expectativas negativas previas a la incorporación del psicólogo, sino que previo a su ingreso los entrevistados afirmaron sólo haber vislumbrado una correlación lógica entre el ingreso del profesional al sistema, con un proceso quirúrgico potencialmente menos ansioso para los niños. Las expectativas positivas precedentes al ingreso de psicólogos de forma semestral se han visto corroboradas y potenciadas dada la eficacia obtenida por la intervención psicoprofiláctica y a la mínima interferencia del psicólogo en los protocolos de atención estipulados, resultado que ha acaparado la atención del equipo de cirugía, por sobre la conducta o características personales esperables en los psicólogos tratantes.

Este hecho, a su vez, ha llevado a que los entrevistados ahora correlacionen el trabajo del psicólogo en cirugía, con una labor quirúrgica menos estresante y más humana también para ellos y su labor.

Incluso, al consultarles a los entrevistados directamente acerca de las características personales necesarias para trabajar con pacientes pediátricos en el contexto quirúrgico, las expectativas mencionadas sobre el desempeño de los psicólogos participantes no difieren de aquellas solicitadas a cualquier otro colaborador en el Servicio: se espera que sean seguros de sí mismos, que tengan mucha paciencia, equilibrio emocional y energía. Se solicitan además ciertas características necesarias para ser incorporadas en el trabajo diario dentro del Servicio como: voz de mando, seguridad, dinamismo y lógicamente gustar del trabajo con

niños: estilos de trabajo que deben integrarse deseablemente a la práctica y labores diarias dentro del Servicio estudiado, según los entrevistados.

El trabajar ya dentro de un Hospital como el estudiado, con un niño enfermo, que eventualmente sufre dolor físico o psicológico y que pasa además por un procedimiento médico y sin dudas necesario, requiere, según los entrevistados, de características y habilidades personales que no necesariamente son profesionales y que aparentemente marcan una conjunción de conocimientos paliativistas y habilidades humanas como la empatía o aquellas pertinentes para la intervención en crisis.

Los aportes entregados a los psicólogos que ingresan al Servicio, en relación a las normas establecidas en pabellón y toda aquella información anticipatoria relativa de los efectos de ver a niños y sus familias en las condiciones mencionadas en los Antecedentes, pueden interpretarse como una posibilidad de inserción para el psicólogo a un equipo que al parecer requiere su presencia de forma implícita y que se esfuerza por prevenir a los nuevos integrantes sobre dichos efectos emocionales personales, para volver más llevadera su labor.

Una de las enfermeras entrevistadas al respecto, refiere que sus expectativas hacia el trabajo del psicólogo como agente reductor de ansiedad se vuelven menos demandantes hacia el experto en salud mental, debido a que el entorno hospitalario ya está previamente preparado para recibir y apoyar emocionalmente a los niños en este tipo de procesos. Esta condición previa del HLCM, es significado por la enfermera,

como la llave para lograr el mismo efecto reductor de ansiedad en los niños, gracias a que se cuenta con una infraestructura y personal capacitado, enfocado en la atención infantil, incluso desde antes que se comenzara la intervención psicoprofiláctica quirúrgica. Es decir, el Hospital ya es pediátrico: está diseñado, adornado y dotado de personal que trabaja bajo esa premisa, por lo tanto ya es de antemano menos ansiógeno para el paciente.

Esta afirmación, es entregada por la profesional en respuesta a la pregunta sobre la necesidad del psicólogo trabajando en el Servicio de Cirugía, para los efectos antes expuestos. Ella aludió entonces que el experto en salud mental perfectamente puede no estar y eso no afectaría el tratamiento emocional del paciente experimentando el tratamiento físico. Como menciona la enfermera:

sin desmerecer, cuando ustedes vienen es súper bueno porque los niños están como más alegres (...) pero hay una cosa de clima laboral en este hospital, que el mundo está, que la gente está preparada, está más predispuesta a los niños: que los niños entran más tranquilos que en el área privada (P. C. M.)

Esta afirmación empuja al psicólogo y particularmente al investigador mismo a preguntarse sobre aquellos métodos utilizados por el sistema complementario médico/quirúrgico para elaborar la ansiedad manifestada por el paciente: A analizar las estrategias explícitas e implícitas, conductuales y argumentativas con las que el

equipo médico/quirúrgico responde a las demandas emocionales de los niños sometidos a la experiencia quirúrgica. La pregunta empuja más aún cuando desde la misma entrevistada y sus colegas del equipo complementario se asume carente de las herramientas sobre todo profesionales para poder enfrentar y elaborar situaciones críticas o estresantes para un niño y su familia en el contexto quirúrgico, sin contar las veces en que presentan incongruencias en su discurso a este respecto:

Por ejemplo P. N. menciona que: “la empatía no más, es fundamental”, para más adelante sostener que “si con haberle hablado (...) no acusa recibo de lo que yo le estoy diciendo yo no lo pesco”, por poner un ejemplo concreto.

En la labor del psicólogo, en cambio, es lógico esperar que su búsqueda por generar empatía, no descansa.

Otra expectativa surgida se manifiesta a través del deseo de conocer más acerca de los métodos utilizados por los psicólogos, para poder utilizarlos en caso de que éstos profesionales no se encuentren presentes y acercar aún más el desarrollo de las labores médicas a lo requerido por los niños ingresados.

6.1.1 De la expectativa a la norma: implicancias de ser un equipo integrado permanentemente

En cuanto a las normas impuestas a los psicólogos desde antes de su llegada, son iguales para quienes realizan otras labores en el mismo espacio, donde se solicita responder a los protocolos y normas como el lavado de manos y respetar también las

medidas de higiene aplicadas al trabajo diario, para evitar así la propagación de infecciones intrahospitalarias: Son tareas y procedimientos irrenunciables, que afortunadamente han sido siempre concordantes con los valores de las personas que trabajan dentro del equipo de psicólogos.

Dichas normativas son siempre evaluadas y supervisadas, sobretodo por los anestesiistas, quienes se mostraron satisfechos en su mayoría por no descubrir aumentos en los catastros de infecciones intrahospitalarias desde el ingreso del psicólogo a pabellón. En primera instancia, en los inicios de la intervención, una vez que los profesionales se integraron directamente al trabajo en pabellón e ingresaron juguetes a la sala pre operatoria, se exigió a los psicólogos velar por el cumplimiento de dichos protocolos, dado que los materiales lúdicos eran compartidos por todos los niños, generando potenciales riesgos de propagación de enfermedades que pueden llegar a ser mortales o altamente dañinas para pacientes con un Sistema inmunológico débil o agudamente deteriorado. La exigencia fue respondida de forma eficiente por todos los participantes y sigue siendo respetada hasta hoy, siendo una norma transversal, transmitida a cada nuevo integrante semestral, sin excepción.

Al elevarse las expectativas que se tienen del trabajo del psicólogo, nuevamente se da pie a la exigencia de normas a quienes forman parte de un Sistema Social.

Actualmente, desde la expectativa por conocer más acerca del objetivo y métodos del psicólogo, es posible interpretar que efectivamente se requiere de su

presencia y de su aporte para complementar la práctica quirúrgica diaria, no sólo contando con él de forma presencial en todo momento, para que llene aquellos espacios que el tratamiento físico no puede atender, sino contando además con su conocimiento y referencias ideológicas y metodológicas –teniendo en cuenta los valores con los que cruza su labor- cuando no se cuenta con su presencia, pero evidentemente son útiles sus métodos y formas de observar la realidad o suprasistema.

Posiblemente, responder a esta expectativa generaría mayores conexiones, conductas e intereses comunes. Katz y Kahn (1989) vislumbran que de esta forma también se generan potencialmente creencias, lenguajes y formas de pensar que se vuelven comunes, potenciando un mejor clima laboral y comportamiento inter equipos si cada uno de ellos está dispuesto a compartir conocimiento.

Otra expectativa que sostiene la organización estudiada es principalmente la asunción formal por parte del psicólogo de la responsabilidad por asistir al Servicio de Cirugía continuamente, incluso aunque la dotación de psicólogos asistentes cambie de un semestre a otro. Esta expectativa se relaciona con el valor dado por la organización al trabajo interdisciplinario con miras a la atención integral y constante.

El HLCM prioriza la cohesión entre los equipos de trabajo y de éstos con los pacientes atendidos para lograr dicha atención integral. En este sentido, debido a que en un semestre de trabajo en conjunto, los profesionales del Servicio de Cirugía ya han llegado a establecer parámetros y rutinas laborales que incluyen y vislumbran la

presencia del psicólogo y por ende, éste ha logrado ser considerado como un recurso disponible, se espera y reconoce que continúe esta regularidad en las visitas de forma indefinida.

Médicos, paramédicos y enfermeras son medidos de la misma forma: lo que sucede, al parecer, es que al contar con el psicólogo sólo en su periodo de práctica profesional, no se le considera luego de que este periodo termina y por ende tampoco se consulta su opinión sobre los diversos procedimientos involucrados en la atención de los pacientes, ya que no se sabe si se contará con él o sus representantes en el periodo siguiente.

