

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIDAD DE GRADUCIÓN  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-  
"MAYRA GUTIÉRREZ"**

**"ANSIEDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA AL INGRESAR A SUS  
HIJOS E HIJAS AL ÁREA DE INTENSIVO DE PEDIATRÍA DEL  
IGSS DE LA ZONA 9"**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL  
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS  
PSICOLÓGICAS**

**POR**

**CLAUDIA FAVIOLA CHÁVEZ TREJO  
GLENDY ROSALVA MONTUFAR CÁRDENAS  
PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADAS**

**GUATEMALA, MARZO DE 2013**

**CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PISCOLÓGICAS  
UNIVERSIDAD DE SAN CALOS DE GUATEMALA**

**LICENCIADO ABRAHAM CORTEZ MEJÍA  
DIRECTOR**

**M.A. MARÍA ILIANA GODOY CALZIA  
SECRETARIA**

**LICENCIADA DORA JUDITH LÓPEZ AVENDAÑO  
LICENCIADO RONALD GIOVANNI MORALES SÁNCHEZ  
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS**

**MARÍA CRISTINA GARZONA LEAL  
EDGAR ALEJANDRO CORDÓN OSORIO  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**LICENCIADO JUAN FERNANDO PORRES ARELLANO  
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS**

c.c. Control Académico  
CIEPs.  
Reg. 381-2011  
CODIPs. 145-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

01 de marzo de 2013

Estudiantes

Claudia Faviola Chávez Trejo  
Glendy Rosalva Montufar Cárdenas  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO SEXTO (26º.) del Acta CERO SEIS GUIÓN DOS MIL TRECE (06-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 27 de febrero de 2013, que copiado literalmente dice:

**VIGÉSIMO SEXTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"ANSIEDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA AL INGRESAR A SUS HIJOS E HIJAS AL ÁREA DE INTENSIVO DE PEDIATRÍA DEL IGGs DE LA ZONA 9"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Claudia Faviola Chávez Trejo**  
**Glendy Rosalva Montufar Cárdenas**

**CARNÉ No. 2003-10168**  
**CARNÉ No. 2004-16701**

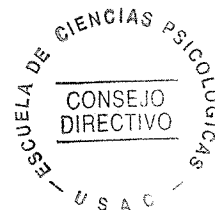
El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Doctor Rolando Lemus, y revisado por el Licenciado Pedro José de León Escobar. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



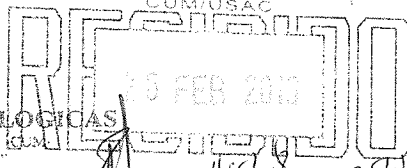
M.A. María Iliana Godoy Calzia  
SECRETARIA



/gaby



Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



CIEPs 081-2013  
REG: 381-2011  
REG: 381-2011

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO CUM  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

FIRMA: [Signature] HORA: 14:28 Registro: 381:11

INFORME FINAL

Guatemala 21 de febrero 2013

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Pedro José de León Escobar ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“ANSIEDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA AL INGRESAR A SUS HIJOS E HIJAS AL ÁREA DE INTENSIVO DE PEDIATRÍA DEL IGSS DE LA ZONA 9.”**

ESTUDIANTE:  
**Claudia Faviola Chavez Trejo**  
**Glendy Rosalva Montufar Cárdenas**

CARNÉ No.  
2003-10168  
2004-16701

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 09 de octubre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 19 de febrero 2013, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

[Signature]  
**Licenciado Marco Antonio García Enríquez**  
**COORDINADOR**

**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Mayra Gutiérrez**



c.c archivo  
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usapstic@usac.edu.gt

CIEPs. 082-2013  
REG 381-2011  
REG 381-2011

Guatemala, 21 de febrero 2013

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"ANSIEDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA AL INGRESAR A SUS HIJOS E HIJAS AL ÁREA DE INTENSIVO DE PEDIATRÍA DEL IGSS DE LA ZONA 9."**

ESTUDIANTE:

Claudia Faviola Chavez Trejo  
Glendy Rosalva Montufar Cárdenas

CARNÉ No.

2003-10168  
2004-16701

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 07 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Licenciado Pedro José de León Escobar  
DOCENTE REVISOR



Areliis./archivo



Guatemala, agosto 2012.

Señores  
Departamento de Investigación –CIEPs-  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Centro Universitario Metropolitano  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente.

En mi calidad de Psicóloga del Hospital General de Enfermedades Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), me permito informar a ustedes, que las señoritas **Claudia Faviola Chávez Trejo y Glendy Rosalva Montufar Cárdenas**, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología, han realizado en el hospital durante este año, el trabajo de campo de su tesis con fines de graduación de dicha carrera, con el título “Ansiedad de los Padres de Familia al ingresar a sus hijos e hijas al área de intensivo de pediatría del IGSS de la zona 9”.

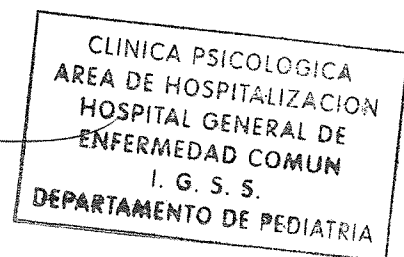
Como parte de su trabajo, las señoritas impartieron a los padres de familia talleres informativos y, además les proporcionaron material de mucha utilidad con relación al tema anteriormente mencionado.

Como referencia de las actividades realizadas en beneficio de los padres del servicio, presento a ustedes esta constancia, agradeciendo a las señoritas Chávez y Montufar su trabajo y valioso aporte para la institución.

Anticipadamente agradezco también a ustedes la atención que la presente les merezca y les saludo con toda consideración y respeto.

Licenciada Carolina Coloma

Licda. Carolina Coloma Cordillo  
PSICOLOGA  
Colegiada No. 6169



Guatemala, 21 de agosto 2012.

Coordinación.  
Centro de Investigación de Psicología.  
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez".  
Centro Universitario Metropolitano -CUM-

Por este medio informo que Yo: Rolando Lemus tuve a mi cargo la asesoría del Informe Final del proyecto de Investigación titulado: "Ansiedad de los Padres de Familia al ingresar a sus hijos e hijas al área de intensivo de pediatría del IGSS de la zona 9" de las estudiantes Claudia Faviola Chávez Trejo con el carne 200310168 y Glendy Rosalva Montufar Cárdenas con carne 200416701. Con fines de graduación de Licenciadas en Psicología.

Se brindó asesoría para cumplir con los lineamientos requeridos por el Centro de Investigación en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" aprobando el contenido del Informe Final, por lo que le agradecería realizar los tramites correspondientes.

Atentamente,



ASESOR

Dr. Rolando Lemus  
No. 12134

**PADRINOS DE GRADUACIÓN**

**POR CLAUDIA FAVIOLA CHÁVEZ TREJO**

Raúl Roberto Chávez Amado  
Ingeniero Agrónomo  
Colegiado 340

Carlota Elizabeth Trejo Reyes  
Licenciada en Psicología  
Colegiado 9912

**POR GLENDY ROSALVA MONTUFAR CÁRDENAS**

Marco Antonio Montufar Cárdenas  
Médico Veterinario  
Colegiado 1,168



## DEDICATORIA

Hace varios años empecé un largo camino, el cual puedo decirles que no fue nada fácil pero si muy placentero. En ese caminar fui descubriendo una parte de mi ser que hoy en día ya no puedo ser la misma y también descubrí como las personas que me rodean son tan indispensables en búsqueda y realización de nuevas metas, permitiendo que estas sean más fáciles y amenas.

Cada uno de los peldaños que fui escalando solo lo pude hacer en compañía de Dios, que sin Él nada soy. La Buena Madre, mujer sencilla, humilde y servicial, quien puedo decir que posee tres virtudes, que al igualarlas producen en tu vida grandes cambios que traen gratificaciones y bendiciones en todos los ámbitos de tu vida.

Algunos días por el cansancio, la rutina y las dificultades deseaba detenerme y suspender la búsqueda de mis metas, pero siempre me acompañaron las sonrisas, el amor y la fortaleza de mi gran familia, quienes donaron sin egoísmo o reclamos horas de juego, convivencia, charlas y tranquilidad a cambio de carreras, silencios y separación para permitirme estar parada hoy aquí.

Durante mi caminar encontré también apoyo de varias amigas y amigos, con quienes una taza de café y un libro en la mano, era nuestra mejor compañía, algunas carreras en búsqueda del pupitre más cercano para escuchar aquellos maestros (licenciados y doctores) que nos enseñaron, no solo términos que están escritos en un libro, si no que a comprender la vida desde otro punto de vista, cambiándonos de vez en cuando los lentes, para poder tener más perspectivas que nos abren nuevos horizontes.

Aquellas amigas que aunque no sean de la misma academia o escuela, pero si del mismo corazón, estuvieron pendientes en la búsqueda de mis metas. Quienes en algún momento confiaron en mí y me pidieron asesoría, obligándome a comprometerme en buscar los mejores caminos para estar a la vanguardia para ayudarles. Sobre todo aquellos niños y niñas con quienes tuve contacto y dejaron una huella en mí. A mis tres tesoros, que son la luz e inspiración en los días oscuros y por quienes y para quienes cada meta que me trazo la realizo para ser mejor mamá y esposa.

Claudia Faviola Chávez Trejo

## DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen del Pilar por cuidarme en todo momento y por brindarme la sabiduría e inteligencia para lograr mis metas.

A mis padres por haberme enseñado buenos valores y haber sembrado en mí la humildad y valorar a las demás personas, guiándome por el camino del bien, demostrándome su amor y su apoyo incondicional en mis decisiones.

A mis hermanos a cada uno por nombre por escucharme siempre y brindarme todo el apoyo que necesito.

A mi abuelita por su amor y sus consejos.

A mis cuñadas y sobrinas por el amor y el apoyo que me han brindado.

A toda mi familia que ha sido parte de mi vida, porque en su momento me brindaron un consejo para mi crecimiento personal.

A mis amigos y amigas por compartir momentos felices y tristes de mi vida, en especial a Claudia por pasar momentos inolvidables durante el tiempo de estudios y en especial en el proceso de la investigación propuesta.

Glendy Rosalva Montufar Cárdenas.

## AGRADECIMIENTOS

### **Universidad de San Carlos de Guatemala**

Por proporcionar el espacio y la oportunidad a tantos guatemaltecos para concretar sus sueños académicos y necesidades de realización personal.

### **Catedráticos de la Carrera de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Por la semilla que siembran en cada uno de sus estudiantes, dentro y fuera de los salones de clase para formar nuevos profesionales con espíritu de ayuda y compromiso.

### **Doctor Rolando Lemus**

Por su empeño personal en que este estudio se realizara, no sólo como un compromiso, sino como el reflejo de lo que un Psicólogo debe ser en esta sociedad.

### **Lic. Pedro José de León**

Por habernos transmitido su conocimiento, más que como profesional de la investigación, como verdadero amigo.

### **Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

Por proporcionar la infraestructura, el material humano y el tiempo para la realización de este estudio, demostrando un gran interés por el porvenir de su población.

### **Licda. Carolina Coloma.**

Por haber sido el puente humano y profesional para la realización de este estudio. Personas como ella hacen que las mejoras de este país sean posibles.

## INDICE

Resumen	1
Prólogo	2
CAPITULO I	
I. Introducción	4
1.1 Planteamiento del problema y Marco Teórico	6
1.1.1 Planteamiento del problema	6
1.1.2 Marco Teórico	8
1.1.2.1 Hospital	8
1.1.2.2 Psicología Hospitalaria	23
1.1.2.3 La familia	24
1.1.2.4 Relaciones Objetales	31
1.1.2.5 Relación Médico-familia	32
1.1.2.6 Ansiedad	33
1.1.2.7 Las emociones	40
1.1.2.8 La frustración	42
1.1.2.9 Mecanismos de defensa	43
1.1.2.10 Motivación	48
1.1.2.11 Teoría del Apego	50
1.2 Delimitación, lugar y población	53
CAPITULO II	
II. Técnicas e Instrumentos	54
2.1 Técnicas	54
2.2 Instrumentos	55
CAPITULO III	
III. Presentación, análisis e interpretación de resultados	57

3.1 Características del Lugar y la población	61
3.1.1 Características del Lugar	61
3.1.2 Características de la Población	62
CAPITULO IV	
IV. Conclusiones y Recomendaciones	63
4.1 Conclusiones	63
4.2 Recomendaciones	64
Bibliografía	65
<b>Anexos</b>	

## RESUMEN

**TITULO:** “Ansiedad de los padres de familia al ingresar a sus hijos e hijas al área de intensivo de pediatría del IGGS de la zona 9”.

**AUTORAS:**

Claudia Faviola Chávez Trejo 200310178

Glendy Rosalva Montufar Cárdenas 200416701

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital General de Enfermedades de Pediatría zona 9, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), con los padres de familia que presentaban ansiedad en el momento de ingresar a sus hijos e hijas al área de intensivo, a quienes se les proporciono herramientas y técnicas acordes a sus necesidades.

Entre las necesidades observadas en la población se pueden enunciar algunas limitaciones como familias disfuncionales o uniparentales, familias numerosas, duelos no resueltos, jornadas laborales de más de 8 horas al día, los diferentes estilos de crianza y somatización por un pobre manejo de la ansiedad, que perjudica el desarrollo adecuado en los diferentes ámbitos como lo es el laboral, social, psicológico o educativo.

Al alterarse esas esferas en la persona la salud mental se deteriora, los padres tienden a somatizar la ansiedad mediante diversos signos o síntomas como lo es cefalea, apnea, onicofagia, hiperhidrosis o anorexia entre otras. Estas manifestaciones tienden a limitar la resolución de conflictos de forma consciente y poder actuar con certeza en la toma de decisiones sin que estas se vean dañadas por la manifestación de ansiedad que pueda presentarse en diferentes niveles, según la personalidad o la estructura familiar que se tenga.

Es por ello que se les brindaron a los padres de familia las herramientas necesarias para canalizar de forma óptima la ansiedad, mediante el uso de trífolios informativos, terapias de grupo y charlas informativas.

## PRÓLOGO

La investigación se llevó a cabo en el hospital general de enfermedades de pediatría, IGSS de la zona nueve en el área de intensivo, con los padres de los niños que ingresan a dicha área, quienes son referidos de otras unidades, tanto del área metropolitana como de los departamentos. Estos padres permanecen en una habitación fuera del servicio donde se encuentran sus hijos hospitalizados en condiciones graves por enfermedades respiratorias u otras patologías.

En algunos casos, se encontró a padres de familia con el deseo de aportar una mejoría a su salud mental, pero que lamentablemente no conocían las estrategias o las herramientas necesarias. Debido a ello, como profesionales en la rama de la salud, comprometidos con el desarrollo y crecimiento integral del país, se decidió realizar charlas informativas con ejercicios y conocimientos básicos que pueden llevarse a cabo en el inicio del día, al fortalecer el nivel de relajación y disminuir la ansiedad que la rutina del proceso hospitalario puede provocar en los padres de familia desencadenantes malestar o inestabilidad emocional.

Pero el interés como profesionales del campo en Salud Mental, fue también el fomentar un espacio para fortalecer vínculos, mejorar el ambiente de relación entre médico y paciente. Brindar a los padres de familia algunos criterios de atención primaria y secundaria en el área de salud mental, permitió así que los padres se interesen por detectar y aplicar las sugerencias dadas.

Se consideró que es necesario para la mejoría del paciente, sobre todo en apoyo de los niños y niñas hospitalizados, debe experimentarse un ambiente afectivo, de cordialidad y empatía que refleje el interés por las limitaciones y las necesidades de cada familia y el respeto por la diversidad de criterios, para que la convivencia no fuera solamente de forma automática, sino que se enriqueciera con la sana convivencia.

Esta investigación se sustenta en la teoría de la motivación que tiene tres factores, el factor motivacional complementario, el sustituto del impulso y el componente del impulso. El que se realizó en este trabajo de campo, es el sustituto del impulso, en el cual se coloca toda la carga explicativa de la motivación en el incentivo y elimina virtualmente el impulso, siendo en este caso el impulso ansioso que los padres de

familia tienen al enfrentarse a lo desconocido a terminología que no es propia de su contexto o su jerga verbal cuando escuchan de los médicos el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de sus hijos. Es por ello que se le orientó al padre de familia a tratar sus emociones de forma positiva, al reducir el impulso y mejorando el proceso de adaptación al proceso de hospitalización que conlleva el tener un hijo o hija enfermo.

En las charlas a los padres de familia, se obtienen resultados positivos y manejo correcto de los mecanismos de defensa para sobrepasar la ansiedad así como el proceso de duelo, muchos padres manifiestan en la terapia la culpabilidad que siente por la enfermedad que padecen sus hijos o hijas y el abordaje de la misma. Se agradece la participación activa a cada padre de familia y al hospital el proporcionar un espacio para hacer realidad este proyecto y no solo dejarlo en papel, sino que compartir sus experiencias para partir de ellas en pro de mejoras para el abordaje y atención a la población del hospital.