Cabe recordar que Rinaldi (2010) considera que el modelo psicoprofiláctico ideal es aquel donde el psicólogo es un actor participante junto al equipo quirúrgico, incluso de manera tan intrínseca como para estar incorporado protocolar y normativamente a dicho equipo. En este sentido, entonces, si el equipo quirúrgico manifiesta un acercamiento a incorporarlo definitivamente, puede eventualmente lograrse la *prevención psicosomática quirúrgica psicoterapéutica* que el autor propone como segunda modalidad de trabajo. Esta integración, que se lee explícitamente en cuanto el equipo quirúrgico solicita más presencia del psicólogo en el Servicio de Cirugía, debe perseguirse de modo que no se desaproveche la integración de todos los profesionales y actores presentes en el proceso (el paciente, su familia y el equipo médico/quirúrgico, con el psicólogo reglamentariamente incorporado en él) y sus disciplinas o saberes aparecidos a lo largo del tránsito quirúrgico.

El equipo de profesionales de la salud que participan en el Servicio de Cirugía, incluso manifiestan su deseo de integrar permanentemente al psicólogo dentro de su formación, haciendo con esto obligatoria y categóricamente necesaria su participación en el proceso, aunque aún estos argumentos no conforma una mayoría. Las visitas intermitentes generan además deficiencias comunicativas que van en desmedro de la positiva integración de saberes y el trabajo en equipo, aunque la calidad de la intervención entregada por los psicólogos es la razón de su permanencia, a pesar de dichos vacíos.

De asentarse la incorporación definitiva, cabe además esperar la debida información y justificación de las ausencias, dado que ésta nueva norma en el proceso, implicaría que una consideración que antes era una simple expectativa, se convierta en un mandato obligatorio y por tanto, normado según los “requerimientos legítimos del sistema” (Katz y Kahn, 1989, p. 47).

Además se solicita que el equipo de salud mental entregue información sobre sus métodos de trabajo, para que sus compañeros conozcan claramente los objetivos de su labor.

Es necesario recordar los argumentos de Scott y Mitchell (citados en Robbins, 1999): El conflicto puede aparecer luego de desviaciones u obstáculos en el flujo de información. En este punto, el acoplamiento entre ambos equipos y la sinergia generada ha sido de tal envergadura, que se ha vuelto vital optimizar la comunicación entre ambos, para favorecer con esto la motivación y el esclarecimiento de las

labores, objetivos y puntos de vista que cada uno de los participantes defiende o persigue.

A modo de sugerencia, pensando nuevamente en el caso de que el equipo de psicólogos sea integrado permanentemente, lo óptimo sería que éste último subsistema abriera un nuevo objetivo, relacionado con modificar el tipo de comunicación que se ha mantenido hasta antes de la incorporación definitiva. En este contexto, algún representante de los psicólogos incorporados, o todos ellos, apelando al uso de un flujo comunicativo ascendente, podrían buscar la participación en una instancia de retroalimentación formal, donde el equipo de psicólogos se viera dispuesto a recibir noticia de su rendimiento y desempeño.

De darse esta instancia de retroalimentación, es pertinente preguntarse sobre el flujo comunicativo inverso: Sobre la probabilidad que tendría el equipo de psicólogos para manifestarse sobre algunas medidas que pueden tomarse para que los involucrados en el proceso anestésico eviten una respuesta ansiosa en el niño.

Esta duda, se genera ya que de ser incorporada la posibilidad de opinar para los psicólogos, se insinúa la modificación de ciertas prácticas previamente establecidas para el tratamiento médico/quirúrgico, obviamente considerando respetuosamente las normas institucionales y asistenciales.

El papel del psicólogo al realizar sus labores compartiendo espacios, sobretodo en pabellón, es visto como una práctica que no interfiere en los procesos anestésicos, lo que es expuesto como una característica positiva y clave en la causa de

su permanencia en el Servicio. Los psicólogos no han interferido en el proceso quirúrgico, y esa particularidad ha sido celebrada ampliamente por la mayoría del equipo médico, como se ve en el Tópico 5.1. ¿Qué pasaría, entonces, si el equipo de psicólogos se planteara en algún momento comenzar a intervenir?, ¿qué sucedería si, por ejemplo, conversando con el médico, minutos antes de la operación, el psicólogo persiguiera determinar aplicadamente si el paciente debe ser apoyado vía Psicoprofilaxis o si es mejor utilizar algún método directamente farmacológico o calmante?, ¿se daría, entonces el efecto contrario?, ¿qué pasaría si se solicitara expresamente pasar más tiempo con el niño y evitar el sedante?

Si se gestara efectivamente una total incorporación del equipo de psicólogos a la rutina quirúrgica, la posible modificación o interrupción de ciertos procesos por parte del psicólogo, si éste llega a pronunciarse acerca de métodos o prácticas que hagan menos ansioso el proceso de sedación o ingreso de pacientes (entiéndase, sin necesidad de hacerlo deliberadamente o con el sólo afán de interferir sin justificada razón), podrían enlentecer o modificar el proceso estipulado por el anestesiólogo. Puede hipotetizarse que quizás esto no agrade a quienes comparten su espacio con el psicólogo tratante, dado que esta vez efectivamente sí busca interferir o modificar las prácticas y protocolos de ingreso y sedación, yendo en contra de una expectativa fundamental que se tiene de su papel, aunque, aunque al parecer, esa expectativa no es obligatoria aún, por lo que no se le considera una norma.

Dicho esto, cabe preguntarse hasta qué punto la incorporación de un psicólogo no interviniente es útil para la práctica de la Psicoprofilaxis y por otra parte, hasta qué punto el equipo médico está dispuesto a que el psicólogo intervenga.

Las metas de los equipos de trabajo en esta organización se unen en un punto el cual persigue finalizar el proceso de atención de los pacientes de la forma más amigable y completa posible.

Como se mencionó anteriormente, es posible que dada la constante demanda de apoyo (más días a la semana, más niños y Servicios beneficiados), sin periodos de inasistencia, dicha demanda termine convirtiéndose en una norma, que de no cumplirse, termine en la expulsión del psicólogo del contexto quirúrgico o con la prescindencia del mismo profesional como experto con una ponencia válida a la hora de realizar el proceso quirúrgico, para pasar a ser visto como un voluntario más.

Como sugerencia para mantener estable el rol y labor particular que el profesional en cuestión aporta al suprasistema, el psicólogo no debe distraerse con el valor pragmático que los médicos dan a los resultados de las investigaciones relativas a su trabajo, sino que debe también sujetarse de la demanda de inclusión permanente que estas peticiones llevan a la base.

Se persigue asemejar la rutina laboral del equipo de psicólogos a la del equipo quirúrgico, intentando lograr que la inclusión del psicólogo a pabellón sea una política generalizada. En este sentido, así como la arsenalera está presente al momento de la inducción anestésica, debe virtualmente estar el psicólogo cerca del

paciente, pasando desde una inserción y labor de tipo exploratorio hasta ir perfeccionando y sistematizando el protocolo con que la intervención se lleva a cabo, llegando a conformar un procedimiento por el cual pudieran intervenir psicoprofilácticamente todos o gran parte de los niños, sin depender de largos periodos de tiempo para lograr el objetivo.

Hay que tener en cuenta que la interdependencia de los papeles es la que brinda cohesión a los Sistemas Sociales (Katz y Kahn, 1989). A esta interdependencia, al menos en el contexto estudiado, sólo se llega asegurando el trabajo diario en el Servicio de Cirugía y respondiendo acerca del resultado del mismo, es por esto, que de volverse prescindible el papel y labor del psicólogo en pabellón, este puede tender a desaparecer y ser innecesario, lo que es un riesgo potencial para los futuros avances de la intervención, considerando la capacidad de cada sistema social para renovarse y adaptarse a la no existencia o falla de una de sus partes, lo que en este caso particular, se traduciría eventualmente en continuar las atenciones sin la ayuda del psicólogo como reductor de ansiedad o integrando *modus operandi* que simplemente no consideren las consecuencias emocionales particulares para cada niño frente a determinado método reductor de ansiedad.

El trabajo de cada una de los participantes en el contexto quirúrgico es específico. Los conocimientos sobre cómo proceder con cada niño de acuerdo a su edad, sigue parámetros médicos, no psicológicos. Debido a esto, como el profesional médico no conoce a cabalidad la base teórica ni la mezcla de diversos métodos de la atención psicológica en psicoprofilaxis, para el equipo médico es esencial que si un

nuevo integrante se encarga de una parcela de trabajo, ésta labor sea realizada de forma óptima.

Ya se sabe que no es imposible para el equipo médico/quirúrgico responder a las labores que el psicólogo realiza, pero de todas formas, ese proceder se generaría de forma muchas veces improvisada y lógicamente descentrada de la solicitud emocional única que expone el paciente y su familia, para tomar un cariz meramente informativo. Por esta razón, adquiere más valor el refrán “pastelero a sus pasteles”, mencionada por dos de las entrevistadas, quienes prefieren que ese trabajo lo realice un especialista.

La incorporación definitiva, implica además la adjudicación de deberes que son necesarios reglamentariamente para incorporarse al equipo quirúrgico, lo que incluye ofrecer la continuidad del Proceso Psicoprofiláctico, manteniendo la intervención a pesar del cese de las funciones, como por ejemplo en el período de vacaciones en la Unidad de Neurología y Psiquiatría.

Bajo el mismo precepto, de parte de las enfermeras se demanda asistir con mayor regularidad a la sala de recuperación, último estadio, que invita al cierre adecuado del proceso elaborado por cada niño y que ha sido dejado de lado, sin justificación de parte del equipo de psicólogos, hasta el momento.

De esta petición abierta se deduce la correspondiente integración del profesional de salud mental en la toma de decisiones relativas al tratamiento anestésico de pacientes dentro del Servicio en cuestión, o al menos, para quien

investiga, es imposible pensar en un actor social inserto en un sistema u organización social, sin que ésta incorporación tenga un correlato de inclusión discursivo, como el que se mencionó anteriormente, que sea aceptado por quienes le solicitan su ingreso.

Debe comprenderse, que la insistencia del investigador en cuanto a mantener al psicólogo integrado en las labores quirúrgica no responde a una simpleza cualquiera que busque empujar a los profesionales a encajarse a la fuerza sólo por ganar espacio, sino que se hace pensando en todos los beneficiarios, esto en referencia sobre todo a los niños que han de recibir la intervención, apelando a ellos no como víctimas a quienes hay que cuidar de los procedimientos médicos y defender del profesional que los lleva a cabo, sino reparando en el paciente pediátrico como un sujeto en desarrollo que puede ver aumentada su capacidad para enfrentar dichos procedimientos de forma un tanto más humana e independiente si en primeras instancias es acompañado por un representante de la entidad médica, quien se muestra amigable y receptivo de su angustia.

El psicólogo en pabellón no es en ningún caso un defensor que triángule o tiree al paciente entre él y el médico: El psicólogo es un otro que ayuda a vincular al paciente al contexto médico en su totalidad y además lo asesora siempre con miras a enfrentar, de la mejor forma posible, la intervención quirúrgica/médica presente y las que virtualmente han de venir, beneficiando con esto también, las labores del médico tratante y sus colaboradores, en tanto el niño recibe voluntaria y humanamente su proceso quirúrgico como un proceso necesario para recobrar su salud.

6.1.2 El conflicto como consecuencia de valores discrepantes

Cabe mencionar que en ocasiones la práctica de cada una de las disciplinas en busca de este objetivo puede generar conflictos pasajeros. Éstos aparecen frente a una sola escena que es mencionada repetidamente por los integrantes del Servicio, sobre todo quienes colaboran en pabellón al momento comenzar el proceso operatorio. Esta interacción conflictiva surge en tanto no se encuentra dentro de las expectativas que el equipo médico tiene sobre el papel de los psicólogos involucrados, por lo tanto, genera molestia.

El psicólogo en determinadas ocasiones suele quedarse más tiempo cerca del niño, mientras la anestesia –administrada por vía inhalatoria o endovenosa- surte efecto, mirando de frente a éste y manteniendo un estrecho y casi exclusivo contacto físico y ocular con él, hasta que se duerme. El equipo quirúrgico parece interpretar este dilatado acercamiento como un despiste de parte del profesional en cuestión, que en ocasiones interfiere en la labor de los paramédicos y enfermeras que trabajan compartiendo el mismo espacio físico.

En algunas circunstancias puede que efectivamente el psicólogo peque de inatención al proceso anestésico y esté interrumpiendo éste con su actuar. En otras ocasiones, quizás éste proceder forme parte de algún método que el profesional en salud mental considere fundamental para lograr el bienestar de ése niño en particular, interpretación que queda pendiente de corroborar mediante los argumentos del equipo de salud mental.

Esta escena invita a observar un pequeño gesto que genera un interesante debate, hasta ahora implícito y que hace dialogar dos interpretaciones claramente discrepantes, de golpe. El mismo acto es interpretado por el equipo quirúrgico como una interferencia, a la vez que el equipo de salud mental lo interpreta como una necesidad metódica fundamental. El valor puesto por los dos enfoques es claramente diferente, lo que genera un ligero conflicto justamente en el momento donde el psicólogo confirma la eficacia de su trabajo psicoprofiláctico previo: la inducción anestésica propiamente tal.

A este respecto, es necesario recordar que al espacio organizacional estudiado, no sólo se accede considerando la división física con la que desarrollan las labores diarias, sino que también tomando en cuenta la distancia psicológica o comunicacional existente entre los miembros de la organización (Katz y Kahn, 1989). En la situación antes expuesta, las barreras comunicacionales e ideológicas salen a la luz dado que los intereses y conceptos valorados por ambos equipos apoyando a un sólo sujeto, pueden levantar potencialmente grandes obstáculos para una comunicación efectiva, esto si previamente no se pone abiertamente sobre el tapete la necesidad que el psicólogo tiene de contar con dicho espacio y tiempo con el paciente.

Incluso, si dichas diferencias metodológicas e ideológicas no son expuestas y transadas previamente puede que incluso se tienda a objetivizar al paciente al momento de la inducción, olvidando que el foco está puesto en él y con esto se de pie al desarrollo de una rencilla en el pabellón para dirimir quién tiene el derecho de

tomar cierto espacio para poder trabajar, por lo que evidentemente se hace necesario un movimiento discursivo al respecto.

Otra fuente de conflicto se genera a través de una expectativa mantenida por el subsistema quirúrgico sobre el equipo de salud mental, la cual se encuentra cruzada por una ideología particular.

Parte de la colaboración esperada por los integrantes de equipo médico al equipo de salud mental complementario, implica entregar información verídica, certera y clara acerca del proceso anestésico al que se someterá el paciente. Los anestesistas consultados solicitan imperiosamente que el psicólogo considere ésta petición sobre todo cuando el niño ha de ser dormido mediante suministro de relajantes musculares por vía endovenosa.

En la gran mayoría de los casos éste tipo de inducción anestésica es la más segura para la vida del niño, por lo tanto los médicos la prefieren por sobre la inducción inhalatoria, a pesar de que ella signifique anticipar a algunos pacientes a una experiencia dolorosa y potencialmente estresante. En este caso, el psicólogo se ve estimulado a desplegar sus conocimientos y tácticas para ofrecer explícitamente el procedimiento endovenoso al niño y su familia, de la forma más pertinente posible para cada caso, lo que pone en cuestión la capacidad del profesional para ocuparse de su propia ansiedad y su propio manejo del dolor, para luego afrontar los mismos procesos en el paciente.

De la mano con esta solicitud, se yuxtapone la pretensión del equipo médico por añadir al trabajo de los psicólogos participantes algunos conocimientos relativos a la disciplina médica, con el fin de que el psicólogo pueda aumentar sus conocimientos sobre el tratamiento físico del paciente, sirviendo además de apoyo informativo certero para los niños y sus familias. También se evidencia cierto interés por que el psicólogo sirva de vigilante del estado de salud de cada niño cuando los profesionales del equipo quirúrgico establecido no están presentes.

A este respecto, cabe evidenciar que tras esta demanda de conocimiento médico por parte del psicólogo, se explicita también una demanda por mantener vivo y seguro el proceso vincular entre el paciente y el médico que ha de intervenirlo, aspecto que no deja de preocupar al equipo médico y sobre todo a los anestesiólogos, que son aquellos representantes que deben darles a los niños la “mala noticia” de que no van a ser inducidos como dijo el psicólogo –“con una mascarita que no pincha, sino que tiene un olor raro, pero que te duerme muy despacio”- sino que van a dormirse con una inducción endovenosa –“un pinchazo en la mano, que te va a doler, hasta que te quedas dormido muy rápidamente”.

En este sentido, el valor de ambos trabajadores de la salud, en cada uno de sus prismas es el mismo: mantener el vínculo seguro con el paciente, entregando información verídica y teniendo en cuenta siempre la tranquilidad del mismo beneficiario el respeto por el proceso que este enfrenta. El conflicto surge aquí en tanto la entrega de información por parte del psicólogo se hace de forma vagamente fundamentada por material que no es de exclusivo manejo médico y que el psicólogo

está siendo invitado a tomar, nuevamente para mejorar el servicio entregado por el suprasistema. Cabe preguntarse quién no ha extendido redes aún –si el equipo médico/quirúrgico o el equipo de salud mental- para cerrar esta brecha comunicacional. Incluso, probablemente los psicólogos piensan que ésta búsqueda por un vínculo seguro no es clave para el equipo de anestesiólogos, debido a que su labor es casi un procedimiento repetitivo, pero no se desea entrar en especulaciones infundadas, por lo que queda abierta una nueva excusa para investigar en el equipo de psicólogos, su opinión sobre el equipo médico/quirúrgico con el que trabaja.

En referencia a esto, Katz y Kahn (1989) proponen una buena relación comunicacional con quienes emiten el papel a través de las expectativas sobre éste, en este caso el equipo quirúrgico. De no darse un proceso comunicacional satisfactorio, se sugiere no cortar la comunicación con los emisores del papel, a pesar de que esto pueda reducir la tensión. Ésta estrategia reduce las posibilidades de derivar en conflictos futuros que se enquistan en la relación de ambos equipos por un corte comunicacional, si éste se mantiene por mucho tiempo.

La retroalimentación inter equipos proporciona un relato continuo, que sobrevive y se mantiene vigente por largo tiempo a pesar de la rotación constante de personal, característica propia del sistema social estudiado. Como no es posible solicitar que el sistema aludido deje de rotar al personal involucrado y debido también a que el Servicio de Cirugía se ha mostrado resiliente a estos cambios, esa resiliencia que le es propia como sistema social abierto, debe ser aprovechada por el equipo de

salud mental, el cual debe reafirmarse y justificarse metodológica y sistemáticamente después de un período determinado, para asegurar su permanencia.