# CAPITULO I

## I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma y nos prepara para actuar ante ella, para establecer una respuesta a situaciones o acontecimientos que son importantes para la persona, es por eso que cada ser humano reacciona de forma diferente ante la misma situación.

Los padres de familia que internan a sus hijos en un hospital, tienden a sufrir un nivel de ansiedad, debido a que sufren un cambio en sus condiciones de vida, en su economía, en su trabajo, por los permisos e inclusive algunas madres deben de renunciar para dedicarse al cuidado de su hijo o hija convaleciente.

La enfermedad en el niño o la niña constituye un hecho innovador frente a la rutina de lo cotidiano, un acontecer que pone a prueba lo que hasta ese momento le era al niño familiar y entrañable, incluido su propio cuerpo, una crisis, en fin, que le hace sufrir, independientemente de que en el futuro pueda o no afectarle.

Generalmente los niños o niñas que provienen de familias de escasos recursos, o donde las madres tienen que trabajar y dejan a sus hijos al cuidado de otra persona o de los niños más grandes, tienden a enfermar con más facilidad, teniendo la necesidad de ser hospitalizados.

En el Hospital general de Enfermedades de Pediatría del IGSS de la zona nueve, refieren pacientes de otras unidades, tanto del área metropolitana como también departamental, por contar con todas las especialidades y equipo necesario para la recuperación del paciente que sea ingresado.

En el área de intensivo de dicho hospital se encuentran niños y niñas entre la vida y la muerte, tienen la necesidad de ser monitoreados continuamente para llevar un control de los signos vitales y poder así definir el estado crítico en el que se encuentran, los padres de estos niños se mantienen afuera del área del intensivo, tienen un espacio pequeño e incomodo para ellos aproximadamente de 3X4 mts, cuentan solamente con tres bancas de madera y 3 colchonetas en donde pueden descansar en lo que esperan la información que los médicos les brindan sobre el estado de su hijo o hija una vez al día.

Cuentan con el servicio de atención psicológica quien prioriza las áreas de oncología y los procesos de duelo que puedan presentarse en cualquier área, dejándoles un espacio reducido de atención de dos veces al mes.

La investigación se enfocó con los padres de familia que tienen ingresado a su hijo o hija en el intensivo de pediatría, brindándoles un cuestionario de preguntas cerradas para saber que conocían del tema de la ansiedad, se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton, al obtener los resultados, se les brindaron charlas sobre el tema, se les entregó un tríptico y se realizaron terapias grupales. La participación de los padres fue muy importante ya que sin ellos no se hubiera llevado a cabo la investigación. Estuvieron dispuestos a colaborar, ya que de alguna manera era para beneficio de ellos. También se tuvo la colaboración de dos madres de familia para que dieran su testimonio.

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

### 1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el hospital general de enfermedades de pediatría, IGSS de la zona nueve en el área de intensivo, se evidencian algunas limitaciones al ingresar a niños o niñas de diferentes edades por dificultades respiratorias u otras patologías, que muchas veces pueden ser referidos de otros hospitales del área metropolitana o de los diferentes departamentos por ausencia de aparatos o por no tener los recursos necesarios para los cuidados inmediatos; al mismo tiempo por solicitud de los padres de familia, en búsqueda de una solución a las manifestaciones de la enfermedad presentadas en el hogar. No se puede descartar también el aspecto económico, el cual obliga a los padres a utilizar el servicio por el derecho de ser afiliado a dicha institución. Algunas de estas familias son del área urbana de recursos socioeconómicos medio-bajo por lo que ambos progenitores deben trabajar o la madre se encarga no solo del hijo que ingresa al hospital, sino también de aquellos que se encuentran en el hogar. Siendo factores que podrían afectar el control adecuado del desarrollo de sus hijos e hijas como lo puede ser el chequeo mensual en la primera infancia, la atención primaria mediante el vacunarlos y evitar así que el niño o niña al ser ingresado deba permanecer por más de un día en el intensivo por la falta de salud o nutrición.

Los padres de familia manifiestan un desconocimiento en relación a los posibles factores que puedan ocasionar o sean los desencadenantes de la patología presentada así como sus características o causas. Se enfrentan a unas situaciones que les genera angustia, malestar o inestabilidad emocional, algunos padres de familia podrían desconocer el lenguaje del médico o el proceso de hospitalización que se lleva a cabo en la institución.

Cuando los niños se encuentran en encamamiento los médicos les dan la información sobre el estado de salud, los padres reciben poco o nada de apoyo psicológico por la masificación de pacientes que hay dentro del hospital, ya que el hospital cuenta solo con una psicóloga que atiende a los de ingreso y consulta externa, limitándole así el poder brindar un apoyo emocional a la mayoría de padres de familia, toma solo aquellos casos que la gravedad lo amerite; sin tomar en cuenta la ansiedad, angustia e inseguridad por el desapego o la poca e incomprendida información de los padres, alterando la rutina o

roles que viven afuera del hospital; que al no ser detectadas podrían traducirse en problemas de adaptación, socialización y conductas inadecuadas a las cuales no se les da la importancia debida. Más adelante las repercusiones se vuelven más evidentes, somatizándolas o promoviendo limitaciones y conflictos en el hogar y la falta de las herramientas adecuadas para canalizar la ansiedad de una manera sana.

A través de la observación y aplicación de instrumentos se consideró que es de suma importancia el poder dar un seguimiento y una orientación a los padres de familia, al identificar la ansiedad que presentan en el momento que ingresan al hospital. Las recomendaciones motivacionales y de relajación que pueden utilizar, a la vez se llevo a cabo charlas de apoyo, con una muestra de la población de treinta y ocho padres a quienes se les brindo una ayuda psicológica por un periodo determinado. La psicología por otra parte, nos enseña que las personas desarrollan diversos niveles de conducta, por lo que las funciones adaptativas de la conducta, tiene relación al factor de la motivación, un proceso autor regulativo que tiende a eliminar la tensión, desde lo puramente orgánico, hasta la interacción con el ambiente más sofisticado de la conducta cognitiva simbólica, en orden a la adaptación del individuo y la especie.

En las charlas a los padres de familia, se les ayudo a manejar correctamente los mecanismos de defensa para sobrepasar la ansiedad que manifiestan por el acontecimiento trágico de la familia, lamentablemente no todos los niños regresan a sus hogares ilesos, algunos mueren en el tiempo que son internados y los padres de familia presentan un duelo no resuelto, es por ello que se les brindo orientación psicológica con el fin de desarrollar estrategias en defensa del Yo, utilizando los mecanismos de defensa que cita la teoría psicoanalítica, con el propósito de evitar la aparición y/o desarrollo de la ansiedad, la cual daría lugar a una situación de conflicto.

## 1.1.2 MARCO TEÓRICO

### 1.1.2.1 HOSPITAL

Un hospital es el lugar donde se atienden a toda la población enferma para que le proporcionen el diagnóstico para aplicar el tratamiento adecuado a su enfermedad.

“El concepto de hospital tiene su origen en hospes (**huésped**), que después derivó en hospitālis. En la antigüedad, el concepto se asociaba al establecimiento donde se cumplían tareas de **caridad** y se asistía a pobres, ancianos, peregrinos y enfermos. Con el tiempo, la idea de hospital empezó a asociarse sólo al cuidado de aquellos con problemas de salud” (definición.de/hospital).

La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. El cuidado del enfermo se logra en forma progresiva, según su gravedad y complejidad de su enfermedad. En los hospitales hay diferentes áreas como: el área de emergencia, donde evalúan a los pacientes y los clasifican, un área de cuidados críticos (Intensivo), cuidados intermedios, y por ultimo cuidados mínimos y auto cuidados. Un paciente gravemente enfermo o en riesgo de perder la vida, es ingresado a intensivo para estabilizarlo y ser trasladado a Cuidados Intermedios conforme evoluciona satisfactoriamente puede ser trasladado a encamamiento para posteriormente darle de alta.

Los hospitales de mayor capacidad cuentan con diferentes especialistas como son: otorrinos, oftalmólogos, cardiólogos, odontólogos, neumólogos, urólogos, neurólogos, internistas, etc., perteneciendo a los hospitales que atienden enfermedades comunes y dentro de los hospitales de materno-infantil, están, los ginecólogos, cirujanos, pediatras.

Los hospitales cuentan con un sistema administrativo, entre ellas se encuentran áreas como admisión, otorgamientos de turnos para consultorios externos, departamento de recursos humanos, auditoria, farmacia, oficina administrativa, que se encarga de trabajar con el público en algún proceso o trámite con documentación, área contable, se encarga de la facturación de las prestaciones dadas a las entidades de cobertura correspondiente.

## **A. HOSPITALES EN GUATEMALA**

En Guatemala hay hospitales públicos, privados, semiprivados y autónomos como lo es el Instituto guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.)

Los hospitales nacionales más grandes de Guatemala son: el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt, contando con diversas especialidades y equipo completo, para proporcionar una adecuada atención a las personas que lo visitan.

Entre los hospitales más grandes de las entidades privadas están: el hospital Herrera Llerandi Amedesgua y el Centro médico, donde asiste las personas de un nivel económico alto, cuenta también con diversos servicios y especialidades para la buena atención de las personas que lo visitan o aquellas personas que cuentan con un seguro de gastos médicos y pueden asistir al hospital, pagan solo la prima de su seguro, la mayoría de población guatemalteca asiste a hospitales nacionales ya que cuenta con el salario mínimo o menor, una familia con un número de integrantes amplio, nivel bajo de educación preventiva o desconocimiento sobre la crianza y educación de los hijos. Otra parte de la población cuenta con el seguro social que mes a mes es descontado del salario de los afiliados, logra así el poder asistir a un hospital autónomo que ayuda solamente al trabajador afiliado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.).

Están los otros hospitales semiprivados que ayudan a la población pagando lo mínimo por sus servicios, como lo son: el hospital de oncología pediátrica, hospital de Unicar, hospital de cancerología, hospital Rodolfo robles, cada uno con su especialidad y su calidad de servicio. Todos los hospitales cuentan con diferentes servicios y áreas según la gravedad del paciente.

## **B. INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. SERVICIOS MÉDICOS**

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en general brinda dos tipos de prestaciones a saber:

- 1) Prestaciones en Servicio y
- 2) Prestaciones en Dinero.

Dentro de las Prestaciones en Servicio, están los servicios médicos que se brindan en los Programas de Enfermedad, Maternidad y Accidentes, programas que en conjunto son conocidos como EMA.

La Asistencia Médica que el Instituto otorga a sus afiliados, pensionados, jubilados del estado y beneficiarios con derecho, se define como: “el conjunto de exámenes, investigaciones, tratamientos, prescripciones intervenciones médico quirúrgicas y otras actividades que correspondan a los programas de prestaciones del Instituto, los cuales deben poner a la disposición del individuo y en consecuencia de la colectividad, los recursos de las ciencias médicas y otras ciencias afines que sean necesarios para promover, conservar, mejorar o restaurar el estado de salud, prevenir específicamente las enfermedades, mantener y restablecer la capacidad de trabajo de la población. (Art. 1 Acuerdo 466 de JD).

Las prestaciones en servicio de los Programas de Enfermedad, Maternidad y Accidentes se proporcionan actualmente en consultorios, hospitales y otras unidades médicas propias del Instituto, por medio de su cuerpo médico y del respectivo personal técnico y auxiliar. Además, el Instituto, con base a normativa vigente, ha celebrado contratos con entes externos prestadores de servicios médicos especializados, con el propósito de brindar otros servicios a sus derechohabientes, con los cuales el Instituto no cuenta en sus Unidades, Médico Hospitalarias. Dentro de ello cabe mencionar convenios con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, UNICAR y Centro Médico Militar, así también se ha celebrado contratos con médicos particulares para brindar servicios médicos, tanto a nivel general como especializado.

La asistencia médica que otorga el Instituto, tiene el propósito de promover, mejorar o restaurar la salud y restablecer la capacidad para el trabajo. Para alcanzar tales objetivos, el Instituto provee servicios de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación (Artículos 16-17, Acuerdo 466 de J.D.).

Los servicios de medicina preventiva en materia de riesgos ocupacionales y accidentes comunes, se orientan preferentemente hacia el desarrollo de las labores de prevención y protección contra el acaecimiento de dichos riesgos y en general, a propugnar por la

implantación y mantenimiento de las mejores condiciones de higiene y seguridad dentro y fuera del trabajo (3er. Párrafo del Artículo 21, Acuerdo 466 de J.D.)

Las prestaciones en servicio a los trabajadores afiliados y sus beneficiarios, en los programas de Enfermedad, Maternidad y Accidentes, dependiendo de las circunstancias, pueden ser brindadas como una Asistencia Médica de Consulta Externa, Asistencia en Servicios de Emergencia, Asistencia Médica Hospitalaria y actualmente también, con la modalidad de la Asistencia Médica a través de Visita Domiciliar y la creación del programa Médicos de Cabecera a nivel de jubilados del estado y pensionados del Instituto, así como sus beneficiarios con derecho.

La asistencia médica hospitalaria se otorga, cuando a juicio del médico tratante del Instituto, sea necesaria la internación u hospitalización del paciente y que el caso no se pueda manejar ambulatoriamente. Así también, la asistencia médica en los Servicios de Emergencia se otorgará en casos de enfermedades y accidentes con manifestaciones alarmantes o violentas que requieran tratamiento médico quirúrgico inmediato, así como en los casos de agravamiento súbito de enfermos en tratamiento.

Por el riesgo de maternidad, el Instituto brinda a sus afiliadas o beneficiarias con derecho, los servicios de Asistencia Médica durante las fases: Prenatal, Natal y Postnatal.

La Fase Prenatal incluye los exámenes o controles médicos periódicos durante el embarazo, así como el tratamiento de enfermedades y complicaciones del embarazo, tratamiento del aborto, educación higiénica y orientación para el bienestar de la familia, así como complemento nutricional a juicio del médico. Esta fase prenatal se presta desde el momento en que se informa sobre el estado del embarazo al Instituto. La Fase Natal incluye la asistencia obstétrica del parto, exámenes ordinarios y extraordinarios correspondientes del caso y las complicaciones que se presenten en ese período. La Fase Post Natal se extiende hasta un máximo de 45 días después del parto. Esta asistencia está orientada a controles médicos post parto y la asistencia médica necesaria.



El régimen de Seguridad Social, dentro de sus beneficios también da protección y prestaciones en servicio o asistencia médica, a los derechohabientes que han calificado derechos por los casos de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS).

En la actualidad, el Instituto tiene una cobertura en sus tres programas (EMA) en 19 Departamentos de los 22 con que cuenta Guatemala. Los Departamentos que falta implementar con los programas de Maternidad y Enfermedad son: 1) El Petén, 2) Santa Rosa y 3) Guastatoya, El Progreso. Cabe mencionar, que ya se han iniciado estudios para la ampliación de cobertura de los programas de Maternidad y Enfermedad en los 03 Departamentos mencionados.

Respecto al programa de Accidentes, este comprende la asistencia a sus afiliados y beneficiarios con derecho, dando atención médica por consulta externa u hospitales de la Institución. Así también, cuando se habla de la asistencia médica en Rehabilitación, ello se entiende como el proceso que tiende a capacitar de nuevo a un trabajador, física y psíquicamente para la vida activa y por lo tanto comprende: a) la readecuación de órganos lesionados como una de las fases del tratamiento, b) sustitución o complemento de órganos mutilados por medio de aparatos protésicos y ortopédicos, siempre que sea posible y necesario (según acreditación de derechos) y c) Readaptación profesional, como el conjunto de esfuerzos tendientes a convertir de nuevo al trabajador en una persona económicamente activa y procurar conseguirle una ocupación compatible con sus aptitudes.

El Instituto cuenta con diversas Unidades Médicas, distribuidas, tanto a nivel metropolitano como departamental. Actualmente se cuenta con Unidades Integrales de Adscripción, Acreditación de Derechos y Despacho de Medicamentos, así también hay Consultorios, Hospitales y Unidades Periféricas (Zona 5 y Zona 11), algunos de mayor o menor envergadura que otros dependiendo de la demanda y capacidad instalada de servicios. La mayor demanda de servicios médicos está centrada en la Ciudad Capital de Guatemala, en particular los servicios especializados. Dentro del área metropolitana se encuentran diversos centros médicos especializados los que sirven de referencia para otras Unidades, tales como la Policlínica, la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades, Hospital General de Enfermedades, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo, Hospital de Gineco- Obstetricia y Hospital General de Accidentes.

- **POLICLINICA**

Es una Unidad que presta servicios, tanto de tipo general como de tipo especializado. Cuenta con clínicas médicas de las siguientes especialidades: Neurología, Dermatología, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Gastroenterología, Cardiología, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ginecología, Odontología y Endocrinología entre otras. Además, otorga servicio de atención en enfermedad común a su población de adscripción por zona de residencia. La Policlínica es un centro de referencia de especialidades médicas para otras Unidades que no cuentan con ese servicio especializado, por lo que refieren pacientes en consulta o en traslado para continuación de su tratamiento.