6.1.3 Otras expectativas

Pasando a otra esfera, en referencia a la escasez de recursos económicos y su influencia en las expectativas del equipo médico/quirúrgico, debido a la situación por la que pasa la atención pública de salud, que afecta evidentemente al Hospital, se genera también la solicitud de mantener la intervención en manos de estudiantes en práctica. Esto, a menos que se genere un estudio donde se establezca que el contrato de psicólogos estables en el Servicio de Cirugía representa un ingreso de energía que efectivamente ahorra otro tipo de recursos para el HLCM.

También en la búsqueda por gastar menos recursos, ahora que se cuenta con estudiantes en práctica que llevan a cabo la intervención, ciertos componentes del equipo médico solicitan no gastar recursos temporales en niños aparentemente tranquilos, sino que abocar los esfuerzos en pacientes o acompañantes que evidentemente requieran del apoyo psicológico antes del ingreso a pabellón, lo que implica también discriminar quién es susceptible de apoyo psicoprofiláctico y quién no, de la forma más rápida y eficiente posible, sobre todo ante periodos de alta demanda. Más adelante, se analizará ésta solicitud en términos del significado que ésta afirmación tiene sobre la discriminación de las manifestaciones ansiosas que deben ser tomadas en cuenta para proceder de la forma sugerida y la interpretación que puede aplicarse a ella.

Como se determinó más atrás, podría resumirse entonces que la positiva integración inicial del equipo de salud mental, fue acompañada de expectativas positivas hacia la Psicoprofilaxis Quirúrgica. Luego del ingreso del psicólogo, las expectativas aumentaron su complejidad dado que no es sólo el psicólogo quien debe responder a las demandas planteadas, sino todos quienes trabajan en el Hospital se rigen bajo las mismas expectativas y normas, dado su carácter de atención pediátrica.

Por esto, el equipo quirúrgico espera actualmente que el trabajo sea realizado de forma óptima, sobre todo al afirmar que no cuenta con las herramientas profesionales para realizar dicha intervención y que justamente su expectativa principal es que el psicólogo tenga dichas herramientas y las utilice en su labor, combinando también dichas herramientas teóricas y metodológicas con un trabajo que considere que el beneficiario se trata de un niño, que necesita de un trato empático, muy paciente, proactivo y emocionalmente estable.

El trabajo en equipo que espera el complemento médico, puede hilvanarse mediante la disposición del equipo quirúrgico para entregar conocimientos médicos a los psicólogos y viceversa, abriéndose a recibir información acerca del tratamiento psicológico de los niños, para optimizar la atención.

Se espera que el psicólogo participe, pero se sabe que no es el todo posible dada la rotación de los practicantes, aunque sería ideal que eso se subsane con participación comunicacional y dialógica, para lograr una iniciativa más cercana a la prevención psicósomática quirúrgica psicoterapéutica, propuesta por Rinaldi (2010).

Como se resume en los antecedentes, la primera etapa en la aproximación de ambos equipos fue rica en la generación de conocimiento y se gestó gracias a la invitación de las enfermeras y técnicos paramédicos de pabellón. Actualmente, a dos años de la incorporación, para los equipos de psicólogos ya insertos y generando sinergia, queda expuesta la obligación de trabajar sistemáticamente, para lograr constancia y seguridad en el enlace de ambas disciplinas, mediante una firme exposición de resultados y la consecuente renovación de los esfuerzos por entregar respaldo a los pacientes y a quienes trabajan por su bienestar. A ambos objetivos se llega investigando, opinando, respondiendo, abriéndose paso, teniendo siempre presente que la iniciativa psicoprofiláctica y el rol de los psicólogos que ponen sus manos en ella, pierden peso al perder continuidad. Algo así como lo experimentado por Mucci et al., en los inicios de su experiencia.

A esto, se suma la imperiosa necesidad de que el psicólogo gane espacio dialógico en el Servicio, teniendo en cuenta las normas estipuladas por el mismo, pero buscando intervenir y pronunciarse sobre otras esferas, lo que permite cuestionar la reacción del equipo médico/quirúrgico ante dicho movimiento inclusivo de significados.

6.2 Objetivo Específico 2: Reproducir el significado que los integrantes del equipo quirúrgico dan al proceso psicoprofiláctico realizado por los psicólogos participantes

Al momento de reproducir el significado que los participantes dan al proceso psicoprofiláctico, se apela a la forma en que el equipo receptor interpreta dicho proceso: Qué significado y utilidad tiene para ellos la Psicoprofilaxis Quirúrgica propiamente tal.

En ocasiones, ya sea por contradicciones en los argumentos de los entrevistados o mediante el análisis del contenido implícito, se vislumbran ligeras simplificaciones o reduccionismos del significado y extensión de la práctica psicoprofiláctica. De esta forma se interpreta que el psicólogo sólo informa, sólo entretiene, sólo distrae o sólo enseña.

Uno de los reduccionismos más llamativos se refiere a nombrar la Psicoprofilaxis sólo como la labor del psicólogo de enseñarles a los niños a *soplar la mascarita*, en referencia a una pequeña etapa del proceso en que el psicólogo acerca parte del material que se utilizará en pabellón para dormir al niño y se lo muestra, con el fin de generar un acercamiento previo que disminuya el efecto ansioso que puede generar el contacto con material e insumos quirúrgicos, de improviso. Esta técnica, basada en elaboraciones de tipo cognitivo conductual, lleva a quienes la observan a definir todo el proceso centrándose en sólo un pequeño paso del mismo o a sólo uno de los métodos utilizados en la Psicoprofilaxis.

Dichos reduccionismos deben servir como estímulo para el equipo de psicólogos para reafirmar la idea de que el método utilizado por el psicólogo para reducir el estrés del niño no es aquello que define la labor psicológica en cirugía. La relevancia y fundamento del trabajo psicoprofiláctico quirúrgico no deben depender de la opinión que los médicos tengan sólo de los métodos que observan en manos del psicólogo. Praxis y métodos psicoprofilácticos hay muchos, pero el objetivo de esta iniciativa es sólo uno y al parecer es invisible a ojos de la mayoría de los observadores en el Servicio de Cirugía.

Como menciona Sandra Oltra, gestora y supervisora de la intervención:

las personas que tienen que confiar en lo que están haciendo y que lo están haciendo bien somos nosotros (...). Y el resto va a ver los resultados, no el método que utilizemos. Yo, no por estar más seria, más formal, más distante, a lo mejor estoy haciendo un mejor trabajo. O sea, no al menos en el caso de los niños (S. Oltra, comunicación personal, 3 de Septiembre de 2010)

Esta profunda sugerencia, emanada de quien fue testigo principal de las reestructuraciones del Servicio estudiado, permite hacer frente a este tipo de reducciones que, como se revisará más adelante, dificultan la percepción y diferenciación de las labores psicológicas de las de otros voluntarios o profesionales

que asisten al Servicio, como por ejemplo los payasos, las enfermeras amigables o las cuentacuentos, quienes persiguen un objetivo mayormente paliativista.

Cuando el equipo médico especula que el trabajo del psicólogo es sólo distraer al niño de su dolor o angustia, mediante la entretención -método que sin duda puede resultar efectivo para ciertos niños-, se logra igualar la labor del psicólogo a la de los payasos y cuentacuentos. Lo mismo sucederá cada vez que se afirma que el psicólogo sólo realiza una actividad determinada y se desvía la atención desde el objetivo - reducir la ansiedad pre y post operatoria-, para perderse en la diversidad de métodos que el psicólogo utiliza para llegar a él: informar, entretener, relajar, contar historias, dibujar, conversar, escuchar, jugar, interpretar, etc.

Esta diferenciación no busca desmerecer a los otros profesionales o voluntarios participantes en el mismo espacio, sino que sustenta un fundamento para responder por qué es sólo la Psicoprofilaxis Quirúrgica aquella intervención que acompaña al niño en todas las etapas del proceso quirúrgico, respuesta que además se encuentra ya sustentada teóricamente en los antecedentes de esta investigación, pero que necesita ser precisada para efectos de concluir la misma.

El equipo médico parece compartir la idea de que el psicólogo realiza gran diversidad de actividades, aunque aparentemente son minoría quienes tienen noticia de que busca inicialmente bajar la ansiedad. Tampoco destaca entre los argumentos de los entrevistados como algo que les parezca relevante.

Son pocos los médicos que interpretan el actuar del psicólogo con una búsqueda por elaborar un vínculo rápido y seguro con el niño y así ayudarlo a enfrentar o reducir su respuesta ansiosa. Justamente esta elaboración se genera desde quienes saben de qué se trata el proyecto, ya que fueron parte de su implementación, en colaboración con la supervisora citada anteriormente.

De todas formas, parece ser que el equipo médico diferencia al psicólogo de los otros colaboradores apelando a los resultados positivos obtenidos en pabellón y por esto es que se le permite el ingreso a dicha instancia, hasta hoy.

Por otra parte, se significa y valora el papel de la Psicoprofilaxis Quirúrgica como la responsable de reducir los niveles de estrés y ansiedad de varios actores involucrados en el proceso, además del paciente propiamente tal. Según los argumentos de médicos, enfermeras y paramédicos, la intervención genera menos ansiedad para el trabajo del equipo quirúrgico, sobre todo del médico anestesiólogo, humaniza el proceso y brinda más calma en el desarrollo del trabajo quirúrgico.

Como se mencionó anteriormente, en el apartado 6.1.3, una minoría solicita no gastar recursos en niños aparentemente tranquilos y que a priori aparentan estar capacitados para enfrentar la intervención quirúrgica, sin mayores dificultades emocionales. Se puede interpretar de este contenido que desde ciertos sectores de la muestra también se podría estar restando relevancia al proceso vivido por cada paciente en particular y no se consideran mayormente las repercusiones particulares y

exclusivas que éste puede tener a nivel emocional y físico luego del proceso quirúrgico, cuando éste es ambulatorio.