- **UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA DE ENFERMEDADES**

Unidad de reciente creación, presta servicios médicos de tipo netamente de consulta externa para adultos. Cuenta con clínicas médicas especializadas en Dermatología, Otorrinolaringología, Audiología, Cirugía General, Cirugía de Abdomen, Cirugía de Tórax, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Nefrología, Urología, Cirugía de Colon y Recto, Cirugía Vascul, Reumatología, Gastroenterología, Cirugía Oncológica, Endocrinología, Oncología, Hemato-Oncología, Nutrición, Neumología, Clínica de Cuidados paliativos, Coloproctología, Infectología (para pacientes HIV-SIDA) y Psicología entre otras. Cabe resaltar, que el tratamiento de pacientes con problema de insuficiencia renal crónica de tipo ambulatorio, también son atendidos en esta Unidad.

- **HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES**

Es el hospital de mayor envergadura con el que cuenta el IGSS para brindar servicios médicos, también es el de mayor resolución a nivel institucional y el de mayor aceptación de referencias realizadas por otras unidades para la resolución y atención de casos médicos. Su mayor servicio lo presta a nivel de tratamiento de casos que requieren hospitalización médica, así también cuenta con Servicio de Atención de Emergencias Médicas (pediátrica y adultos), servicio el cual está abierto las 24 horas del día los 365 días del año. Las especialidades médicas que se mencionaron en la Unidad

de Consulta Externa de Enfermedades, son las mismas que se brindan a nivel del Hospital General de Enfermedades, donde todos los médicos de esas especialidades atienden a los derechohabientes que se encuentran hospitalizados o que acuden al servicio de emergencia, agregando la especialidad de Medicina Interna. Además, este hospital cuenta con una Unidad de Trasplante Renal con donador vivo y donador cadavérico, también hay servicio de Patología, en donde se realizan los estudios anatomopatológicos.

Este hospital, aparte de los servicios médicos especializados mencionados, cuenta con banco de sangre y laboratorio clínico de alta eficiencia y calidad. Así también posee varias ambulancias, Servicio de Farmacia y área destinada a la realización de estudios de Rayos "X", ultrasonidos y fluoroscopias, etc.

El Hospital General de Enfermedades cuenta con dos grandes divisiones, una es el área de adultos y la otra es el área pediátrica. En esta última se atienden a pacientes pediátricos que ameritan atención por consulta externa, emergencia y hospitalización.

Dentro de los servicios médicos asistenciales que se prestan a nivel pediátrico se cuenta: Atención en enfermedad común, control del niño sano, Servicio de Emergencia, gastroenterología, neumología, cirugía general y especializada, neurología, hematología, oncología, infectología, neurocirugía, entre otros. El servicio de emergencia pediátrica se encuentra abierto las 24 horas del día.

El área de hospitalización pediátrica cuenta con servicios de cuidados intermedios y cuidados intensivos, así también cuenta con área de infectología y servicios de encamamiento para diversos problemas de enfermedad común.

- **HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES**

Está situado a nivel metropolitano y como su nombre lo indica, se dedica a atender de forma especializada a pacientes por el riesgo de Accidentes, aunque, ya hospitalizado el paciente y en tratamiento en ese hospital, por enfermedades recurrentes, si el caso lo amerita, ellos pueden ser tratados médicamente por médicos especializados en Medicina Interna, Cardiólogos, Neurólogos, Infectólogos, Nutriólogos, brindándoles también

atención médica, aparte de lo relacionado a la Traumatología y Ortopedia y cirugía General y Especializada. El Hospital General de Accidentes, además de Consulta Externa, cuenta con servicio de atención de emergencias por accidentes, a donde pueden acudir todos los afiliados y beneficiarios, para que su estado emergente pueda ser atendido y de ameritar hospitalización quedará internado, en caso contrario, se atiende la emergencia y posteriormente es referido a la unidad médica de adscripción para continuar su tratamiento.

Este centro es el hospital de referencia a nivel nacional por el riesgo de Accidentes, aunque hay otros hospitales a nivel departamental que atienden pacientes por ese riesgo, así también a pacientes referidos de sus zonas de influencia, tal como el Hospital de Accidentes de Quetzaltenango, Hospital Departamental de Puerto Barrios, Hospitales de Accidentes de Huehuetenango y de Coatepeque, así como el Hospital de Cobán Alta Verapaz.

Existen los servicios para Pacientes Quemados, de Cirugía de Mano, Cadera y de Columna, Cirugía Máxilo Facial, Neurocirugía, Servicio de Intensivo y Emergencia (se incluye servicio de observación y clínica de choque), Laboratorios y Banco de Sangre, Servicios de Rayos "X" y Ultrasonido, de Rehabilitación y Nutrición, Cirugía General y otras, contando además con varias Salas de Operaciones para la resolución quirúrgica de emergencia o cirugía planificada.

En el área Departamental existen otras unidades médicas institucionales en donde también se atiende a pacientes por el riesgo de Accidentes, lo que se lleva a cabo en consultorios y hospitales. En el área metropolitana, además del Hospital General de Accidentes, este servicio también se presta por consulta externa en Consultorios y en Unidades Periféricas.

- **HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA**

Es un hospital especializado en la atención de la mujer, tanto embarazada como no embarazada pero con relación a todo lo ginecológico y obstétrico. Es un hospital de referencia para todo el país. Cuenta con servicio de consulta externa para el control del embarazo normal, así como el de bajo, mediano y alto riesgo, contando con clínicas

especializadas. Además, están los servicios de atención del parto normal, hospitalización, salas de operaciones para resolución de embarazos por cesárea segmentaria transperitoneal y las áreas de encamamiento u hospitalización.

Hay servicio de consulta externa para problemas específicos de tipo ginecológico, el cual está separado de la consulta externa de obstetricia (maternidad). Este hospital, dentro de sus instalaciones cuenta con atención de neonatología, el cual es atendido por médicos neonatólogos especializados en la materia, el cual otorga servicios médicos a recién nacidos, quienes al momento de nacer, presentan problemas urgentes que ameritan su hospitalización y tratamiento. Cabe decir, que se cuenta con el servicio y el equipo técnico especializado correspondiente, siendo la atención en un alto porcentaje de neonatos prematuros y enfermedades relacionadas con los mismos, presta servicio relacionado al control de la natalidad, planificación familiar y uso de medios anticonceptivos y problemas relacionados a la infertilidad.

Cuenta además con laboratorio clínico y sección de Rayos "X" y ultrasonido, así como área para realizar pruebas de bienestar fetal. Actualmente este hospital está siendo motivo de mejoramiento en sus instalaciones físicas, lo que redundará en mejora de servicios para todos los derechohabientes. Próximamente se estará inaugurando el nuevo laboratorio clínico.

#### • HOSPITAL DE REHABILITACIÓN

En este hospital se tiende pacientes pertenecientes, tanto al área metropolitana como de toda el área departamental. Cuenta con diversos servicios, dentro de los cuales destaca la Consulta Externa y los servicios de hospitalización. Estos últimos son: servicio de Lesiones Diversas, Lesiones Craneoencefálicas, el de Lesiones Medulares y el de Amputados, así como el servicio de Lesiones de Nervio Periférico.

La Consulta Externa funciona con Especialistas en el campo de la Rehabilitación y en las especialidades de: Medicina Física, Neurología, Dermatología, Psicología, Psiquiatría, Medicina Interna, Nutrición, Odontología y Electromiografía.

En el Hospital de Rehabilitación, a los derechohabientes, ya sea por enfermedad o accidente y que así lo ameriten, se les puede brindar y de acuerdo al caso, una diversidad de terapias rehabilitativas y dentro de ellas se puede mencionar: Terapia Ocupacional, Terapia del Lenguaje, Terapia de Readaptación Laboral, Terapia Física. En esta última se incluye el Ultrasonido, Hidroterapia y Electroterapia. Además, hay áreas de terapia llamadas de: ambulación, deportiva y gimnasio, las cuales sirven como programa terapéutico dentro de la fisioterapia. Se cuenta además con áreas destinadas a masaje y empaques de calor local, todo ello como parte del tratamiento.

A la fecha, este hospital está siendo remodelado, creándose también nueva infraestructura y ampliación. Producto de ello se estará brindando más y mejores servicios, dentro de los cuales cabe resaltar una piscina nueva climatizada con estándares de calidad, así también contará con baños sauna y jacuzzi. Dentro de las nuevas instalaciones físicas se incluirá una nueva edificación para la rehabilitación del paciente pediátrico, servicio el cual actualmente se otorga en el Hospital General de Enfermedades.

En el Hospital de Rehabilitación se encuentra localizado el servicio u área de Prótesis y Ortesis, así como el de Zapatería y Corsetería.

- **HOSPITAL GENERAL DR. JUAN JOSÉ ARÉVALO BERMEJO**

Este hospital se encuentra localizado en la entrada nororiental de la Ciudad de Guatemala, por lo tanto, sirve de centro de referencia de otras Unidades Médicas Departamentales del Instituto relacionadas con esa área.

El Hospital cuenta con servicios de Emergencia, tanto para Maternidad como de Enfermedad Común de adultos y niños (medicina y cirugía). También posee servicios de consulta externa para diversas especialidades médicas, así como de medicina interna, maternidad, pediatría y cirugía; servicios de hospitalización pediátrica y de adultos, divididos según sea el caso. Contando además con servicio médico de Cuidados Intensivos, de adultos, de niños y/o neonatología. Cuenta con un alto poder de resolución médico quirúrgico.

- **CENTRO DE ATENCION MÉDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS –CAMIP**

Este centro es la Unidad Médica que presta atención y servicios médicos a pacientes Pensionados por el Instituto y Jubilados del Estado, así como a los beneficiarios que adquirieron este derecho. Presta servicios a través de varias especialidades médicas, tales como: Medicina General, Reumatología, Ginecología, Odontología, Medicina Interna, Neurología, Fisiatría, Urología, Dermatología, Medicina Interna, Traumatología y Cardiología.

Cuenta además con un Centro de Día para beneficio de los derechohabientes, se incluye una piscina. El CAMIP, recientemente fue motivo de remozamiento, ampliación y remodelación en su infraestructura, obteniendo con ello franca mejora, no sólo en lo arquitectónico sino en la prestación de servicios. Como un beneficio más a otorgar y ampliando el Instituto su cobertura, en el CAMIP se crearon los programas de Médicos de Cabecera y Médicos en Visita Domiciliar, con lo cual se acercaron los servicios a los derechohabientes, evitando con ello el tener que acudir directamente al CAMIP, ya que, con los Médicos de Cabecera, los pacientes acuden a la clínica particular de un médico contratado cercano a su lugar de residencia y en el caso de la visita domiciliar, es el médico contratado por el Instituto quien acude a la casa del paciente. En ambos casos, posterior a la consulta médica, el Instituto les hace entrega en la puerta de su casa, de los medicamentos que le fueron prescritos.

- **CAMIP 2 BARRANQUILLA**

Recientemente, el Instituto para mejorar los servicios, creo el CAMIP 2 BARRANQUIA, localizado en la 11 avenida "A" 33-58 Zona 5 de la Ciudad Capital, acercando con ello los servicios a la población jubilada y pensionada. Este nuevo centro atenderá a personas residentes en las zona 1, 5, 15, 16, 17 y 18, ofreciendo los servicios de Medicina General, Reumatología, Ginecología, Cardiología, Traumatología, Neurología, Medicina Interna, Fisiatría, Odontología, Psicología, Urología y Dermatología. También habrán servicios complementarios tales como: Trabajo Social, Farmacia, Enfermería, Admisión, Servicios Contratados, Comunicación Social y Relaciones Públicas entre otros.

Existen además en la ciudad capital, Unidades Periféricas como las de la Zona 5 y 11, en donde se brinda atención en Consulta Médica Externa de adultos, de Pediatría en los programas de enfermedad común y accidentes. Es importante resaltar, la atención primaria que se otorga a los beneficiarios de afiliados menores de 05 años en lo que respecta a control del niño sano, peso y talla, así como el control de vacunación. A nivel Departamental, según áreas o regiones y derivado de la ampliación de cobertura que se dio en su oportunidad, se han instaurado las Direcciones Departamentales, las cuales tienen bajo su responsabilidad el manejo de las actividades técnicas, administrativas, financieras y médicas propias de sus dependencias, para otorgar a los afiliados y derechohabientes servicios oportunos, eficientes, eficaces y de calidad.

### **C. HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA**

Se puede definir a la hospitalización como: "Ingreso de un paciente al hospital con la finalidad de someterlo a pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas. Independientemente de la edad o grado de afectación del paciente, la hospitalización supone para el mismo una crisis vital muy importante y el trauma emocional que sufre provoca en el distintas reacciones del comportamiento, que el personal sanitario debe de reconocer y saber manejar para facilitar su recuperación." (Diccionario de Medicina, Mosby. Pág. 701)

Si nos centramos específicamente en la hospitalización pediátrica, la experiencia nos demuestra que cuando un niño o una niña ingresa en el hospital no se presentan solos tampoco lo hace el adulto, se presentan acompañados de otras personas, que generalmente son parte de su familia: padres, hermanos, abuelos, tíos e incluso primos u otros niños.

Junto al niño, siempre hay una familia o grupo de relación. Al atender por lo tanto a un niño enfermo es imprescindible incluir a su familia en el proceso, puesto que ésta influye en gran medida en la evolución u obstaculización de la enfermedad.

El diagnóstico de una enfermedad infantil representa una crisis prolongada para toda la familia y requiere por parte de ésta una total readaptación ante diversos factores. La enfermedad tiene un importante impacto psicológico sobre los padres y hermanos del



paciente pediátrico, y puede interferir sobre su adaptación socio-emocional y su salud, tanto física como psíquica.

Desde esta perspectiva, una enfermedad en cualquier miembro de la familia tendrá repercusiones sobre cada uno de los demás miembros, originando así un cambio en todo el sistema familiar experimentan diferentes matices en un sentimiento de pérdida: de la salud, de la tranquilidad, de la sensación y percepción de control, de la capacidad de protección de los hijos, de la atención que recibían de otros miembros de la familia, de ciertos proyectos, de las relaciones sociales y de las actividades escolares, profesionales y recreativas.

Con el diagnóstico de una enfermedad y el posterior ingreso en el hospital, la dinámica cotidiana de la familia se ve alterada bruscamente, los roles familiares se ven interrumpidos y es necesario un reajuste de los mismos para que el equilibrio se produzca.

Las reacciones en el momento en que se conoce el diagnóstico se manifiestan por lo general a través de sentimientos muy intensos de incredulidad, rabia, temor, culpa y dolor. En la mayoría de los casos, estos sentimientos se acompañan de una tendencia muy marcada al aislamiento de la familia sobre sí misma, cerrándose a todo apoyo que venga del exterior, algunos padres de familia utilizan algunos mecanismos de defensa para aliviar el dolor y así manejar el nivel de ansiedad que puede producirse, lamentablemente los mecanismos de defensa a utilizar no siempre son los más óptimos, generando en los padres de familia cierto nivel de patología que pueden agrandar la culpa o no permiten una solución sana e inmediata, reduciendo la mejoría del paciente o el bienestar familiar.

- **ÁREA INTENSIVA**

El área intensiva es una instalación especial dentro del área hospitalaria, que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos, son aquellos que presentan alguna enfermedad grave, pone en riesgo la vida, al necesitar de sedación, respirando por medio de un aparato (ventilador mecánico) y por lo tanto requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos. Muchos hospitales han habilitado áreas de

cuidados intensivos para algunas especialidades médicas, dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión y monitorización intensiva.

Los pacientes que requieren cuidados intensivos, por lo general también necesitan soporte para la inestabilidad hemodinámica (hipotensión o hipertensión), para las vías aéreas o el compromiso respiratorio o el fracaso renal, y a menudo los tres. Los pacientes admitidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI), también llamadas unidades de vigilancia intensiva (UVI), que no requieren soporte para lo antedicho, generalmente son admitidos para la supervisión intensiva/invasora, habitualmente después de cirugía mayor.

Los especialistas en cuidados médicos intensivos se llaman intensivistas. Existen dos modelos fundamentales de acceso a la especialidad. En algunos países, esta especialidad es asumida por anestesiólogos, cardiólogos, neumólogos, internistas o cirujanos, generalmente tras un periodo complementario de formación en los conocimientos y habilidades propios de la Medicina Intensiva. En otros países como España existe la especialidad de Medicina Intensiva como tal, con una formación específica horizontal que cubre los distintos aspectos del paciente crítico.

Los cuidados intensivos generalmente sólo se ofrecen a los pacientes cuya condición sea potencialmente reversible y que tengan posibilidad de sobrevivir con la ayuda de los cuidados intensivos. Puesto que los enfermos críticos están cerca de la muerte, el resultado de ésta intervención es difícil de predecir. En consecuencia, mueren todavía muchos pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Un requisito previo a la admisión en una unidad de cuidados intensivos es que la condición subyacente pueda ser superada. Por lo tanto, el tratamiento intensivo sólo se utiliza para ganar tiempo con el fin de que la aflicción aguda pueda ser resuelta.