Es comprensible la tendencia del equipo médico por volver más eficientes los esfuerzos de todos los integrantes del Servicio, sin embargo, se sugiere al experto en salud mental que de cada niño y acompañante sea previamente evaluado clínicamente, el tiempo necesario como para tener un acercamiento más certero a su estado emocional previo a la operación.

A partir de las mismas consideraciones sobre el peso que los integrantes del equipo quirúrgico dan a las manifestaciones emocionales y conductuales del paciente, se desprende una sutil confrontación hacia la labor psicológica. En ella se sugiere que muchos niños no deberían ser susceptibles de apoyo emocional, a pesar del dolor o terror que el proceso les signifique, debido a que es casi seguro que no habrá repercusiones posteriores a la intervención quirúrgica o que estas repercusiones serán irrelevantes. En el Tópico 5.3, por ejemplo, puede leerse en la siguiente cita: “yo dudo mucho que una persona se, se traume para toda la vida con un pinchazo, pero, pero hay gente que suele pensar eso” (G. R. L.).

Como se recalcó anteriormente, para la labor de acompañamiento psicológico, estas afirmaciones no pueden asegurarse a simple vista. Si el psicólogo decide abocar sus esfuerzos para acompañar a un niño en el que se ha detectado ansiedad subyacente, un proceso bien encaminado para un psicólogo pueda ser tildado como una pérdida de tiempo o una exageración por parte del equipo médico.

Además, si el psicólogo procede siempre de la forma antes sugerida - predispóniéndose a que el objetivo se logrará por sí sólo o a que no se logrará a pesar de los esfuerzos-, lo que ocurrirá con más probabilidad es que muchos niños que ocultan su ansiedad o la manifiestan de forma inusual frente a ciertos estímulos (mediante la risa, inquietud, parálisis, hipotonía, etc.) pueden ser inadecuadamente interpretados y tratados, para derivar finalmente en la experiencia de un proceso anestésico incluso más estresante e incómodo. Haciendo caso puntilloso de dicha sugerencia, incluso la psicoprofilaxis quirúrgica no tendría sentido.

Este tipo de afirmaciones tienden a subestimar un foco que es importantísimo para el trabajo psicoprofiláctico: Se minimiza justamente la búsqueda del equipo de psicólogos por ir más allá de las manifestaciones emocionales aparentemente equilibradas de los niños, para llegar a comprender y asumir la elaboración y manejo de la ansiedad subyacente.

Puede que mediante iniciativas comunicacionales tendientes a presentar claramente el objetivo y labor del psicólogo dentro del Servicio de Cirugía se logre mayor conocimiento acerca de las razones que guían sus métodos. Esto podría eventualmente llevar a que las decisiones de cada psicólogo en relación al proceder que elige para cada niño, se consideren pertinentes, aunque cabe preguntarse sobre la eficacia de esta tendencia dialógica, sobre todo contextualizado en un equipo de trabajo en constante cambio y movimiento.

En respuesta a esto, el significado que cada entrevistado guarda en relación al accionar del psicólogo, se tiñe levemente con la eficacia que alcanza su labor. De hecho, la eficacia que se desprende de los resultados de la labor psicoprofiláctica es una de las razones unificadoras más potentes a la base de la permanencia del psicólogo trabajando hasta hoy en el Servicio de Cirugía del Hospital e ingresando a pabellón, directamente.

A pesar de que sólo se cuenta con impresiones no muy elaboradas sobre la eficacia de la labor psicológica, estas percepciones se traducen en la confirmación de que la inducción anestésica efectivamente es recibida por el niño bajo manifestaciones menos ansiosas.

Además, desde los argumentos de los entrevistados se atestigua también la reducción de la ansiedad y estrés experimentados por los profesionales involucrados en la intervención. Este hecho motiva la permanencia del psicólogo trabajando en el curso de las tres etapas del proceso quirúrgico e incluso sienta las bases para que ésta permanencia termine convirtiéndose en un hábito y posiblemente una futura norma, incorporada al proceso quirúrgico en toda su extensión, dada su necesidad. Es llamativo que ésta tendencia se mantenga incluso a pesar de que ambos equipos involucrados experimenten constante rotación de personal.

Puede además corroborarse el postulado de Solano (2003), quien afirma que los beneficios del trabajo psicoprofiláctico que incluye a un psicoterapeuta, beneficia además al equipo médico quirúrgico involucrado, en tanto “disminuye la ansiedad en

los médicos, dando paso a un sentimiento de empatía que facilita la escucha y les permite comprender y comprometerse con la experiencia emocional del paciente” (p. 11). Por medio de los argumentos recabados, puede interpretarse que los profesionales del Servicio de Cirugía ya empatizan con sus pacientes, dado que los actores elegidos para el trabajo quirúrgico han sido seleccionados por su disposición a trabajar con infantes: El trabajo del psicólogo es sobretodo útil cuando la carga laboral de los médicos, enfermeras y técnicos paramédicos es sobrepasado y éste desgaste va en desmedro de la empatía que los profesionales se esfuerzan por mantener. Es imperioso, entonces que alguien aporte a hacer más llevaderas sus labores y esto se logra efectivamente como un objetivo indirecto de la Psicoprofilaxis Quirúrgica.

Pasando a otro tema, ciertos integrantes del equipo de atención médica desafían la eficacia de la intervención poniendo a la base de sus argumentos la creencia de que cualquier otro integrante del proceso puede lograr el mismo objetivo del psicólogo, pero que no ejercen este tipo de atención debido a impedimentos temporales o prácticos.

En respuesta a ésta explicación, en las observaciones de quien investiga, evidentemente el equipo médico se esfuerza por reducir la ansiedad de los niños de diversas formas que encuentran cierto grado de eficacia. De todas formas, como sugerencia, sería pertinente que para el profesional de salud mental infantil fuese cuestionable el correlato entre dichos métodos para manejar la ansiedad y una recuperación satisfactoria. Esto, dado que el equilibrio emocional en cada paciente

pediátrico es un objetivo que deseablemente debe elaborarse de forma personal, diferenciada y acusiosa, ya que las intervenciones realizadas para tratar a muchos niños, mediante un sólo método uniforme, pueden resultar iatrogénicas, para ciertos receptores.

Es en el lenguaje utilizado por el equipo médico/quirúrgico, donde también surge sutilmente la diferencia de foco puesta en el trabajo pediátrico, ya que enfermeras y anestesiólogos dicen utilizar estrategias que un psicólogo posiblemente vería como dudosas medidas válidas para la reducción de la ansiedad, al menos en todos los casos que se le presenten durante una jornada. Es llamativo que estrategias como hablar más fuerte, utilizando un tono imperativo, o agilizar el proceso, durmiendo al niño rápidamente, para que no se de cuenta de lo que sucede, sean métodos utilizados por profesionales quienes pasan más tiempo con los niños y que presencian más repetida y crudamente los momentos más difíciles para el paciente - el momento en que se duerme y cuando despierta- donde por muchas razones puede desplegarse la conducta esperada de rechazo al proceso y descontrol emocional.

Dichos *modus operandi* pueden estar siendo influenciados fuertemente por la ansiedad y desgaste que estas reacciones causan en el mismo profesional que las observa diariamente, configurando métodos tendientes a controlar el agotamiento emocional y físico que provocan las manifestaciones infantiles de descontrol emocional.

Delegar trabajo a otros integrantes del proceso, para que desplieguen medidas farmacológicas o procedimentales que permitan una inducción menos afanosa, es potencialmente útil cuando la demanda de atención es muy alta y dentro de ella deben ser atendidos niños que requieren de mucha más atención o que presentan niveles de ansiedad inmanejables en el corto tiempo de espera, quienes pueden detectarse mediante el ojo clínico o los signos físicos de ansiedad evidente.

Por otra parte, podría realizarse el proceso a la inversa y aquellos niños que no manifiesten una potencial reacción emocional incontrolable y que puedan, según el psicólogo observador, ingresar a pabellón tranquilamente, pueden simplemente ser susceptibles de una explicación acerca del proceso y la aclaración de dudas acerca del mismo.

Esto respondería a la petición generada por los médicos para “cortar por lo sano”, sobre todo cuando se realizan inducciones psicoprofilácticas exhaustivas a niños que desde un principio evidencian bajos niveles ansiosos y que mediante la charla posiblemente se preparan para enfrentar el proceso de forma medianamente equilibrada. En ellas se gasta tiempo valioso, el cual puede ser utilizado para calmar y acoger a otros niños que presentan más miedo y desconocimiento frente al proceso, sin dejar totalmente de lado a los demás.

Por otra parte, para medir y dar significado a la relevancia de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en las etapas de intervención, los entrevistados apelan a la idea generalizada de que la iniciativa hace falta cuando los psicólogos no están. A

pesar de que es ahí donde los entrevistados parecen acercarse a delinear un significado más certero y profundo sobre la intervención, dichos vacíos temporales pueden ir en desmedro de la relación entre los participantes del entorno quirúrgico y los psicólogos, marcando la relación entre ambos equipos con desconfianza, lo cual puede llevar a que se pierdan las posibilidades de hacer al psicólogo participe no sólo del proceso práctico de su labor, sino también de las instancias dialógicas en torno a la misma.

En resumen, puede aseverarse que el significado dado a la intervención ve amenazada su delimitación y disminuida su relevancia dado que existe cierto desconocimiento acerca del objetivo concreto de la Psicoprofilaxis Quirúrgica. Este desconocimiento sobre el objetivo y métodos complementarios de forma clara y explícita lleva entonces a que el equipo de cirugía no tenga claro en qué consiste concretamente la Psicoprofilaxis y valore el aporte de la intervención cuando ésta no se está implementando.

Afortunadamente, el Sistema consultado además significa la intervención claramente como útil y eficaz, agradeciendo por lograr beneficiar no sólo al paciente, sino también a los trabajadores de la salud que lo atienden, esto a pesar de ciertas discrepancias en la opinión que se tiene sobre las manifestaciones ansiosas que muestran los niños o de los efectos que realmente puede causar una intervención ambulatoria.

6.3 Objetivo Específico 3: Identificar el rol que el psicólogo posee dentro del proceso y espacio quirúrgicos.

Una de las consecuencias más importantes de esta conjunción de equipos, generada por medio del trabajo investigativo versa sobre la definición del rol del psicólogo y de la necesidad de que este se integre de forma definitiva en la práctica quirúrgica pediátrica dentro del Hospital, petición surgida desde el comienzo de la intervención.

Cabe recordar que para Katz y Kahn (1989) el papel –equiparado al concepto de rol en esta investigación- se configura gracias a las expectativas que los integrantes de un sistema tienen sobre quien acepta ese rol y que, entre las funciones del integrante signado con el mismo, está responder a dichas expectativas, aunque éstas no son del todo obligatorias o normativas como las reglas.

6.3.1 La clara determinación del rol del psicólogo, ante una inminente incorporación definitiva.

La invitación a la integración definitiva, entonces, surge desde el equipo quirúrgico y para responder a ella, al parecer, basta con que el equipo de psicólogos tome la iniciativa y acepte formalmente dicha invitación, trabajando en pos de responderla.

La investigación presentada además constituye una invitación a la confianza que el psicólogo debe tener sobre su propio papel en iniciativas y contextos en los

que aún no se vislumbra su participación, justamente cuando se le conmina para habérselas con la etiología de la ansiedad. Ésta etiología, en la Psicoprofilaxis Quirúrgica es multifactorial, mientras la consecuencia de la misma se reduce a unas cuantas manifestaciones vistas por los integrantes del equipo de Cirugía: tensión, llanto, forcejeo.

La confianza en el rol y el argumento del psicólogo frente a sus propios métodos y objetivos es el paso principal para que se delimite su papel en los contextos en los que ya se desenvuelve y en los que puede trabajar, haciendo valer su potencial aporte.

Es clave para esta investigación el argumento reafirmado por la mayoría del equipo quirúrgico indicando que la Psicoprofilaxis Quirúrgica puede realizarla sólo el psicólogo, a pesar de que muy pocos integrantes logran distinguir una razón clara para asegurar esta afirmación y sólo se fundamentan vagamente en los resultados obtenidos en la praxis. En respuesta, puede argumentarse muy concisamente que aquello que diferencia y justifica el trabajo de un psicólogo en pabellón se sustenta en la mirada clínica puesta por dicho profesional, enfocada claramente por el prisma ideológico y teórico que le es distintivo: El experto en salud mental se enfoca en la causa de la ansiedad y su posterior manejo, no en la sofocación de las manifestaciones derivadas de la misma ni tampoco en la realización de un solo método protocolar, generalizado para todos los pacientes atendidos.

Como se mencionó anteriormente, reducir el trabajo de los psicólogos a una mera enseñanza y presentación de los insumos e instrumentos médicos o posicionar al profesional sólo como un ente distractor, es lo que vuelve prescindible su labor.

Pese a la necesidad por aclarar el objetivo del psicólogo y su intervención, lógicamente no es necesario que éste equipo caiga en una sobreexposición de sus métodos y enfoques puestos en la Psicoprofilaxis, para que el complemento médico/quirúrgico logre captar la importancia e impacto de su trabajo: Sólo basta con que el psicólogo utilice algunas de las posibilidades dentro de la infinita pluralidad de métodos existentes y se sirva de aquellas que le permitan llegar al objetivo que ya se conoce, de la forma en que sea necesaria para cada niño, para cada historia y familia que se entrega a una intervención quirúrgica.

El trabajo eminentemente técnico, lúdico o pedagógico, visto por separado, puede evidentemente ser realizado por cualquier actor o voluntario. Cualquiera puede sólo entretener, cualquiera puede sólo reprender, levantar la voz, mostrar los instrumentos, ignorar. La elección y conjunción de cada método y la acomodación de cualquiera de ellos para cada niño -o acompañante- en particular, es elegido por el psicólogo, que se sirve del tiempo que le entrega el proceso y de su mirada clínica para apoyar al niño y a los acompañantes en cuestión, valiéndose de una plasticidad en el trabajo a la que sólo se llega mediante la práctica continua de la Psicoprofilaxis Quirúrgica, como aquella intervención centrada en el bienestar y equilibrio emocional del paciente.

Se insinúa que esta labor no puede realizarse a cabalidad por los otros profesionales con los que comparte espacio, no por falta de interés, sino por falta de tiempo y más notablemente por estar centrados en otro foco igual de importante, que evidentemente necesita de otro tiempo y método particular.

En ello también centra la importancia de contar con al menos un psicólogo acompañando a los niños y sus familias en el ingreso a pabellón.

A lo largo de la investigación, surgió un argumento muy interesante y rico en significado, surgido tras la consulta a una enfermera del Servicio de Cirugía. La profesional M. J. E., menciona al psicólogo como representante de todos los integrantes del Servicio, ante el niño. En este sentido, no es el psicólogo exclusivamente quien se preocupa del equilibrio emocional y bienestar del paciente, sino que todos los seres que el niño ve en su peregrinaje, están ahí con el mismo objetivo. Citando a M. J. E., desde el Tópico 1.6:

independiente que ellos no tengan idea que ustedes los van a operar o no los van a operar: Eso los niños no lo saben, ni les importa tampoco, lo importante es a quién ven cuando...[despiertan] (...)en el fondo, no somos todos seres malos y ustedes son los seres buenos” (M. J. E.)

Esta interesante interpretación se desprende desde los argumentos de una entrevistada en particular y se relaciona con el hecho de que este input energético de

recursos humanos encarnado por los psicólogos practicantes, pasa desapercibido para el paciente: el trabajo en equipo implica que la labor y rol del psicólogo y de los integrantes del otro equipo de trabajo se diluya, de forma que el paciente no distingue quién lo trata ni el prisma por el cual aquel sujeto que lo trata está observando

Ésta forma de mirar puesta por el paciente y evidenciada por una experimentada enfermera, sugiere sutilmente para quienes trabajan en el Servicio de Cirugía y sobre todo para el psicólogo en cuestión, el desafío de realizar su trabajo de forma humilde, debido a que su labor, sin nombre, rango, ni objetivo a ojos del paciente, se vuelve relevante ya que significa un nexo entre el paciente y todos aquellos actores que lo intervendrán a lo largo del proceso. El psicólogo presta su trabajo, camuflado tras la vestimenta verde que oculta su objetivo y profesión, para que el niño se entregue de la forma menos ansiosa posible a los tratamientos requeridos para recobrar la salud.

Como consecuencia del trabajo en equipo, el trabajo del psicólogo puede desdibujarse a ojos del beneficiario, aunque de todas formas puede diferenciarse entre equipos. La profesional agrega, más adelante:

al final, somos los mismos seres como extraterrestres:
Estos que andan con la mascarilla, el gorro, que no
tienen pelo (...) pa' ellos todos son médicos y todos
son los médicos, son lo que le abren la guata” (M. J. E.)

El vínculo entre el paciente y el Servicio de Cirugía, es logrado además gracias a que el psicólogo adecúa su método de trabajo y lenguaje para relacionarse con el paciente, con miras a que esté menos ansioso, lo que además otorga continuidad al proceso en representación de todos los participantes que el niño conoce. Se logra generar en el niño una confianza hacia quienes lo tratan, como muchos seres pertenecientes al mismo sistema, que lo cuida, que lo considera, que busca atenderlo de forma integral y con la menor repercusión negativa posterior que sea posible.

Con la ayuda del equipo médico involucrado, se acompaña al infante en la diferenciación de etapas del proceso crítico vivido, para que experimente dichos estadios como sujeto y no como objeto, lo que humaniza el proceso. Es necesario que el psicólogo ayude al niño a asumir y vivir ese dolor y esa ansiedad de la forma más equilibrada y contenida posible, no ignorando la ansiedad o distraendo al niño de ella.

A este respecto, el psicólogo en cuestión debe ser cauto y diestro, ya que debe manejar su propia reticencia a utilizar ciertas prácticas que pueden, a ojos del equipo médico, confundir su labor con la de otros actores.

El equipo médico, dado quizás el diferente foco por el que ve al paciente, parece sólo contar con impresiones objetivas para responderse si un niño está o no nervioso o preocupado frente al proceso que va a vivir: presión arterial, ritmo cardíaco, impresión previa a la intervención. En relación a estas impresiones, más o

menos acertadas, se intenta en ocasiones distraer al paciente o hacerlo pasar rápidamente a través del proceso. El psicólogo sabe que dichas manifestaciones infantiles son cuestionables y que, en cierto modo, nunca responden fielmente al estado emocional de los niños, sobre todo ante una crisis no normativa.