Algunos estudios médicos sugieren una relación entre el volumen de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la calidad del cuidado al enfermo crítico ventilado mecánicamente. Después de ajustar los factores: gravedad de la enfermedad, variables demográficas, y características de las UCI (incluyendo personal intensivista), un

volumen de la UCI más grande fue perceptiblemente asociado a índices más bajos de mortalidad en la UCI y en el hospital.

- **ÁREA INTERMEDIA**

Esta área está diseñada para pacientes que han salido del estado crítico, pero es necesario continuar con monitoreo constante y vigilancia médica, para que no vuelvan a recaer, ya que la mayoría de los casos continúan con oxígeno, para lograr una buena oxigenación cerebral, al mejorar y lograr los mejores resultados médicos son trasladados a encamamientos, para continuar con el tratamiento.

La rotación por cuidado intermedio es actualmente una necesidad para la formación integral de los médicos como Internistas, cada vez más vinculados al manejo de pacientes críticos, con enfermedades agudas y crónicas agudizadas o complicadas y que requieren monitoreo y seguimiento estricto con evolución dinámica y tratamiento oportuno que modifiquen la respuesta clínica y mejoren la calidad de vida del paciente. Al terminar la rotación el residente que se entrena en la Unidad de cuidado intermedio, debe estar en capacidad de:

- ✓ Hacer un manejo integral del paciente con patologías Médicas críticas.
- ✓ Adquirir capacitación y habilidades para realizar intervenciones y procedimientos en el paciente con patología médica crítica que modifiquen rápidamente su evolución pretendiendo su mejoría.

Para lograr los objetivos generales descritos, el residente deberá realizar los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Estar en capacidad de hacer una evaluación integral del Paciente para definir prioridades en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- ✓ Estar en capacidad de coordinar con las especialidades ínter consultadas el manejo unificado del paciente.
- ✓ Estar en capacidad de definir cuáles son los criterios de ingreso y egreso de pacientes a una unidad de cuidado intermedio.
- ✓ Comprender los aspectos éticos del manejo de pacientes en estado crítico y de la relación con sus familiares o acudientes.

- ✓ Estar en capacidad de reconocer los beneficios y limitaciones del monitoreo invasivo y no invasivo de los pacientes con patología médica crítica.

- **ÁREA DE ENCAMAMIENTO**

En esta área ingresan los pacientes que necesitan tratamiento por vía intravenosa y no pueden realizar en casa. También se encuentran los pacientes que han salido del estado crítico y necesitan continuar con el tratamiento, el control de signos vitales es cada 3 o 6 horas, ya no necesitan tanta vigilancia médica. Hay casos donde estos pacientes empeoran y son trasladados a los servicios críticos para que tengan un mejor monitoreo. Al terminar tratamiento y los resultados de los exámenes son satisfactorios, les dan egreso, llevando el tratamiento por vía oral.

#### **1.1.2.2 PSICOLOGÍA HOSPITALARIA**

“Para evitar las crisis psicológicas en el niño hospitalizado, que luego se repercutirían en su organismo, este debe estar en un ambiente lo más relajado y familiar posible”. (Diccionario Mosby, pág. 700).

Las reacciones de los padres de familia ante la hospitalización o fallecimiento de un hijo, tienden a ser de choque y negación, que pueden durar de unos segundos a meses, los padres se aferran obstinadamente a una esperanza, intentan negar el suceso y no aceptar que es lo que está sucediendo, a esta etapa le sigue la ira o sentimientos de culpa, lo que provoca un gran daño a la familia, debido a que empiezan a culparse unos a otros, los progenitores descuidan a los hijos que no se encuentran en el hospital y pierden la comunicación, buscando mediante la cólera o ira que desplazan a diferentes miembros como puede ser algún miembro de la familia, como es del padre a la madre por una ausencia de cuidados, de la madre al padre o a otro hijo, quién no le permitió darle el tiempo necesario e inclusive al médico por no darle un tratamiento adecuado o no atenderlo de forma inmediata; al bajar el nivel de ira, el padre poco a poco logra resignarse, es cuando viene entonces el periodo de dolor y duelo que son hasta cierto punto normales por la pérdida o la separación, en donde a veces los padres pasan entonces una especie de identificación con el ser querido o una idealización excesiva. La última etapa que es la que debería darse en el momento de una fase sana es la de

la aceptación, en la cual el padre logra sanar y hablar sobre el dolor que tuvo al pasar por esto.

“También los miembros del personal hospitalario sufren ansiedad cuando un niño agoniza o al ver sufrir a un progenitor a veces tienden a superar la ansiedad con el retraimiento y una conspiración de silencio. Tal actitud les impide proporcionar al pequeño y a su familia el mejor cuidado posible y realizar ciertas tareas”. (Lewis. 1984, pág. 316)

Otras reacciones que suelen ocurrir son: Desplazamiento de actitudes hacia uno o varios de los hijos supervivientes, Intento de suplir la pérdida por medio de otro embarazo, retraimiento temporal. A menudo se dan pensamientos inaceptables, en la que el progenitor desea la muerte del niño, para aliviar a la familia de la carga emocional y financiera y del sufrimiento psíquico. Tales ideas pueden causarles horror y la activación de mecanismos de defensa.

### **1.1.2.3 LA FAMILIA**

La familia es una estructura social integrada por padre, madre e hijo, que se configura por el interjuego de roles, cada miembro familiar tiene derechos y obligaciones, compartiendo sus propias costumbres. También es llamada la base fundamental de la sociedad, ya que se puede considerar como la unidad primordial en la que el ser humano se desarrolla en primera instancia a nivel social, emocional y afectivo. Es por eso que se hace mención que las familias son las que pueden promover las sanas o anormales relaciones en las diferentes esferas, que posteriormente se desenvuelven en una comunidad. Ambos padres son los responsables de brindar los cuidados necesarios a sus hijos o hijas, al proporcionar amor, seguridad, una adecuada alimentación, vestuario, educación y valores, más bien cubriendo las necesidades básicas. La función esencial de los pares e la de impartir las nociones relativa a la defensa de la vida, es decir enseñar la evolución desde el nacimiento hasta la adultez.

En muchos casos, por la económica familiar, ambos padres tienen la necesidad de trabajar para cubrir los gastos familiares como la alimentación, vestuario, vivienda, educación y salud, dejando a los niños al cuidado de otros familiares o de una persona ajena a la familia, o ya sea que el niño más grande se haga responsable de los más

pequeños, por lo que no se les brinda un cuidado adecuado y/o por el clima variado, estos niños tienden a enfermar o presentar un accidente y deben ser hospitalizados, lo que provoca en los padres ansiedad por la incertidumbre del estado de salud de su hijo o hija.

Aparte de la ansiedad o la tristeza de que un miembro de la familia se encuentre hospitalizado, tienden a preocuparse también del resto de la familia y en las responsabilidades que tienen en su trabajo. De esa forma se altera la salud mental desestabilizando el estado emocional, de todos los integrantes de la familia.

Los niños que se encuentran hospitalizados, sufren cambios que alteran su rutina impidiéndoles poder realizar lo que cotidianamente hacían en su hogar. La familia es considerada como el soporte emocional y punto de referencia más importante para el niño. En este sentido, conocer las investigaciones que informan sobre lo que sucede en el núcleo familiar, cuando ha de enfrentarse a la experiencia de la hospitalización de uno de sus miembros puede ayudar a comprender sus necesidades.

#### **A. TIPOS DE FAMILIA**

Las familias son sistemas sociales que siguen relaciones propias. Esto quiere decir que cada familia tiene un modo muy particular de funcionar y de ser, para lo cual ha desarrollado un código especial. Las reglas de cada familia nos dan la pauta para saber si una familia es funcional o disfuncional. Si los miembros son individualmente sanos y sus reacciones son buenas, la familia será funcional. En este tipo de familia crecen individuos responsables con actitudes positivas, buena autoestima, autodisciplina y juicio crítico. Una familia disfuncional es aquella que no es capaz de proporcionar a todos sus miembros los nutrientes básicos de orden material, psicológico y espiritual, necesarios para su sano desarrollo. Toda familia es disfuncional en alguna medida pero hay algunas que lo hacen en mayor grado.

Lo funcional no implica ni perfección de personas ni total ausencia de problemas, sino capacidad de los miembros del grupo familiar para darse apoyo básico principiando por lo afectivo, así como para evitar hacerse daño a sí mismos y a los demás, ya sea que el peligro venga de afuera o de adentro de la familia.

Cuando los problemas se presentan, los miembros de una familia funcional sabrán abordarlos de acuerdo con su edad, con la debida inteligencia y eficacia, para resolverlos ya sea en su totalidad o en la medida que las circunstancias lo permita. Si determinado problema no tiene remedio, sabrán también aceptarlo y manejarlo de manera que el suceso haga el menor daño posible, en el proceso del abordaje, los miembros afectados directamente recibirán de los demás un apoyo positivo.

La ocurrencia del error en la familia no es crítica a menos que ello se dé en forma constante e intensa o que ponga en serio peligro a alguien. En una familia sana, el error es fuerte y oportunidad de aprendizaje.

Partiendo de los diferentes tipos de familia que puedan presentarse y la interacción que juegan tanto los padres como los hijos, así como los roles que desempeñan, se podrán encontrar que cada tipo de familia puede presentar una escala de diferentes síntomas o signos de ansiedad manifestándolos por las carencias tanto afectivas, de seguridad, de aceptación o emocionales.

Es por ello que a continuación se presentan una diversidad de tipos de familia, para poder comprender su conducta según el conflicto o nivel de frustración que pueda presentar. Stuart Finch (1976) describe a las siguientes familias:

- **LA FAMILIA NORMAL**

Las variaciones culturales introducen un elemento de considerable complejidad, el padre es maduro y masculino que acepta el papel de padre y se siente cómodo. Ama y respeta a su esposa y funda un hogar adecuado en el cual forma una familia. La madre es una persona femenina que acepta y satisface sus funciones como esposa y madre. Respeta a su esposo así como este la respeta. Cada uno de ellos depende del otro pero cada cual conserva cierto grado de independencia, proporcionan seguridad a sus hijos y una relación solida, no son autoritarios ni tampoco pasivos. Son firmes y también con un enfoque positivo y cariñoso.

- **FAMILIA INVERTIDA**

En esta familia la madre aborrece su femineidad y el padre acepta a medio su papel masculino. La familia es una especie de matriarcado, donde la madre es la autoridad, el hombre es criticado y empujado constantemente, el hombre considera que la

relación con sus hijos es secundaria y se preocupa solamente por el trabajo u otras actividades no concernientes a la familia.

- **FAMILIA AGOTADA**

La calidad de la relación de padres e hijos es importante más que la cantidad, pero como ambos padres trabajan muchas veces les queda poco tiempo o energías para dedicarles a sus hijos. Los padres se cansan, viven agotados e irritables y eventualmente empiezan a demandar a los niños una dedicación al trabajo vetando el derecho del juego y del proceso natural de la infancia.

- **FAMILIA HIPEREMOTIVA**

Todos los miembros de la familia, padres y niños dan rienda suelta a sus emociones en mayor medida de lo común. Cualquier dificultad o cambio de rutina puede provoca una perturbación emocional y todos los sentimientos se expresan libre y excesivamente. Los niños al nacer en una familia así aprender a gritar para hacerse oír, presentan violentas discusiones entre los padres poniendo en riesgo la integridad física o psicológica de cada miembro familiar.

- **FAMILIA IGNORANTE**

Los adultos están cargados de prejuicios teniendo puntos de vista limitados y exponen a sus hijos a su concepto cerrado e inhibido del mundo y de la gente que los rodea. Estos padres inculcan a sus hijos de ciertas verdades a medias, provocando ciertas concepciones erróneas que provocan frustración o temor en los hijos al relacionarse con la comunidad.

- **FAMILIA SERENA O INTELECTUAL**

Se inhiben en la expresión de sus emociones, combatiendo todo despliegue normal de sentimientos, interesándose de sus propias necesidades. Estas familias tienden a racionalizar toda dificultad presentada, sin dejar que se expongan sus impulsos.

## **B. PERSONALIDADES PATERNAS**

Algunas actitudes de los padres pueden tener efectos sobre el desarrollo emocional del niño, estas varían dependiendo del punto de vista de la madre o el padre y el sexo del niño. Según la personalidad de los padres, pueden manifestarse ciertos síntomas o



signos de ansiedad en algún conflicto o nuevas experiencias, es por ello que al poder diferenciar en los estilos de padre y que los caracteriza, se puede comprender como abordan y confrontan situaciones de la vida diaria. Stuart Finch (1976) describe a continuación los diferentes tipos de padres:

- **PADRE SOBREPOTECTOR**

Este síndrome aparece con mayor frecuencia en la madre que en los padres, es típica la madre que desde el nacimiento exhibe excesiva preocupación por la salud y bienestar del niño. Durante la lactancia se preocupa por el más mínimo detalle, es excesivamente cuidadosa por los alimentos que ingiere el niño por las más triviales amenazas a su salud física, así como las variaciones del sueño, la forma que adquiere nuevas destrezas y se desenvuelve. Esta madre puede formar parte de una familia invertida, vive en constante temor que su hijo no se desarrolle o madure satisfactoriamente.

- **PADRE SEDUCTOR**

Implica la excesiva y frecuente estimulación de la consciencia sexual del niño, sexual por supuesto en el amplio sentido de la estimulación libidinosa o productora de placer. La madre que sigue bañando a su hijo después de los 8 o 9 años de edad, prestando muchas veces atención adicional e innecesaria a su zona genital o aquella madre que sigue durmiendo con su hijo mucho después de lo que podría considerarse normal. La actividad de los padres seductores no se limitan a la sexualidad genital, un padre oralmente seductor prolonga y exagera los placeres orales del niño, lo cual constituye una seducción que tiende a exagerar y perpetuar las características orales.

- **PADRE REPULSIVO**

Es aquel que no es capaz de ofrecer amor a su hijo ni de proveer el calor emocional necesario para su maduración. El rechazo puede ser principalmente emotivo, pero a veces puede llegar al abandono total. El rechazo emocional provoca más estados psicopatológicos en los niños de lo que generalmente se reconoce. La aceptación emocional por los padres no necesariamente significa que el niño deba de recibir bienes materiales, y por lo contrario, la tendencia paterna a dar al niño comodidad material, no necesariamente implica aceptación emocional. Se puede manifestar el mecanismo de defensa de Formación reactiva, en la que ambos padres intentan aceptar al niño, pero el rechazo prevalece de forma inconsciente y provoca un sentimiento de culpabilidad.

- **PADRE PSICOTICO**

La presencia de enfermedad mental en un progenitor, sea ostensible o latente y sea manifiesta al principiar la vida del niño o más tarde, tendrá profundo efecto sobre el desarrollo emocional del hijo. Todo el clima emocional, a que está expuesto el niño en una familia así se deformara debido al proceso psicótico de uno o ambos padre. Otro tipo de psicosis es la madre que sufre de psicosis posparto, lo cual le impide poder atender a su hijo a los pocos días de haberlo concebido, dejándole a la merced de una persona ajena, destruyendo los posibles vínculos afectivos con la madre y la sana interacción de las relaciones objétales, así como su maduración.

- **PADRE ALCOHOLISTA**

El niño criado en el hogar de un alcoholista raras veces desarrolla una actitud sana hacia el alcohol, tendrá a serse alcoholista cuando sea mayor o abstenerse y ser sádicamente orientado a todo el que consuma alcohol. El niño será sometido a lo impredecible e inconstante comportamiento instintivo de un adulto, el alcoholista crónico sufre graves estados psicopatológicos aunque no beba, es severamente narcisista, psicosis, exhibicionismo, sadismo o deserción.

- **PADRE INMATURO**

El padre inmaturo a llegado a la paternidad mas como consecuencia de su impulso sexual que por cualquier intención o deseo de tener un hijo, es infantil en su orientación emocional y no está correctamente dotado para asumir las responsabilidades de la paternidad, la mujer joven, que queda embarazada sin quererlo, no podrá sostener su interés en el niño y tendera en cambio, a buscar sus propios placeres, el padre inmaturo que llega a ser padre, tiende abandonar la madre y al hijo porque ambos representan una carga mayor de la que está dispuesto asumir y si permanece junto a su esposa, lo hace sin incluir realmente a sus hijos dentro de su esfera emotiva.

### **C. NUTRIENTES FAMILIARES DE LA PERSONALIDAD HUMANA**

Como ya se ha mencionado antes, tenemos en primer lugar aquellos nutrientes que son absolutamente necesarios para la supervivencia, como el alimento, techo, vestido y salud.

En segundo lugar están aquellos que si bien no son totalmente indispensables para la supervivencia física, pero si para el desarrollo emocional, dándose siempre en el seno familiar, como el afecto o amor, la seguridad afectiva, el ambiente de paz y confianza, la mentalidad dirigida hacia la superación personal, la ausencia de conductas destructivas, especialmente en padre y madre, el buen modelaje paterno, la buena relación de la pareja de padres y su permanencia como tal y la formación en valores en general.