La misión de los psicólogos, además, está cruzada por el deber de responder e informar efectiva y claramente al paciente y sus acompañantes, cuando el médico no puede hacerlo. Es por esto que el equipo de salud mental inserto en el contexto quirúrgico debe estar informado acerca de todo el contenido e implicancias del proceso anestésico y estar capacitado además para aterrizar y adecuar dicha información y los códigos con que se responde, a la edad del niño y a las condiciones emocionales y cognitivas en las que se encuentran él y su familia. Este deber informativo va muy de la mano con su papel como representante del equipo médico en su totalidad, por medio de la figura “des-etiquetada” que adquiere cada profesional presente en el proceso, gracias a la indumentaria utilizada.

Como contenido implícito de los argumentos entregados por los entrevistados, aparece la intención del equipo quirúrgico de responsabilizar a niños y padres por aquellas inducciones o procesos anestésicos con cargas de ansiedad elevadas o inmanejables, por lo que en ningún momento se intuye siquiera la tendencia a responsabilizarse a sí mismos como posibles interventores ansiógenos para el niño y su familia. Esta tendencia, aunque implícita sirve a esta tesis en tanto también ayuda a delimitar la diferencia del rol del psicólogo entre los otros roles en juego, ya que es éste profesional quien busca posibles estímulos estresantes y dolorosos para el niño,

pudiendo incluso llegar a responsabilizarse a sí mismo como causante de la ansiedad infantil.

Al parecer, según el equipo médico/quirúrgico la responsabilidad la tienen los padres, el dolor, el mismo niño, la crianza que recibe, etc., fundamentos que evidentemente pueden ser plausibles, pero que liberan a muchos profesionales de mirar en busca del aporte que ellos mismos pueden brindar para hacer más cómoda su labor tanto para ellos como para el propio paciente.

Además, el proceso vincular no es prioridad para el equipo quirúrgico. Si bien es aceptado como un nexo que se desprende del tratamiento de un paciente, comprensiblemente no es el fin buscado por el tratamiento médico/físico, en tanto que para el proceso psicoprofiláctico, es requisito obligatorio para lograr una intervención eficaz, ya que es mediante el logro de éste vínculo transitorio, pero seguro, se logra que el paciente se entregue al procedimiento y a los profesionales involucrados en él, con una mejor disposición.

La delimitación y diferenciación que el psicólogo hace de su trabajo en la búsqueda del objetivo ya conocido, para cada niño, para cada familia, vuelve única cada intervención.

Por otra parte, una interesante interpretación dada a la tarea del psicólogo, en palabras del equipo quirúrgico, es mencionar repetidamente la labor del psicólogo como la de llegar al paciente. Esto puede equipararse nuevamente con la búsqueda

por identificar la fuente exacta de la ansiedad en el niño y con ello dilucidar el método que debe utilizarse para reducirla con cada niño en particular.

El método médico y la carga asistencial que sufren los anestesistas, les quita el tiempo para buscar la calma de sus pacientes mientras los inducen anestésicamente. Esta falta de tiempo es algo que afecta a casi todos los entrevistados. Ese espacio lo llena el trabajo del psicólogo, preocupado y dirigido directamente a calmar y acoger ese miedo como válido, buscando reducirlo.

Al momento de hablar de la efectividad que éstos otros métodos reductores de ansiedad pueden lograr, es posible diferenciarlos e identificar sus pros y contras, lo que se traduce en que el equipo médico solicita integrar al psicólogo como quien intercede en este diálogo para medir cuál de todas las formas es necesaria en cada niño y en qué medida.

Por otra parte, la continuidad solicitada en las expectativas no sólo forman en camino para validar el rol y el trabajo del psicólogo y la adquisición de relevancia, sino que también lógicamente, lleva a su labor a la adquisición de experiencia en el trabajo en crisis, muy necesario para mantenerse implicado en este tipo de intervenciones.

El rol del psicólogo crece y se determina también en las prácticas en las que se inserta e integra, aprovechando las oportunidades que le entrega el equipo médico para opinar e intervenir. Existe preocupación de parte del equipo médico por los problemas familiares o emocionales del niño y es el psicólogo el encargado de

detectarlos y concebir algo a partir de ellos, incluso denunciarlos si es necesario. El psicólogo debe apostar a que, a pesar de que se ahorre más dinero durmiendo a los niños con el uso de ansiolíticos, son mucho más alarmantes las consecuencias psicológicas y físicas de una intervención quirúrgica vivida con terror, sobre todo para aquellos niños que dado que sufren patologías más complejas, las viven como algo aparentemente cotidiano e indoloro.

6.3.2 El compromiso con aceptar el papel y responder a él

Al observar las interacciones de los entrevistados puede denominarse a sus interacciones como propias de un equipo de trabajo, sobre todo cuando se equiparan las labores con su complemento especialista en salud mental, ya que las labores en conjunto generan sinergia. La concepción de este proceso se confirma mediante el análisis de las entrevistas, donde la Psicoprofilaxis puesta en marcha en el Servicio, además de ayudar a reducir la ansiedad de los pacientes beneficiados directamente, reduce la ansiedad de los acompañantes del infante y del equipo médico – quirúrgico en general.

Este hecho, a su vez, abre una puerta para que el equipo de psicólogos se comprometa con el trabajo colectivo que requiere de un esfuerzo en conjunto para generar dicha sinergia positiva. El equipo de Cirugía, responde de igual forma ante la inclusión del equipo de psicólogos, ya que coordina sus esfuerzos por integrar al profesional de salud mental, generando un desempeño colectivo con responsabilidad

personal y mutua, buscando un tratamiento armónico para cada paciente, complementando habilidades, lo que conformaría un equipo de trabajo mayor.

Es pertinente recordar que la sinergia positiva se genera junto con un desempeño mayor del equipo humano, que supera cada uno de los esfuerzos individuales (Katzenbach y Smith en Robbins, 1999).

Actualmente, el significado que se da a la labor de los psicólogos en Cirugía, dentro del Hospital, está cruzado por el hecho de que para los psicólogos, la intervención no se trata de un trabajo, sino de una práctica profesional sujeta a término pronto o tardío. Esto hace que su presencia no sea del todo vista y reconocida como parte importante del proceso, no por la negación del equipo médico, sino más bien por los procesos académicos y profesionales vividos por los integrantes del equipo de psicólogos, que restan tiempo al trabajo exclusivo en Psicoprofilaxis.

Dado que las condiciones económicas del Hospital, al menos en el corto plazo, no permiten la incorporación de psicólogos de planta que cubran las necesidades del Servicio de Cirugía, es necesario que se mantenga el trabajo dependiendo de los psicólogos practicantes o voluntarios. Dadas estas condiciones, si el psicólogo actúa más activamente en el proceso, la importancia de su labor posiblemente no se medirá sólo gracias a su desaparición repentina, como sucede actualmente, sino que cobrará relevancia dado el aporte regular de su punto de vista al trabajo del equipo quirúrgico.

Sorprendentemente, sobre todo en la Sala de Recuperación, la amplia mayoría de las enfermeras que ahí realizan sus labores, solicitan que el psicólogo concrete sus visitas y las haga constantes. Esta demanda es preocupante, dado que las inasistencias a esa Sala no ha sido justificada a quienes trabajan en ese estadio y porque además éste representa una de las etapas críticas para la Psicoprofilaxis Quirúrgica, donde el equipo de psicólogos cierra el proceso y aparece ante los ojos del niño cuando despierta, otorgándole gran parte de las veces una confirmación segura y estable del vínculo con los trabajadores del Servicio y del Hospital y obviamente el apoyo emocional necesario.

Sería necesario, entonces indagar en investigaciones posteriores sobre los motivos del equipo interpelado, ante por ejemplo argumentos como el tópico 1.2.

Además, de fallar la presencia del psicólogo, se recurre al uso de sedantes como el midazolam, que, como los mismos entrevistados afirman tampoco son la panacea si contextualizamos su uso en la Salud Pública, con los recursos temporales y económicos con los que se cuenta. Cada suministro de sedantes tiene un costo monetario y requiere de un tiempo relativamente largo para actuar, lo que va en contra de lo buscado por la asistencia pública: rapidez frente a la alta demanda y minimizar el gasto de recursos económicos, en algunas ocasiones.

Los ofrecimientos de capacitación en el ámbito clínico, provenientes de varios entrevistados, son aquel paso para integrar al psicólogo al menos en la solicitud de medidas extremas o alternativas de sedación y calma. Los mismos anestesiólogos

afirman que el uso de midazolam, como el medicamento al que más se recurre en caso de no poder controlar al niño cuando se descontrola emocionalmente, es una medida que por una parte requiere tiempo para actuar y además puede acarrear consecuencias como la depresión respiratoria cuando el paciente pasa a la sala de recuperación. Cabe además preguntarse por las secuelas a nivel psicológico que ésta respuesta física, potencialmente peligrosa, pueda traer al niño una vez que despierta. Además, el uso del medicamento en este contexto y con estas repercusiones vuelve más necesario aún el actuar del psicólogo de la forma más efectiva posible en la reducción de la angustia post operatoria, dado que además de reducir el nivel de recursos utilizados en vano y evitar la experiencia angustiosa en el despertar del paciente, sienta las bases de depurar su trabajo y ganar experiencia en el acompañamiento de niños altamente afectados por el proceso.

Se destaca la abierta disposición de médicos, técnicos paramédicos y enfermeras a no dormir a los niños de forma rápida ni recurriendo a sedantes previos, esto último no sólo por su demora en hacer efecto, sino más bien por sus potenciales efectos posteriores adversos.

Puede interpretarse éste requerimiento de tener un psicólogo cada vez más médico, como un nuevo intento por integrar al método psicológico en pabellón.

Se evidencia además cierto desconocimiento acerca del impacto que el proceso psicoprofiláctico tiene luego de el despertar de los niños intervenidos. Por esto, sería interesante estudiar dicho impacto, para descubrir los resultados del trabajo

de los psicólogos en este estado del proceso, el cual ahora sólo se alimenta de las impresiones de quienes ven el paso del equipo de psicólogos por la sala de recuperación.

El equipo médico va tras este proceso intentando despejar todo movimiento al azar, para eventualmente poder analizar el producto obtenido para determinar qué lo ha hecho eficiente hasta hoy y luego de ello, solicitar su permanencia y adaptación constante. Cabe recordar que todo objetivo sistémico debe ser cuidadosamente planificado y fundamentado: toda decisión debe apoyarse en indicadores. La solicitud de resultados, entonces, se genera en respuesta a un medio que le exige al Servicio de Cirugía flexibilidad constante para poder mantenerse vivo y eficaz en su respuesta por atender integralmente a los pacientes pediátricos.

Por otra parte, una sugerencia pertinente, guiada por Robbins (1999) para la creación de equipos de alto rendimiento sería incorporar al trabajo de psicólogos y equipo médico el compromiso con una intención común, creando una visión o propósito, estipulada o figurada de los objetivos que ambos grupos conservan y que los une al momento de tratar al paciente pediátrico. Esto aportaría con una guía del trabajo bajo cualquier condición en la que éste se desarrolle, en una misma dirección.

De forma paralela, el autor propone el establecimiento de metas específicas para los equipos, por separado o conformando un Sistema mayor (Robbins, 1999). Todo lo anterior puede verse ya reflejado en las entrevistas reunidas, cuando el equipo médico/quirúrgico solicita resultados empíricos y Sistematizados del trabajo

que realizan los psicólogos e incentivan a que investigaciones como ésta se extiendan a otras esferas cubiertas por los efectos que el trabajo de ambos equipos realizan. Esto además obliga a los psicólogos involucrados en el trabajo de Cirugía la evaluación e investigación constante de los métodos y resultados obtenidos, ya sea semestral o anualmente.

El equipo de psicólogos que se integra, debe tomar nota y además hacerse responsable por las metas individuales y grupales que implica el trabajo sistemático en Cirugía. Deben idealmente mostrarse abiertos a conocer qué trabajo le compete a cada integrante y las metas personales y profesionales que ese papel implica para quienes comparten su espacio de trabajo.

De generarse éstas condiciones también es necesario que se luche por forjar confianza mutua entre quienes participan del trabajo en equipo, a la cual se accede, según Robbins (1999) mediante la integridad, entendida como una confianza absoluta en quienes participan del equipo, sus competencias, conocimientos y habilidades técnicas e interpersonales, las cuales deben explicitarse al trabajar con otros.

Otra sugerencia desprendida del Marco Teórico es la de generar y mantener comunicación lateral. Este tipo de comunicación puede ser aprovechada para acelerar la acción, debido a que ya se cuenta con el apoyo y conocimiento acerca del ingreso del psicólogo y su intervención por parte de los supervisores o superiores a cargo del Servicio de Cirugía (Robbins, 1999). De todas formas no debe desestimarse el poder de la comunicación vertical en este contexto, dado que aún es necesario que el

psicólogo se incluya en la toma de decisiones aún más potentes sobre ciertos protocolos o medidas concernientes a su metodología, incluida en el trabajo dentro del Servicio. El trabajo ahora, aparentemente, es delimitar aquellas esferas donde el psicólogo puede eventualmente intervenir delicadamente ciertas rutinas en las que aún se pueden depurar ciertos métodos e integrarlos a una rutina o protocolo de atención establecido.

Como se conoció a través del recorrido histórico presente en los antecedentes, en un comienzo fue decisiva la comunicación vertical para el asentamiento estable de la intervención psicoprofiláctica.

La tesis presentada, pretende dar cuenta de que un movimiento unificador entre las dos disciplinas planteadas puede ser posible y eficiente.

Durante la búsqueda y el análisis de la información recabada no se desestimó tropezar con conflictos subyacentes, aunque sí se hizo un esfuerzo considerable por diferenciar el rol y papel del psicólogo en el Servicio de Cirugía, evitando teñir la relación del psicólogo y el médico con el conflicto, ya que el fin de esta tesis no fue posicionar al paciente beneficiario como un tercero objetivizado y triangulado, sumergido en una disputa metodológica.

Muy por el contrario, la búsqueda de esta tesis fue justamente detectar aquellas grietas que los prejuicios y preconceptos dejan en esta unión interdisciplinaria y llenarlos con el contenido explícito y las interpretaciones extraídas desde primera fuente, buscando responder a las expectativas y requerimientos hechos

a la intervención psicológica, como consecuencia de dicha integración a un espacio discursivo y físico que antes parecía lejano.

El equipo quirúrgico agradeció la posibilidad de reflexionar sobre las consecuencias de la integración de los psicólogos al proceso quirúrgico y con ello posibilitó indirectamente la mejora no sólo de su espacio laboral, sino también la relación interdisciplinar y la práctica psicoprofiláctica que se entregará en el futuro.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro Estramiana, J. L. (1995). *Psicología social: Perspectivas teóricas y metodológicas*. España: Siglo XXI
- Castañeda, M. (2008) *Anestesiología: La gran desconocida, mitos y leyendas*.
Extraído el 1 de Abril de 2010 del sitio:

http://www.zonahospitalaria.com/noticias/zh_12/anestesiologia.shtml
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de Recursos Humanos*. México: McGraw-Hill.
- Del Carmen Mejicanos, M. (s/f) *Efecto de la preparación psicológica cognitiva pre-operatoria en la ansiedad del niño*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología Clínica y Médica, Escuela Superior de Psicología Clínica y Médica, Universidad Francisco Marroquín, Guatemala.
- Echeverría G. (2005). *Análisis cualitativo por categorías*.
- Echeverría G. y Zarzuri, R. (s/f) *Técnicas de Investigación Cualitativa: El grupo de discusión y la entrevista en profundidad*. Chile.
- Elkins, P. D. & Roberts, M. C. (1985). Psychological preparation for pediatric hospitalization. *Clinical Psychology Review*, 3, 275-295.

- Glaser & Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Extraído el 17 de Octubre de 2010, desde

<http://www.sickkids.ca/ProgramsandServices/Therapeutic-Clown-Program/who-we-are/History/index.html>

<http://kindsein.com/es/22/1/505/>
- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill
- Jaques, E. (2004). *La teoría de la organización requerida*. Buenos Aires, Argentina: Granica.
- Katz, D. y Kahn, R. L. (1989). *Psicología Social de las organizaciones*. México: Trillas.
- León, O. G. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en psicología y Educación*. España: McGraw Hill.
- López J. (2005). *Programa De Preparación Psicológica En Cirugía Infantil Programada*. Extraído el 5 de Abril de 2010 desde

<http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v03/cirugia.pdf>
- Luaces, A. (s/f). *Ansiedad Pre-quirúrgica en niños*. Extraído el 1 de Abril de 2010 desde:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_supl2_04/revisiones/r10_v10_supl20.htm

- Mardarás Platas, E. (1990) *La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*. Barcelona: Rol.
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. y García-Banda, G. (2009). El efecto de los «payasos de hospital» en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema, 21*, 604-609.
- Méndez, F., Ortigoza, M. y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil: Afrontamiento del estrés. *Revista Psicología Conductual, 4*, 193 – 209.
- Moix, J. (2003). *Preparación psicológica para la cirugía en pediatría*. Extraído el 1 de Abril de 2010 desde

<http://seneca.uab.es/jennymoix/cirurgiapediatria/cirugiaapediatria96.rtf>
- Mucci, M. (2007) *Psicología y salud: La integración interdisciplinaria en psicoprofilaxis quirúrgica*. Extraído el 13 de Agosto de 2010 desde

<http://www.depsicoterapias.com/autorbio.asp?IdAutor=292>
- Robbins, S. P. (1999). *Comportamiento organizacional*. México: Prentice Hall.

- Solano, N. V. (2003) *Psicoprofilaxis quirúrgica en niños*. Tesina presentada al departamento de investigación, Escuela de Psicología de la Universidad de Belgrano, Argentina.
- Sticker, E. y Nock, H. (2008). *Preparación para la intervención quirúrgica*.
Extraído el 30 de Marzo de 2010 desde:

<http://www.corience.org/es/vivir-con-una-cardiopatía/padres/la-salud-de-un-nino-con-cc/preparacion-para-una-operacion/#c413>
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Vernon, D. T., Foley, J. M., Sipowicz, R. R. & Schulman, J. L. (1965). *The psychological responses of children to hospitalization and illness*. Springfield, IL: Thomas.
- Viar, M., Bereziartua, J. y Rodríguez, R. (2005). *Un Día En El Hospital*.
Extraído el 1 de Abril de 2010 desde

<http://www.avpap.org/documentos/jornadas2003/undiahosp.pdf>