En tercer lugar tenemos los nutrientes que llevan a la persona a niveles adicionales de realización personal. Pueden darse tanto en el seno familiar como fuera de él, pero siempre como un resultado del esfuerzo familiar. Entre estas la superación académica, la capacitación y el desarrollo de las diferentes destrezas.

#### **D. ROLES FAMILIARES**

La familia es un proyecto iniciado por dos personas, que tiene como objetivos fundamentales, normalmente, disfrutar de la convivencia entre sus miembros, y proyectarse al futuro a través de la reproducción y transmisión de valores a la futura generación. La familia es un sistema humano, y para que funcione como tal, cada miembro debe tener unas funciones armónicamente distribuidas, de modo que el funcionamiento de todas ellas, hace que el sistema funcione adecuadamente. Si alguna de las funciones falla decimos que hay una disfunción familiar. El conjunto de funciones que asume cada miembro es lo que conocemos como "su rol" dentro de la familia.

Es de lógica que cada miembro se ocupe de aquellas funciones que mejor puede desarrollar, bien sea por su capacidad, conocimiento, habilidad, experiencia, disponibilidad de tiempo, etc.; no necesariamente por cultura, puesto que la cultura establece unos patrones generales, sin tomar en cuenta las capacidades y talentos individuales de cada persona, lo que muchas veces provoca que el sistema no funcione de la mejor forma posible. Debe buscarse, por otra parte, cierto grado de equilibrio entre las funciones de los miembros.

Además, independientemente de las demás funciones, la responsabilidad en la educación integral de los hijos debe ser compartida por la pareja; no ya sólo por el equilibrio, sino porque es lo más conveniente para los hijos. Ese es uno de los aspectos

en que la cultura tradicional ha equivocado su enseñanza, otorgándole a la mujer casi en exclusiva tal responsabilidad y a la vez privilegio, privando del mismo al hombre, quien, lógicamente, nunca aprendió a reconocerlo como tal.

En la medida en que los hijos van creciendo deben también colaborar con algunas funciones sencillas, compatibilizándolas y sin que interfieran con su actividad escolar, que es su función fundamental. Cuando con la familia conviven otros miembros, tales como abuelos, tíos y otros, como es frecuente, estos deben compartir muchas de las funciones (no todas) de la familia en la medida en que su vida cotidiana está integrada a la de la familia, y en la medida también de su capacidad.

Sin embargo, en ningún caso debe perderse por ello el concepto de familia nuclear, es decir, la conciencia de que el proyecto de familia está formado por la pareja y sus hijos, y que los demás miembros son miembros asociados al proyecto, con voz, pero sin voto en la toma de decisiones trascendentales, en el establecimiento de los criterios que guían el proyecto familiar, o en el modelo educativo de los hijos, que compete exclusivamente a la familia nuclear, es decir, a la pareja, y a los hijos en la medida en que éstos van siendo mayores, quedando en estos casos la función de los miembros asociados como una labor de apoyo a los criterios de la pareja.

Es fácil explicar por qué, aunque el modelo familiar señalado se considera como el ideal, en infinidad de casos no se sigue, y cuando se sigue, en muchísimos casos fracasa. No se ve como un proyecto, con planificación, objetivos y funciones. Los matrimonios o uniones de pareja frecuentemente no responden a esos criterios, sino que son casuales, al igual que lo es la forma en que los hijos vienen al mundo. Y aun dentro de una familia formalmente establecida los roles no se siguen con criterios racionales, sino culturales y egoístas.

#### **1.1.2.4 RELACIONES OBJETALES**

La vida psíquica del ser humano se va formando por medio de las relaciones objetales, siendo la relación que el bebe mantiene con el cuidador, ya que atiende las necesidades vitales satisfactoriamente. Es por eso tan importante el mantener las primeras relaciones objetales de una forma funcional para lograr un desenvolvimiento de la personalidad, en caso de no ser funcionales se puede presentar anomalías o distorsiones.

El término de relaciones de objeto se refiere a una estructura intrapsíquica y no a una relación externa interpersonal, es por ello que la interacción con el bebé a temprana edad es importante y decisiva para la interacción con el mundo externo. Cuando se separa a la madre y al niño en una etapa inicial, como puede darse en el momento de una intervención médica como lo es la hospitalización, se deja al infante en un estado de angustia e inseguridad por exponerse a lo desconocido y dar una ruptura con la madre, dejando así de atender las necesidades físicas como psicológicas y la sin interacción con el objeto amado.

#### **1.1.2.5 RELACIÓN MEDICO-FAMILIA**

En cuanto a la dinámica familiar, muchos dibujos de niños demuestran una nueva triangulación entre madre-niño-médico: la pareja madre- médico constituye un desplazamiento edípico más o menos directo. En algunas familias esta pareja puede convertirse en el principal polo de interacción del grupo en particular si una enfermedad grave o crónica justifica la presencia médica. En otros casos es la ansiedad materna la que crea este nuevo triángulo de relaciones, cuando se trata de una enfermedad somática grave, la interposición del médico y la madre en su hijo puede introducir perturbaciones en los intercambios madre-hijo, sobre todo cuando se trata de un niño pequeño en una época en la que obtiene de la madre gran parte de sus gratificaciones, la omnipotencia que él le atribuye acaba por perderla a favor del médico.

La experiencia de la enfermedad remite al niño a diversos mecanismos psicoafectivos; la regresión acompaña casi siempre a la enfermedad por la relación de cuidado corporal, dando una dependencia semejante a la lactancia. El sufrimiento; puede estar ligado a una vivencia de castigo o sentimiento de falta, la culpabilidad puede estar ligado a un sentimiento fantasmático debido al diálogo con los padres. El menoscabo del esquema corporal o mejor del sentimiento del yo; depende de la gravedad, duración y naturaleza de la enfermedad, pero este sentimiento es frecuente por el sentimiento de inferioridad, castración y deformación de la imagen. La muerte aparece insinuada en algunas enfermedades, aunque no se hable de ella. (Familia y ambiente, pág. 409)

Las reacciones de angustia, de confusión extrema, hasta de pánico o de cólera son habituales, cuando se anuncia la enfermedad. De entrada, en una fase en la que el médico no tiene aún todos los elementos de juicio, las familias se preocupan del diagnóstico, de las complicaciones eventuales. La frecuente afectación del narcisismo

paterno, se focaliza entorno de la cuestión de la etiología y de la herencia, ciertas teorías son elaboradas por los padres con el fin de negar toda carga hereditaria o asumir el peso de la transmisión de la genética. Las reacciones defensivas constituyen la primera manifestación de la culpabilidad constante de las familias. Esta exacerba las reacciones de ambivalencia hacia el pequeño enfermo, explica en parte las actitudes, descritas en todas las enfermedades crónicas; sobreprotección ansiosa, rechazo, negación omnipotente de la enfermedad, o del papel de los médicos. La familia pasa en general por estas diversas etapas antes de acabar en lo mejor de los casos en la aceptación tolerante y realista de la enfermedad.

La nueva relación médico-niño-familia de forman profundamente la naturaleza de las posibles relaciones entre madre y niño, sobre todo si este es pequeño. Algunas madres soportan muy mal sentirse desplazadas de su papel de cuidadoras o protectoras. La comunicación entre medico y padres se limita al desarrollo de la enfermedad, dejando a un lado las necesidades emocionales del niño y creando en los padres un estado de dependencia por l evolución y detalles que caracterizan la patología de sus hijos.

#### **1.1.2.6 ANSIEDAD**

La ansiedad es una reacción emocional, que surge ante las situaciones de alarma o situación ambigua o de resultado incierto y nos prepara para actuar ante ellas. En sí la ansiedad es una reacción adaptativa, que nos prepara para establecer una respuesta a situaciones o acontecimientos que son importantes para nosotros, es por eso que cada ser humano reacciona de forma diferente ante la misma situación y permite el obtener una variabilidad de respuestas a una misma situación.

Algunas situaciones que se presentan no son realmente peligros o amenazas para nosotros y sin embargo nos produce un desequilibrio, a esto se le llama aprendizaje asociativo, después de una primera ocasión surge ansiedad en una situación que en su inicio no lo producía, pero después de esta primera vez, queda asociada a dicha situación.

Cuando una persona lleva un tiempo sometido a unas condiciones de estrés importantes, tienden a desarrollar niveles más altos de ansiedad y en ocasiones incluso trastornos de ansiedad. Cada movimiento hacia el desarrollo o madurez va unido a la angustia, ya que el encontramos con lo desconocido provoca en todo ser humano un proceso de

ansiedad que puede pasar a formar un estado de angustia, este proceso es claramente superado con la adultez.

La tensión entre grandes componentes, cuyas oposiciones y contradicciones son incomprensibles al vivir. El ser humano sano, el que no se ve alterado en su desarrollo, es capaz de enfrentarse y quizá de superar su ansiedad, pero aquel que haya sufrido perturbaciones, en su evolución vivenciará la angustia con mayor intensidad y frecuencia. Siempre que la ansiedad sea demasiado intensa y persistente o nos afecte en una época en que no estamos aún suficientemente equipados, será difícil una elaboración conveniente de la misma.

Hay algunas situaciones como la guerra, el cautiverio, los peligros de muerte y de enfermedad, que pueden romper el índice de tolerancia del adulto, hasta el punto de inducirle a reaccionar con pánico o una neurosis. Estas pueden representarse entre cuatro grandes formas, entre ellas la esquizoide, la depresión, la neurosis obsesiva y la histeria. Estas personalidades neuróticas suelen reflejar los casos extremos de la existencia humana. (Nieto, Munuera, 2004, pag.76)

Se trata de cuatro diversas maneras de estar en el mundo, desde las formas que han de considerarse como, completamente sanas, hasta los trastornos leves, graves y sumamente graves. Se debe tener en cuenta las disposiciones constitucionales, pero otro factor importante es la historia de vida.

Aunque el factor constitucional nos indica el temperamento y el carácter de la persona, se puede tomar en cuenta la evolución de la persona y como se fue dando la formación de la personalidad en la primera infancia, la cual ocupa un espacio muy importante para logra obtener eslabones fuertes para el cimiento de la personalidad. Permitiendo así obtener las herramientas necesarias, para responder ante diversas situaciones de la forma más sana posible, evitando así, el dañarnos o establecer una fijación u obsesión en un proceso de ansiedad o angustia en algún periodo del desarrollo. Podemos decir entonces que todo ser humano esta propenso a vivir un episodio de ansiedad o angustia por algún fenómeno, pero debe poder sobresalir e impulsarse a otro episodio, sin obsesionarse.

## A. SINTOMAS Y SIGNOS DE LA ANSIEDAD

Algunas manifestaciones de la ansiedad pueden representarse en los siguientes signos y síntomas:

- ✓ Insomnio, sueño inquieto, despertar fácil.
- ✓ Tensión, irritabilidad, preocupación y desesperación
- ✓ Rechinamiento de los dientes, dolor mandibular
- ✓ Incapacidad de mantenerse quieto en un sitio
- ✓ Incapacidad de pensar con claridad
- ✓ Disminución de la libido
- ✓ Las mujeres pueden experimentar aumento de los síntomas premenstruales y cambios en el ciclo menstrual
- ✓ Respiración acortada
- ✓ Frecuencia respiratoria y cardíaca aumentada
- ✓ Palpitaciones fuertes
- ✓ Las crisis son tan severas que llevan a un ataque de pánico, produciendo síntomas físicos que pueden confundirse con otra enfermedad.
- ✓ Sensación de entumecimiento u hormigueo de las extremidades, contracción muscular.
- ✓ Mareos, temblor del cuerpo
- ✓ Tensión en el pecho, calambres intestinales
- ✓ Nudo en la garganta, boca seca

Los sucesos vitales son definidos como experiencias objetivas que alteran o amenazan las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste en su conducta. Algunos factores producen graves síntomas de estrés y requieren esfuerzos de adaptación muy costosos, desde el punto de vista psicológico y físico. Estos acontecimientos pueden ser, estresantes en las personas y provocar un nivel de ansiedad generalizada, la cual puede provocar dificultades adaptativas e interferir con las funciones cognitivas de la persona.



## **B. ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.**

La ansiedad por la separación es una etapa normal del desarrollo. Ayudaba a los ancestros a mantenerse vivos y ayuda a los niños a aprender a dominar el ambiente. Por lo general, finaliza alrededor de los 2 años de edad, cuando los niños que empiezan a caminar comprenden que los padres pueden estar fuera del alcance de su vista, pero que van a regresar. A esta edad, igualmente, se presenta un deseo normal de probar su autonomía. (Nieto, Munuera, 2004 pag.175)

La resolución de la ansiedad por la separación depende de un sentido adecuado de seguridad y confianza en personas distintas a los padres, la confianza y seguridad en su entorno y la confianza de que los padres van a regresar.

Aun después de que el niño haya superado esta etapa en forma exitosa, la ansiedad por la separación puede retornar durante periodos de estrés. La mayoría de los niños experimentan algún grado de ansiedad por la separación cuando se enfrentan a situaciones que no son familiares, en especial cuando están separados de sus padres.

Cuando los niños se enfrentan a situaciones (como la estadía en el hospital) y experimentan estrés (como en caso de dolor o enfermedad), buscan la seguridad, comodidad y protección de sus padres; pero cuando los padres no pueden estar con ellos en estas situaciones, el niño experimenta sufrimiento.

Por esto es que es tan importante permanecer con el niño tanto como sea posible durante cualquier procedimiento médico. La presencia de los padres o responsables puede en efecto reducir la cantidad de dolor que experimenta el niño, ya que la ansiedad de cualquier tipo empeora el dolor, al sentirse solo, se manifiesta inseguridad de relacionarse con gente desconocida y exponerse a un ámbito ajeno, que le provoca un desequilibrio emocional y cambios de rutinas que no favorecen el bienestar, los vínculos afectivos y la seguridad.

La separación que sufre la madre y principalmente el niño les afecta psicológicamente, por eso en la actualidad cuando un niño es separado de su madre por enfermedad y necesita ser hospitalizado los ingresan en conjunto, para que la recuperación del niño sea más rápida. Es así cuando el niño presenta una enfermedad leve, y no necesite estar en un área crítica o intermedia.

### C. ANSIEDAD FAMILIAR

Según los autores Homes y Rabe describen una tabla, la cual puede provocar un desequilibrio emocional. (Nieto, Munuera, 2004, pág.183).

<b>Acontecimiento Vital</b>
<b>Muerte del cónyuge</b>
<b>Divorcio</b>
<b>Separación matrimonial.</b>
<b>Condena de prisión.</b>
<b>Muerte de un familiar.</b>
<b>Enfermedad o daño personal</b>
<b>Matrimonio.</b>
<b>Despido laboral.</b>
<b>Jubilación.</b>
<b>Cambio importante en la salud de un familiar.</b>
<b>Cambio del nivel económico.</b>
<b>Embarazo.</b>
<b>Cambio a otra línea de trabajo.</b>
<b>Cambio en el número de discusiones con el cónyuge.</b>
<b>Hipoteca o préstamo importante.</b>
<b>Hijo se marcha de casa.</b>
<b>Cambio en las condiciones de vida.</b>
<b>Cambio en hábitos de vida.</b>
<b>Cambios en las reuniones familiares.</b>

(Tabla elaborado por: Homes y Rabe)

Basada en esta tabla podemos decir que los padres de familia que internan a sus hijos en un hospital, tienden a sufrir un nivel de ansiedad, debido a que sufren un cambio en sus condiciones de vida, un cambio en su economía, por los medicamentos, un cambio en su trabajo, por los permisos e inclusive algunas madres deben de renunciar para dedicarse al cuidado de su hijo convaleciente.

La enfermedad en el niño o la niña constituye un hecho innovador frente a la rutina de lo cotidiano, un acontecer que pone a prueba lo que hasta ese momento le era al niño familiar y entrañable, incluido su propio cuerpo, una crisis, en fin, que le hace sufrir, independientemente de que en el futuro pueda o no afectarle.

En todo caso, la enfermedad constituye para el niño o la niña el encontrarse con una experiencia personal innovadora. En un encuentro como éste, forzosamente han de hacerse patentes sus propios límites. Entre los límites acuñados por la enfermedad, el niño se encuentra con la posibilidad o no de continuar realizando un determinado proyecto biográfico (el de su aprendizaje, las relaciones con sus compañeros, etc.), así como una restricción de las naturales disponibilidades para valerse por sí mismo, suscitando la dependencia, la soledad, la ansiedad, el aislamiento, en una palabra, las manifestaciones explícitas que se derivan de la limitación de la libertad y de la autonomía personales que aquella le impone. Sufren además algo negativo y sobreañadido, el dolor, con el que no contaban y para el cual no disponen muchas veces de ninguna experiencia previa.

De lo dicho en el aporte anterior, se desprende que la manifestación de la enfermedad en una persona afecta de forma inmediata a la persona que la padece, pero también a las personas que con el enfermo conviven. El modo en que estas últimas son afectadas, es todavía mayor cuando se trata de un niño o una niña. La enfermedad incide no sólo en el bienestar psicológico del niño o niña sino también en el de toda su familia, a través de esa compleja multitud de variables sintomáticas, terapéuticas emocionales y sociales que, poderosamente entrelazadas, impactan de forma casi determinante en los procesos de la dinámica y del funcionamiento de la vida familiar.

#### **D. ANSIEDA Y ANGUSTIA CIE-10**

Ansiedad y angustia se utilizan como sinónimos en la CIE-10. En la mayoría de los casos figura ansiedad, ya que en general se utiliza con más frecuencia en medicina. Angustia parece significar una mayor gravedad psiquiátrica, fuera del alcance de la experiencia y posibilidades de intervención del médico general y de especialistas no psiquiatras.

- **F41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.**

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nerviosos, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vayan a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y esta a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico. (Sartorius, Norman; 1990, página 176)

- **F41.2 TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO.**

Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. (Sartorius, Norman; 1990, página 177).

- **F41.3 OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD.**

Esta categoría debe utilizarse para aquellos trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada y que tengan además características destacadas de otros trastornos de F40-F48, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: (F42) Trastorno obsesivo compulsivo, (F44) Trastornos disociativos, (F45) Trastornos de solarización, (F5.1) Trastorno somatomorfo indiferenciado, (F45.2) Trastornos hipocondriaco. Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se

utiliza la categoría F43.2 trastorno de adaptación. (Sartorius, Norman; 1990, página 178)

#### • **F43.1 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por si mismo malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica si están presentes pueden ser factores predisponentes y hacer que desciendan el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios, ni suficientes para explicar la aparición del mismo. (Sartorius, Norman, 1990 pág. 185).

#### **1.1.2.7 LAS EMOCIONES**

Las emociones son misteriosas, pueden aparecer y desaparecer al instante, sin ninguna razón y pueden permitir que las personas desarrollen una sana convivencia y puedan expresarse con optimismo y alegría o bien pueden provocar en las personas un estancamiento en su desarrollo, provocando así un conflicto emocional.

Las emociones son un proceso complejo con componentes tanto biológicos como mentales. Las emociones son mentales, en el sentido de que son provocadas por la interpretación de un suceso, que después produce una serie compleja de reacciones bioquímicas que describimos como un sentimiento. Las reacciones bioquímicas generan también, una urgencia para la acción. Algunas veces, la acción que uno ejecuta en respuesta a una emoción es mental, como cuando uno no está de acuerdo con lo que hace o dice otra persona, pero decide no decir ni hacer nada. Otras veces, implica tanto el pensamiento como la acción física.

Las emociones es un dispositivo de respuesta ante situaciones de peligro o amenaza a la integridad y equilibrio del individuo; es decir que se trata del proceso adaptativo, ante diversas situaciones, en la que la persona puede manifestar una variabilidad de

respuestas a diversos fenómenos, cada ser puede tener un abanico de respuestas para el mismo fenómeno, es por ello que las emociones desempeñan un papel importante en la estabilidad psicológica de la persona. “Las emociones se encuentran estrechamente vinculadas con lo biológico y desencadenan múltiples respuestas fisiológicas y endocrinas que implican cambios, a veces bruscos que dificultan el proceso de toma de decisión y de respuesta precisa y adecuada. Estos cambios emocionales son percibidos a veces intensamente y pueden causar serios problemas de salud”. (Nieto Munuero, J., Abad Mateo, M., Esteban Albert, M. y Tejerina Arreal, M.;2004. Pág. 49).

### A. EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS

El nivel de respuestas tiene muchos registros los cuales pueden activar alertas psicológicas, físicas, bioquímicas o endocrinológicas. Se han distinguido emociones positivas y negativas que acompañan al hombre en diferentes vivencias, las cuales pueden promover para desencadenar alguna patología, a continuación se describe algunas emociones. (Nieto Munuero, J., Abad Mateo, M., Esteban Albert, M. y Tejerina Arreal, M.;2004. Pág.).

Cuadro 1. Relación de emociones positivas y negativas:

<b>Emoción</b>	<b>Contenido</b>
<b>Alivio</b>	Condición penosa o incongruente que ha cambiado para mejor o ha desaparecido.
<b>Amor</b>	Desear un afecto o participar en él
<b>Celos</b>	Resentimiento contra una tercera persona por la pérdida o el miedo a perder el apoyo o afecto de otro.
<b>Culpabilidad</b>	Haber trasgredido un imperativo moral.
<b>Esperanza</b>	Temerse, pero esperando que mejore la situación.
<b>Envidia</b>	Desear lo que otra persona tiene
<b>Felicidad</b>	Hacer progresos razonables hacia la consecución de una meta.
<b>Ira</b>	Una ofensa degradante contra mí o contra los demás.
<b>Miedo</b>	Peligro físico, inmediato, concreto y abrumador.
<b>Tristeza</b>	Haber experimentado una pérdida irreparable.
<b>Vergüenza</b>	Fracaso por no haber alcanzado un Yo ideal.

Los estados emocionales surgen en un momento dado, ante situaciones concretas y duran un tiempo. Las emociones son reacciones que comprenden varios tipos de respuestas.

#### **1.1.2.8 LA FRUSTRACIÓN**

Algunas veces no se logran alcanzar las metas que se proponen. El término frustración "Se aplica a las circunstancias que dan por resultado la falta de satisfacción de una necesidad o un motivo. El estado de tensión emocional interno que acompaña a tales hechos se llama ansiedad". (Whittaker, 1989, página 461) La ansiedad es considerada aquella emoción que desencadena una frustración.

Las fuentes externas de frustración pueden ser físicas o sociales. Las primeras pueden ser actos que pueden provocar un cambio en la rutina. La frustración causada por otras personas, se debe a que un individuo debe dejar un poco de su libertad para satisfacer o proporcionarle agrado a su compañero.

#### **A. FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA INTENSIDAD DE LA FRUSTRACIÓN O ANSIEDAD.**

Factores relacionados con la intensidad con que se experimenta frustración son:

- ✓ Fuerza del motivo. Cuando más fuerte es el motivo, más fuerte es la frustración de quererlo satisfacer.
- ✓ Tipo de barrera u obstáculo. Si la satisfacción es bloqueado por una barrera baja y esta es superada, la frustración va a ser menor, mientras que si la barrera es mayor y no permite ser superada, la frustración es mayor.
- ✓ Disponibilidad de metas sustitutas. Si se disponen de metas sustitutas de igual o casi igual atracción, experimentamos menos frustración cuando se nos impide alcanzar una meta específica.
- ✓ Experiencias. Si el hecho frustrante produce x grado de frustración, este hecho va precedido de otro como la frustración será más intensa.
- ✓ Estabilidad personal. El individuo con una historia de inestabilidad emocional es menos probable que soporte los efectos de la frustración que uno con una historia de buena salud mental.

- ✓ Participación del yo. Las frustraciones que ofrecen amenazas directas a la concepción que tenemos de nosotros mismos es probable que sean sentidos intensamente.

## **B. REACCIONES A LA FRUSTRACIÓN.**

Las reacciones orientadas hacia la realidad o como reacciones de mecanismos de defensa. Las reacciones orientadas según la realidad comprenden modo de ajuste que representa medios relativamente directos de tratar con el problema. Constituyen intentos para modificar, cambia o suprimir la situación de frustración. Por otra parte los mecanismos de defensa comprenden distorsiones de la realidad dirigidas a defenderse contra la ansiedad, pero no van directamente orientadas hacia la finalidad de alterar o suprimir la situación de frustración.

### **1.1.2.9 MECANISMOS DE DEFENSA DEL YO.**

Las reacciones a la frustración según ya lo hemos indicado, no siempre están orientadas hacia la realidad y dirigidos directamente a la supresión de la fuente de la frustración. Algunas veces son distorsiones de la realidad destinadas no a resolver el problema, sino simplemente a protegernos contra la ansiedad. Tales reacciones reciben con frecuencia el nombre de mecanismos de defensa y a pesar que se refiere al grado en que se emplean los mecanismos, se encuentran en todos los seres humanos.

## **A. MECANISMOS DE DEFENSA EN PADRES DE FAMILIA.**

Bajo el término general de mecanismos de defensa en la teoría psicoanalítica se describen todas aquellas estrategias, generalmente de carácter inconsciente, de que se sirve el Yo en las situaciones de conflicto con el exclusivo propósito de impedir la aparición y o mantenimiento de la ansiedad a que daría lugar una situación de conflicto. Es por ello que los mecanismos de defensa al ser utilizados de una manera adecuada evita un conflicto en el yo, pero lamentablemente la mayoría de personas utilizan los mecanismos de defensa de una forma incorrecta, provocando que estos mecanismos se repitan constantemente y evadiendo así la realidad del conflicto, los mecanismos de defensa que son mayormente utilizados en los padres de familia que se encuentran con conflictos o separación de sus hijos e hijas son:



Mecanismo de Defensa	Como se manifiesta
Formación reactiva	<p>Consiste en sustituir en la conciencia un impulso productor de ansiedad por el impulso contrario. El sujeto ante una amenaza no acepta un impulso que le provocaría una pauta dolorosa, que habitualmente con cierta rigidez se manifiesta. Mecanismo de defensa que consiste en enmascarar un motivo o emoción transformándolo en su contrario, por ejemplo, encubrir un odio con manifestaciones exageradas de afecto.</p> <p>A veces se ha hecho mención a este mecanismo de defensa para señalar las dificultades que tiene el psicoanálisis para cumplir el requisito de científicidad que Popper llamaba falsación, y exactamente para la verificación de la hipótesis del complejo de Edipo: si en la comprobación de esta hipótesis encontramos que un niño tiene sentimientos hostiles ante el padre y se acerca amorosamente a la madre, el complejo parece ser real; pero si ocurre lo contrario también, porque un psicoanalista ortodoxo alegaría que el niño al expresar amor hacia el padre, en realidad estaría encubriendo sus auténticos sentimientos con la máscara del afecto positivo.</p>
Desplazamiento	<p>Supone el paso del afecto provocado por un objeto o idea, a otro objeto que en principio puede presentar solo escasísimas concomitancias con el objeto original del afecto.</p>
Sublimación	<p>Es el más positivo en cuanto se postulan en la teoría freudiana, ya que en el único que produce la sensación completa del impulso rechazado. Básicamente consiste en la reorientación de los impulsos hacia metas socialmente aceptables y valiosas.</p>
	<p>Supone la aceptación de la existencia en el ser humano de una tendencia natural a añorar estados anteriores cuando los presentes son hostiles. Las personas utilizan este</p>

<p>Regresión</p>	<p>mecanismo de defensa cuando ante un acontecimiento frustrante regresan inconscientemente a etapas anteriores de su vida. Bajo fuerte tensión las personas pueden retroceder a otras clases de conducta infantil, que en su momento fueron satisfactorias. Se recurre a estas conductas infantiles para resolver un conflicto, como llamada de atención.</p> <p>La regresión del yo, es la vuelta a mecanismos de defensa típicos de un estadio anterior, para evitar la realidad presente, conflictiva y frustrante para encontrar seguridad o antiguas satisfacciones o experiencias a nivel de menor madurez. Estas personas presentan una inadaptación a los cambios y evoluciones de la vida, negativismo, rebeldía, dificultades para superar las circunstancias, dependencia, sumisión.</p>
<p>Anulación o reparación.</p>	<p>Es un mecanismo utilizado en los trastornos obsesivos, claramente manifiesto en las acciones compulsivas. Mediante este mecanismo el sujeto hace lo contrario a lo que dice.</p>
<p>Represión</p>	<p>Consiste en olvidar o arrojar de la consciencia los recuerdos de peligro y especialmente expulsar de allí los impulsos que pueden acarrear consecuencias perjudiciales. Ocupa una posición central en la teoría freudiana de la personalidad, se cree que es causa de gran parte de las cosas encerradas dentro del inconsciente. De acuerdo con Freud, la ansiedad es una clase de dolor que conduce a la versión y la provoca. Cuando experimentamos un impulso o sentimiento que es inaceptable y que por tanto provoca ansiedad, este impulso o sentimiento puede convertirse en inconsciente por medio de los mecanismos de la represión.</p>
<p>Negación.</p>	<p>Mecanismo por el cual se niegan, especialmente las percepciones internas o ideas intolerables que el sujeto no</p>

	<p>quiere dejar llegar a su consecuencia.</p>
<p>Proyección.</p>	<p>La proyección es un mecanismo de defensa que opera en situaciones de conflicto emocional o amenaza de origen interno o externo, atribuyendo a otras personas u objetos los sentimientos, impulsos o pensamientos propios que resultan inaceptables para el sujeto. Se «proyectan» los sentimientos, pensamientos o deseos que no terminan de aceptarse como propios porque generan angustia o ansiedad, dirigiéndolos hacia algo o alguien y atribuyéndolos totalmente a este objeto externo. Por esta vía, la defensa psíquica logra poner estos contenidos amenazantes afuera.</p> <p>Aunque el término fue utilizado por Sigmund Freud a partir de 1895 para referirse específicamente a un mecanismo que observaba en las personalidades paranoides o en sujetos directamente paranoicos, las diversas escuelas psicoanalíticas han generalizado más tarde el concepto para designar una defensa primaria. Como tal, se encuentra presente en todas las estructuras psíquicas (en la psicosis, la neurosis y la perversión). Por tanto, de manera atenuada, opera también en ciertas formas de pensamiento completamente normales de la vida cotidiana.</p> <p>Con frecuencia se utiliza también el término como sinónimo de otro concepto psicoanalítico, el de transferencia. Aunque están relacionados, no significan exactamente lo mismo, siendo la proyección un concepto más amplio: la transferencia es una forma particular de la proyección, en la que los deseos inconscientes correspondientes a una situación relacional del pasado se reactivan y transfieren (proyectándolos) a una nueva constelación de relaciones presentes, como es el caso de la</p>

	<p>transferencia en el contexto de la relación terapéutica. Expresaría la tendencia a atribuir a los demás al mundo exterior, aquellos contenidos personales que no se quieran aceptar como tales. Es menos doloroso para el yo colocar fuera de si los contenidos.</p>
Anulación.	<p>Mediante este mecanismo, el yo niega lo que la consciencia no admite.</p>
Racionalización.	<p>Se tiene conciencia del comportamiento pero se desvirtúa el motivo real del mismo hasta el punto de hacerlo aceptable. Se encuentran razones lógicas pero falsas, para nuestra conducta pasada, presente o futura. Estas razones nos protegen, porque nos evitan admitir nuestra debilidad y nuestras fallas. Para servir como protección en contra de la ansiedad, los mecanismos de defensa siempre son empleados sin intervención de la consciencia. En muchos casos no es fácil percatarse de la diferencia que existe entre las explicaciones orientadas hacia la realidad y las racionalizaciones.</p>
Aislamiento	<p>Se destruyen las conexiones causa efecto existente entre dos fenómenos. Se puede aceptar el paso a la consciencia de determinados impulsos, pensamientos y acciones pero nos se aceptan los componentes efectivos que normalmente les acompañan.</p>
Identificación	<p>La persona establece una relación entre ella misma y otro personaje o grupo de forma que participa de la gloria de aquel y evitar sentimientos incompetentes, normalmente se identifica con personas que tienen más fama que la persona que utiliza este mecanismo. A veces se identifican con el empleo o título, para compensar el sentimiento de inferioridad, adoptan la opinión ajena y la conducta, ante quien se siente inferior o con quien no quiere enfrentarse, también adoptan las actitudes de poder e identificación con los aspectos fuertes de los padres.</p>

Es por ello que mediante la adecuada canalización de la ansiedad y el manejo adecuado de los mecanismos de defensa, se debe propiciar a los padres de familia las herramientas necesarias para poder vencer la ansiedad o poder manejarla de alguna manera que no provoque en la población de estudio un nivel de patología que pueda provocar en ellos un estancamiento en el desenvolvimiento social y la realización de sus actividades cotidianas. Entre las destrezas que se desea que el padre de familia pueda adquirir para el manejo oportuno de la ansiedad se tienen las siguientes:

- ✓ Respuesta de relajación.
- ✓ Respiración diafragmática relajada.
- ✓ Autoafirmaciones de manejo.
- ✓ Distracción internalización.

Acuñado por Herbert Benson, el término de respuesta de relajación, describe un estado de profunda relajación muscular provocado por un método establecido. Existen diversos métodos o formas posibles de provocar la respuesta de relajación.

El autor anteriormente mencionado promueve la relajación mediante la respiración superficial en la cual, se debe de colocar una mano sobre el pecho y la otra en el estomago. Respirar un par de veces más profundamente de lo normal y observar el movimiento de las manos. Si se mueve la mano que reside en el pecho, entonces se está usando una respiración superficial, si se mueve la mano del estomago una respiración diafragmática. Con el hecho de respirar bien, las personas pueden mejorar su estado de salud, manteniendo un equilibrio entre sus emociones y manejando así el nivel de estrés que puedan sufrir por las actividades cotidianas.

Nos referimos a la autoafirmación como las palabras o pensamientos internos que las personas puedan tener para ayudar a manejar las situaciones difíciles. La internalización es una forma de distracción. El proceso de cambiar o invertir su atención de una actividad a otra y que algunas veces recibe el nombre de redirección.

### **1.1.2.10 MOTIVACIÓN**

Es una estimulación externa o interna, que insita a realizar una actividad. También se puede definir como: “La necesidad o deseo específicos como el hambre, la sed o el logro que favorecen la conducta orientada a metas” (Morris. 2001, pág.346).

La motivación es una fuerza interna que activa el organismo y que dirige sus acciones hacia una meta. Todos los motivos son desencadenados por alguna clase de estímulo, una necesidad orgánica, una señal ambiental. Lo importante es que la motivación nos impulsa a realizar cierto tipo de acciones. Algunos psicólogos que gran parte de nuestra conducta está motivada por pulsiones inconscientes. Originándose por la motivación intrínseca o extrínseca.

#### **A. MOTIVACIÓN INTRÍNSECA**

La motivación intrínseca es el que se origina en el inconsciente del individuo, es un deseo por realizar una conducta sin tener nada a cambio, ejemplo: cuando un joven le escribe una carta a una persona especial para él, se dice que su conducta está motivada intrínsecamente, porque todo viene de su inconsciente, igual que los adultos que llenan crucigramas y se entretienen en su taller.

Cuando realizamos algunas actividades por su interés intrínseco, tendemos a sentirnos fascinados por esas actividades.

#### **B. MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA**

La motivación extrínseca es el deseo por realizar una conducta para obtener una recompensa o para evitar el castigo, es todo aquello del ambiente que motiva al individuo a realizar algo. Por ejemplo: cuando un joven escribe una carta, pero espera algo a cambio, o realizar algo porque se lo piden u obligatoriamente. Cuando nos concentramos en las recompensas externas de algunas tareas, experimentamos menor participación emocional y sentimientos negativos.

### 1.1.2.11 TEORIA DEL APEGO

El apego seguro se caracteriza por modelos de funcionamiento interno, en los cuales la figura de apego es percibida como accesible y receptiva si el niño la necesita. Waters y Sroufe consideraron “que el objetivo del sistema de apego era sentir seguridad y que la respuesta del niño a la separación venía condicionada tanto por factores externos como determinantes internos. Tales como estado de humor, fantasías y otras”.

Esta teoría nos define la regulación del afecto, la relación en el apego seguro con la madre y la capacidad de autorregulación del niño promoviendo el desarrollo de una personalidad, mientras que el apego inseguro se asocia a dificultades de regulación afectiva que posteriormente pueden presentar dificultades de adaptación y socialización en su primer contacto con el contexto que es la escuela. Es por ello que para desarrollar un sistema de regulación fisiológico y conductual se debe de dar una interacción con la madre más que una relación de protección.

El apego del niño se puede clasificar según la manifestación de la conducta durante la separación, y sobre todo por la actitud que esta presenta en el reencuentro. “Se establecieron cuatro categorías de apego: apego seguro, apego ansioso evitativo, apego ansioso ambivalente resistente y apego desorganizado desorientado”.

([www.aperturas.org/20mendiolafoagy.html](http://www.aperturas.org/20mendiolafoagy.html)).

Para un mejor entendimiento sobre la conducta del infante se desarrollará cada una de estas manifestaciones.

- ✓ El apego seguro: se caracteriza por que aparece ansiedad de separación, y reaseguramiento al volver encontrarse con el cuidador, el niño se siente con la seguridad y la confianza necesaria para lograr una autorregulación, promoviendo una sana relación con el contexto que le envuelve y el cuidador se puede alejar del niño sin manifestarle sentimientos de temor, inseguridad o inclusive culpabilidad por el abandono.
- ✓ El apego ansioso-evitativo: se interpreta como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad el cuidador, muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador. Cuando el cuidador deja al

infante a la merced o cuidado de otra persona el niño no manifiesta ninguna expresión de temor, inseguridad o ansiedad por la poca o nula relación que posee con sus progenitores, exponiéndose desde una infancia temprana al abandono, desinterés o negligencia, lo que para el niño se convierte en una relación de rechazo e inclusive culpabilidad por ser una carga económica y/o emocional a los padres de familia quienes un no se encontraban en un proceso de maduración apropiada para convertirse en progenitores.

- ✓ Apego ansioso ambivalente-resistente: el niño muestra ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con el cuidador, parece que hace un intento de exagerar el afecto para asegurar la atención. La mayoría de niños que exponen tan abiertamente sus emociones se debe a pertenece a una familia de tipo neurótica en la que se le enseña al niño a exagerar en la manifestación de sus sentimiento e inclusive al tener que gritar o minimizarse para hacer atendido o escuchar.
- ✓ Apego desorganizado-desorientado: son aquellos niños que por la manifestación de sus conductas no entran en ninguna de las categorías anteriores teniendo un patrón de apego desorganizado manifestando conductas variables que se desorientan al objeto amado.

Los niños que se sienten seguros hablan sobre la separación aportando sus ideas un poco fantasiosas lo que les permite frontal y resolver las emociones mediante el juego o la reciprocidad de la conducta, los niños con patrones de apego inseguro evitan hacer frente a la situación dejando de lado el poder expresar sus emociones mediante el juego y lo niños con apego ambivalente pueden combinar el enfado con los progenitores en búsqueda de complacer sus necesidades manifestando su lenguaje mediante rabietas o berrinches.

Los cuidados maternos especialmente la sensibilidad materna y la tolerancia a la ansiedad favorecen la seguridad del apego. Generalmente se considera que padres con personalidades más sanas tienen más posibilidades de que sus hijos desarrollen un patrón de apego seguro. El apego seguro en la infancia prepara al niño a una buena interacción entre otros niños y la figura parental acorto plazo, minimizando así la rivalidad que pueda presentarse entre los hermanos.



## **A. APEGO Y PSICOPATOLOGIA.**

Según Fonagy “se distingue dos periodos en la aparición de psicopatología, el primero se manifiesta en la infancia y adolescencia, en el cual el apego inseguro puede desencadenar una depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia. En otros casos trastornos de ansiedad en el adolescente o síntomas disociativos por un apego inseguro o desorganizado. En la edad adulta las personas con apego seguro muestran menos hostilidad y más habilidad a la hora de regular la relación con los otros. Algunos estudios han relacionado el patrón de apego rechazante con personalidad antisocial abuso de drogas y de comida. Por otra parte se ha encontrado con relación con una personalidad marcada por sentimientos depresivos”. ([www.aperturas.org./20mendiolaFonagy.html](http://www.aperturas.org./20mendiolaFonagy.html)).

## **B. LA DESORGANIZACIÓN DEL APEGO**

Se relaciona el apego desorganizado con un ambiente asustado o asustador. Este tipo de apego aparece con frecuencia en niños cuyos cuidadores inspiran miedo, por lo que se enfrentan a la situación paradójica de necesitar protección de las figuras que a su vez provoca circunstancias atemorizantes. Los niños que presentan un patrón de apego desorganizado tienen altos niveles de cortisol salival, el cortisol se segrega en mayor proporción en situaciones de estrés, y puede dañar el hipotálamo. La hiperactividad temprana del sistema nervioso a causa del estrés ocasiona que en posteriores situaciones de estrés, el organismo reaccione de forma irregular. El apego desorganizado tiene una relación estrecha con agresión infantil, la disociación y las relaciones violentas. Se ha observado una relación estrecha entre un cuidador severamente deprimido o bipolar y un apego desorganizado.

La teoría del apego nos indica que la relación e interacción sana que pueda tener la madre o el cuidador en los primeros años de vida desarrolla en el infante una personalidad que le permite interactuar socialmente e interesarse por las necesidades por los demás, que viven en la realidad sin manifestaciones de fobias o de ideas que lo condenen a prejuicios y pensamientos limitados. Es por estos y otros aspectos que se debe educar al progenitor para el sano fortalecimiento del apego y las relaciones que se

puedan deteriorar en el momento de la hospitalización para disminuir el impacto que estas conlleven al niño al exponerse en un ambiente nuevo, ajeno y desconocido.

## **1.2 DELIMITACIÓN DEL LUGAR Y POBLACIÓN.**

La investigación se realizó en el Hospital General de Enfermedades de Pediatría, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en la ciudad capital de la zona 9, en el servicio del intensivo de pediatría. La población con la que se trabajó fueron 32 madres y 6 padres de familia que ingresaron a su hijo o hija por diversas patologías en estado crítico a dicha área.

Estos padres son del área metropolitana y departamental, con un nivel socioeconómico medio-bajo. Se encontró algunos padres analfabetos a quien se le realizó el cuestionario de ansiedad y la Escala de Ansiedad de Hamilton con ayuda y acompañamiento. Los padres de familia que asisten al hospital son aquellos que gozan del servicio de afiliación, la mayoría de ellos tienden a laborar más de 11 horas al día dejando a la madre en el cuidado de los hijos, en otras familias ambos padres trabajan y los niños deben quedarse en instituciones de cuidado o al cuidado de algún miembro o conocido de la familia.

La población atendida en su mayoría eran padres agotados deteriorando la calidad de relación que pueda darse entre padres e hijos, eventualmente llegan al punto de deteriorar la relación que demandan en el niño un comportamiento ilógico para la corta edad, otro tipo de familia que se observó en el estudio fue la ignorante que al no tener un nivel de estudio se cargan de prejuicios y puntos de vista limitados exponiendo a sus hijos a cuidados inadecuados o negligentes.

## CAPITULO II

### II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### 2.1 TÉCNICAS

Para la realización de este estudio se utilizó una población de 38 padres de familia del área de intensivo de pediatría del hospital IGSS de la zona 9.

Al inicio del proceso de investigación la muestra estaba constituida por 30 padres de familia, pero en el momento de llevar a cabo los talleres asistieron (32) madres y (6) padres de familia. Se conformó entonces un grupo de trabajo con un total de treinta y ocho (38) padres de familia a los que se les proporcionó la capacitación necesaria y el material propuesto para el abordaje de la ansiedad.

Se seleccionó esta población por conveniencia, debido a que la institución hospitalaria anteriormente mencionada manifestó interés en el tema de estudio de esta investigación y a la vez mostró disposición para colaborar proporcionando algunos de los recursos necesarios para llevarlo a cabo, entre estos el recurso humano (padres de familia) y el espacio físico (infraestructura) para llevar a cabo todo el proceso de capacitación y evaluación. Este estudio fue contemplado desde el punto de vista cualitativo. Para el desarrollo e interpretación de la información se recurrió al análisis de casos individuales e inquietudes específicas de cada padre de familia. Al observar la interacción de los padres de familia con los médicos y el paciente se logró facilitar la elaboración de las charlas informativas y el abordaje en las terapias grupales en respuesta a las dificultades más comunes en esta población y abarcar de forma más precisa las necesidades manifiestas.

## 2.2 INSTRUMENTOS

Durante el proceso de investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Encuesta o cuestionario de preguntas abiertas a los padres de familia, con el fin de determinar los conocimientos previos que la población pudiera tener, se logró obtener datos como la importancia que ellos le otorgan a dicha patología y cómo esta interfiere en su rutina o desenvolvimiento. Se proporcionó el nivel de interés que los padres de familia manifiestan por obtener información relevante que pueda ayudarles a manejar la ansiedad. Esta encuesta se aplicó de forma individual a cada una de las 38 personas, a las personas analfabetas se les auxilió leyendo y escribiendo su respuesta.
- Lista de cotejo de la observación individual de síntomas y signos: la mayoría de padre de familia que manifestaban ansiedad, mostraban incapacidad en el pensamiento y la dificultad para reconciliar el sueño debido a la presión que sentían por el regreso a sus labores y el estado de salud de sus hijos. Esta lista de cotejo se aplicó de forma individual a cada una de las 38 personas, mientras se establecía un diálogo con ellos sobre el estado de sus hijos.
- Trifoliales de detección y abordaje de manifestaciones de ansiedad y sus consecuencias. Se entregó a los padres de familia un trifoliar, al tener una charla informativa, en la cual se llevó en dos sesiones. En la primera sesión asistieron 15 personas en su mayoría madres de familia, quienes estaban muy interesadas por la información, aceptaban libremente la información y compartían las experiencias vividas y cómo algunos síntomas presentados eran manifestados en su caso. En la segunda sesión asistieron 23 personas en ellas había una población mixta entre padres y madres, la mayoría de padres de familia manifestaban una negación en los posibles síntomas a presentarse, manifestando posteriormente controversia en los mismos, al comunicar o compartir sus experiencias.
- Testimonios de vida, estos se llevaron a cabo de forma individual en un espacio cerrado, en el cual las madres de familia exponían sus vivencias, durante el proceso de ingreso y hospitalización de sus hijos, como poco a poco fue avanzando la enfermedad y cómo ellas fueron deteriorándose a nivel de salud mental, física y social. Algunas madres de familia compartieron cómo se sintieron en todo el

proceso, sus inquietudes, dudas o inseguridad en la toma de decisiones para beneficio de sus hijos o hijas.

- Aplicación de Test de Ansiedad fue aplicado a toda la población con quien se trabajo de forma individual, iniciando con una pequeña dinámica de interacción, una entrevista sobre el estado de su hijo o hija y posteriormente al ir platicando con ellos se logro aplicar el test, cada una de las preguntas se les fueron explicando y acompañando en la respuesta de las misma. La aplicación del Test, logro realizar una clasificación del tipo de ansiedad manifestada, este test proporciona los síntomas y signos que algunos padres de familia pueden manifestar por estar expuestos al ambiente hospitalario, así como la expresión psíquica o somática en donde se manifiesta la ansiedad.
- Posteriormente el trabajo de campo realizado, conformado en su mayoría por terapia de grupo y charlas informativas, se evaluó el impacto del mismo por medio de un cuestionario de opinión de respuesta cerrada, la cual se tabuló porcentualmente para conocer de la funcionalidad del material proporcionado.

### CAPITULO III

#### III.PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

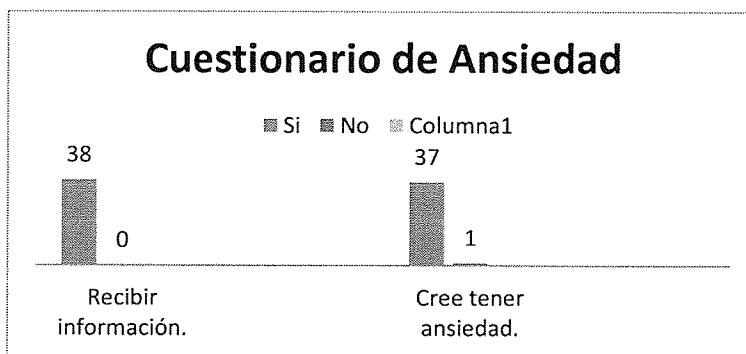
Al finalizar el análisis de la información manejada durante el proceso de estudio, se logro cumplir con los objetivos propuestos. Los padres de familia que ingresan a su hijo e hija al intensivo de un hospital, experimentan un cambio en sus rutinas y se afrontan a experiencias nuevas presentan una variabilidad de síntomas y signos ansiosos.

Se detectaron repercusiones somáticas o psicológicas que alteraban el funcionamiento adecuado en los diferentes roles que los padres de familia desempeñan como lo es, en su esfera familiar, laboral o social debido a estar emocionalmente alterados por el estado de salud de sus hijos, quienes para muchas madres e inclusive padres de familia son muy importantes y conllevan una carga emocional bastante grande, al sentir que los vínculos son rotos en el momento de dejarles abandonados en una camilla con aparatos y personal desconocido para el infante.

El interés de los padres de familia por obtener información y material, que les pueda orientar en la adecuada canalización de la ansiedad es alto. El 100% de los padres consideran importante poder obtener información sobre este tema para poder canalizar adecuadamente sus emociones y evitar los deterioros en la salud física o mental.

En un 97% los padres de familia creen tener ansiedad por lo cual, el apoyo y asistencia en este campo se hacen necesario, si se desea mejorar la salud mental y psicológica de los padres de familia se debe de capacitar a todo el personal que tiene relación a nivel de comunicación o servicio, para lograr una mejor estabilidad en la misma y propiciar un ambiente de tranquilidad en los padres de familia, el cual proporcionara las mejoras necesaria al paciente ingresado, ya que el padre o madre al asistir a la visita, no depositará ni cargará emocionalmente al niño o niña de culpabilidad, vulnerabilidad o lo minimizará o lo vea como una carga o castigo por su mismos prejuicios que puedan surgir de un inconscientes, por no haberlo querido en el momento de gestación o por convertirse en un limitante económico, social o de lo que anteriormente realizaban.

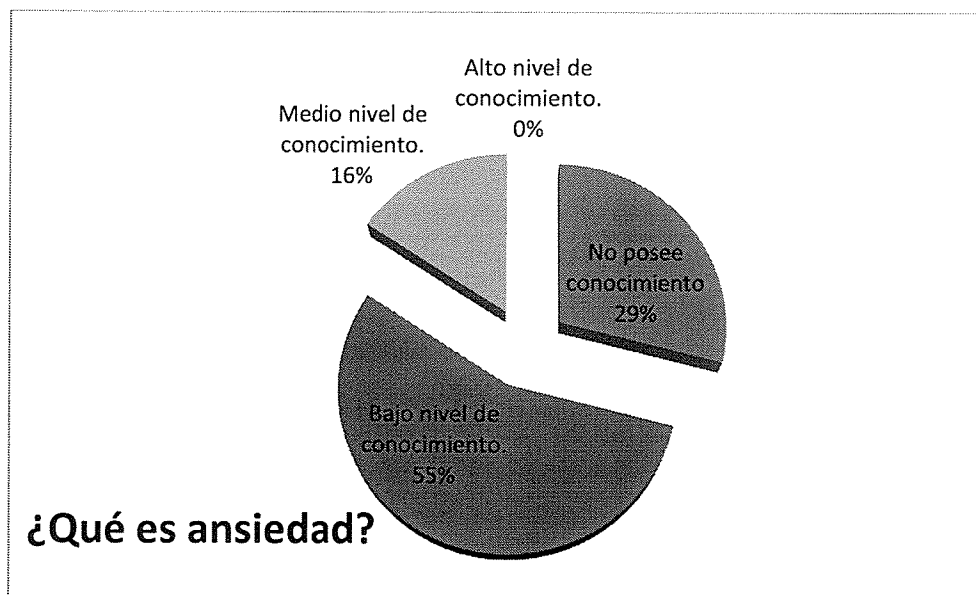
Gráfica 1



Cuestionario de Ansiedad. Autoras: Glendy Montufar y Claudia Chávez. 2012.

El instrumento de diagnóstico contenía una pregunta abierta para identificar el nivel de conocimiento previo que los padres de familia poseían en relación al tema objeto de estudio. La mayoría de padres de familia tenía alguna noción con el tema de ansiedad. Pero que era limitada impidiendo así un adecuado desarrollo de las capacidades de los padres, sin prever con los posibles síntomas a presentarse que les pueda ocasionar dificultades de relación familiar, el cambio emocional y sentirse más vulnerables puede provocar en ellos que otros familiares se aprovechen en su toma de decisiones así como en el cuidado de su salud física.

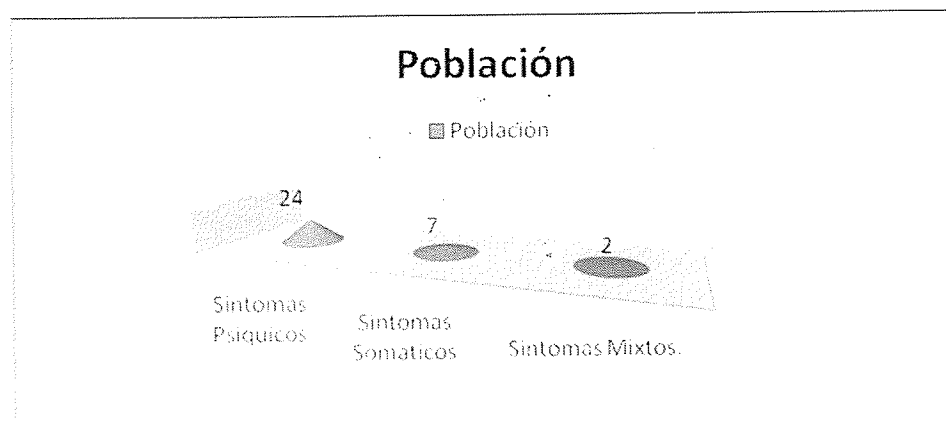
Gráfica 2



Cuestionario de Ansiedad. Autoras: Glendy Montufar y Claudia Chávez. 2012.

Como parte de las experiencias del trabajo de campo, se aplicó la escala de Ansiedad de Hamilton, que manifiestan el nivel de ansiedad que los padres de familia puedan presentar y la clasificación, el 73% de la población manifiesta una sintomatología a nivel psíquica el 21% de la población manifiesta una sintomatología somática y el 6% de la población manifiesta una sintomatología mixta. (somatica-psiquica). Eso comprueba que la mayoría de padres de familia que puedan manifestar ansiedad no asisten o solicitan ayuda para tratarla, porque no pueden evidenciar algún dolor en alguna parte de su cuerpo, al contrario de la población de padres de familia que manifiestan una sintomatología somática, ellos asisten al doctor para recibir alguna pastilla o indicaciones para tratar el dolor o malestar en alguna parte de su cuerpo. Tristemente es muy poco el médico que indaga en la vida del paciente y pregunta si ha tenido algún cambio en sus rutinas, dejándole solamente un medicamento o analgésico para los síntomas vivenciales. Es por ello que corren más riesgos aquellos padres de familia que su nivel psíquico se encuentra afectado, porque solo llegan a ser atendidos por un profesional de salud emocional al estar en riesgo o al llega a una depresión mayor que pueda evidenciarse, siendo el tratamiento más largo y costoso para el paciente.

Gráfica 3



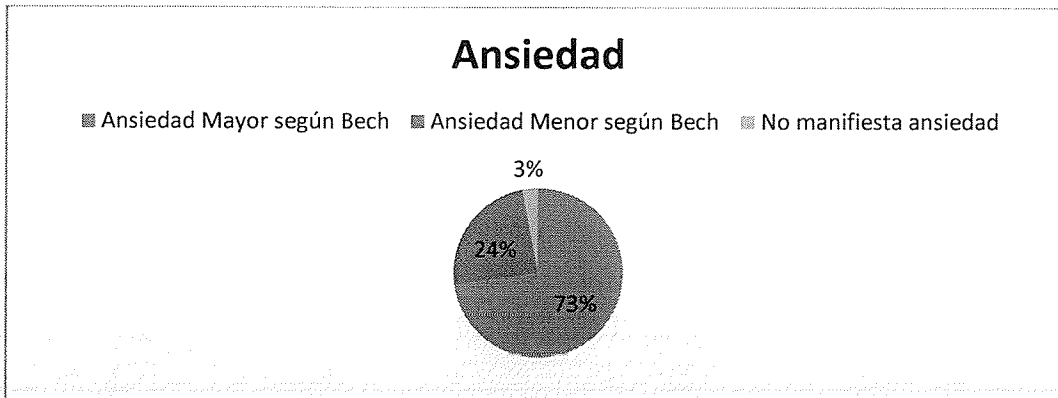
Carrobbles y Cols. Escala de Ansiedad de Hamilton. 1986

De la población total (38) padres de familia, el 73% manifiesta "Ansiedad mayor" según Bech, indicando que el vivir una experiencia de hospitalización produce un desequilibrio emocional, por los cambios de rutina, el enfrentarse a lo desconocido y el pronóstico incierto de sus hijos o hijas. Algunos padres de familia logran superar la



ansiedad, considerándose como una “Ansiedad menor” según Bech, logrando controlar un poco más sus impulsos, pero en su mayoría estos padres de familia no se quedan a dormir en el hospital y siguen laborando, manteniendo un poco más la rutina, aunque emocionalmente se encuentran afectados, logran sobrellevar sus emociones.

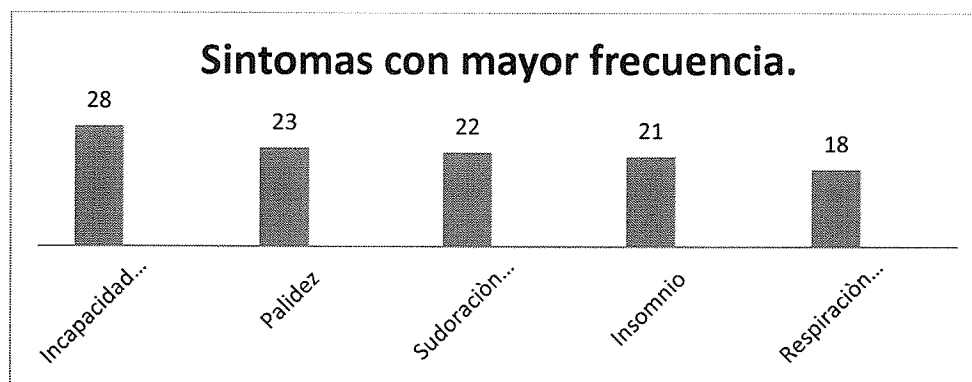
Gráfica 4



Carrobbles y Cols. Escala de Ansiedad de Hamilton. 1986

Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en los padres de familia, es la incapacidad de pensamiento, lo que no les permite tomar la solución más oportuna a las dificultades que se le presentan, poniendo en riesgo la salud de su hijo o hija hospitalizado e inclusive los que se quedan en casa, ya que se bloquean en sus decisiones y no logran realizar planificaciones u organizarse de una manera oportuna.

Gráfica 5



Lista de Cotejo. Escala de Ansiedad de Hamilton. Modificaciones: Glendy Rosalva y Claudia Chávez. 2012

En las terapias grupales, los padres de familia expresaban sus preocupaciones por como quedarían sus hijos o hijas después del proceso hospitalario, algunas madres expresaban sus sentimientos de culpa porque a veces deseaban que sus hijos se murieran para poder descansar, también para regresar a la vida que antes tenían por el cansancio de estar en el hospital. Otras madres que eran solteras, indicaban la dependencia que tenían a sus hijos o hijas, expresaban frases como “solo a él tengo en la vida, si se va que será de mí” aferrándose a los hijos quienes se encontraban en un estado crítico y se mantenían con vida por estar conectados a un ventilador mecánico, monitoreo de los signos vitales constante y estar alimentándose mediante suero intravenoso. Por el estado del cuerpo de los pacientes de estar tanto tiempo acostados, los niños o niñas tienden a presentar edema generalizada por la retención de líquido en los tejidos, algunas madres desconocían a sus hijos y se negaban aceptar que eran ellos, en su mayoría el poder tener un tiempo para platicar y contar la experiencia de cómo llegaron al hospital y escuchar experiencias similares, les daba la fortaleza para poder seguir, al igual que lograban bajar el nivel de culpabilidad.

### **3.1 CARACTERISTICAS DEL LUGAR Y POBLACIÓN**

#### **3.1.1 CARACTERISTICAS DEL LUGAR.**

El lugar donde se llevó a cabo la investigación es en el Hospital General de Enfermedades de Pediatría, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), de la zona 9 en el área de intensivo de pediatría. El lugar cuenta con un espacio abierto en el que se encuentran 20 cunas para atención, en sus mayorías siempre se encuentran utilizadas por la demanda de pacientes. En la misma área se encuentra un cubículo abierto para enfermería el cual cuenta con un escritorio, una silla y un teléfono de atención a las diferentes áreas del hospital. Se puede observar ventiladores mecánicos, monitores para cada uno de los pacientes. Al entrar a ese sector se deben tomar medidas de higiene para garantizar la salubridad y la mejoría de los pacientes que ingresados. Afuera del área se cuenta con un espacio de 3X4 mts, en el cual los padres de familia pueden descansar en lo que son atendidos, se cuenta con algunas colchonetas para el descanso nocturno de aquellas madres que viven afuera de la ciudad y de aquellas que deseen quedarse en el hospital. Se quedan por noche 10 a 15 madres quienes duermen utilizando las bancas y el suelo. Con la finalidad de poder estar más

tiempo con sus hijos e hijas en el momento de la visita o por lo lejos de sus hogares. Enfrente del cuarto de espera hay una sala de jefatura de pediatría, que cuenta con dos espacios un poco más amplios en el que el jefe de residentes atiende a padres de familia que necesitan ser referidos a otras unidades para realizar exámenes a los pacientes. Se encuentra un espacio de 1X1 en donde se encuentra una baranda, que antiguamente era utilizado para guardar los cilindros de oxígeno o aire. Actualmente algunos padres lo utilizan para descansar en la espera de información del estado de sus hijos o hijas. También se cuenta con una área de terapia respiratoria en donde se guarda todo el equipo necesario y la preparación del equipo en estado crítico. Se cuenta con un espacio para psicología en el cual la psicóloga del área realiza terapias y charlas según sea su necesidad. Los padres de familia cuentan con un sanitario para uso común en el cual hay regadera, sanitario y lavamanos para aseo personal.

### **3.1.2 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN.**

La mayoría de población es de sexo femenino, comprendida en las edades de 20 a 35 años. De estado económico medio-bajo, una gran parte madres solteras quienes asistían a las actividades en horario de visita. La mayoría de la población laboraba en ventas, contaban con familias numerosas.

Algunas de las madres eran referidas del área departamental, obligándoles a quedarse en las instalaciones del hospital. Las mujeres tendían a minimizarse y evitar la toma de decisiones si el esposo no se encontraba con ellas, se les observa mayores a la edad cronológica, por las experiencias de vida.

Otra parte de la población era indígena y en su mayoría analfabetas, quienes no laboraban y se encargaban del cuidado de la casa e hijos. Tendían a ser solidarias entre ellas mismas pero selectivas, tenían grupos según sus características en el cual interactuaban. Muchas mujeres pasaban a ser el rol de madres y cuidadoras de otras que se mostraban más débiles e inseguras, otras pasaban a tomar el papel de padre mostrándose autoritarias con sus compañeras en relación con quien podían interactuar y en la toma de decisiones. Se observaba en la población una carencia afectiva y la necesidad de aceptación por lo demás. Algunas se tornaban agresivas verbalmente y realizaban comentarios sádicos en sus expresiones, otras eran agresivas pasivas autodañándose en el descuido de su persona.

## CAPITULO IV

### IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1 CONCLUSIONES

- En base a los resultados obtenidos los padres de familia al ingresar a su hijo o hija a un hospital en un estado crítico, manifiestan diversos signos y síntomas ansiosos los cuales repercuten en todas sus esferas, tanto social, emocional, psicológica e intelectual, al ver la incapacidad de tomar decisiones, cuidado personal y la interacción social limitada.
- El Hospital General de Enfermedades de Pediatría del IGSS de la zona nueve cuenta con solo una Psicóloga, para todo el hospital, la cual no le permite brindar un adecuado apoyo emocional a los padres de familia que ingresan a su hijo o hija al área de intensivo, dando terapias grupales tan solo dos veces al mes por la masificación de pacientes ingresados.
- La mayor parte de los padres que tienen sus hijos o hijas ingresados en el área del intensivo, desconocen el significado de ansiedad, aunque ellos presenten la mayoría de los signos y síntomas de la misma.
- El padre de familia que posee un adecuado control de sus emociones y manejo de las mismas, puede enfrentarse sanamente a cualquier eventualidad del diario vivir, disminuyendo el riesgo del deterioro de la salud mental y física.
- El que los padres de familia puedan poseer los conocimientos y el acompañamiento de un profesional de la salud mental, mejora el pronóstico y calidad de vida de su hijo o hija hospitalizado, debido a que estimula las necesidades del infante o niño/niña.

## 4.2 RECOMENDACIONES

- Que el departamento de Salud del Ministerio de Salud contemple, como parte de nuevas gestiones, implementar, obligatoriamente, el incremento de profesionales de salud mental en los hospitales, para proporcionar el adecuado acompañamiento a todo ser humano.
- Que las autoridades de las instituciones de salud, muestren receptividad y atención a las necesidades de los padres de familia en todas sus esferas, proporcionándoles espacios agradables para su descanso y comunicación, en beneficio y mejoría del pronóstico del paciente.
- Es recomendable que a los padres de familia, en especial a los que tienen sus hijos en un área crítica, se les brinden información adecuada sobre el estado de salud de los niños y los reglamentos del hospital y/o servicio, para que ellos sientan más seguridad y confianza del personal médico y paramédico.
- Es recomendable que haya una buena comunicación entre médico y psicóloga para obtener mejores resultados en la salud del paciente tanto físico como emocional.
- Es recomendable que el personal médico y paramédico tengan conocimiento sobre la importancia del apoyo emocional del paciente ingresado como el de los padres de familia, para que la recuperación de la enfermedad sea más rápido.

## BIBLIOGRAFÍA

- **Alvarado, José Luis, Garrido, Alicia, Torregrosa, José Ramón.** Psicología Social Aplicada Editorial McGraw-Hill. Madrid: 1996. 534 páginas.
- **Barnat, J.** Enciclopedia Médica Básica. Tomo I Ediciones Nauta S.A.: Barcelona. 1977. 211 páginas.
- **Baro, Ignacio Martin.** Acción e Ideología. Cuarta edición. Editorial Talleres Gráficos UCA. El Salvador. 1990. 459 páginas.
- **Cano Vindel, Antonio.** La ansiedad. Arguval. España: 2002. 150 páginas.
- **Cattaneo, Beatriz H.** Informe Psicológico. 3ra. Edición, editorial Universidad de Buenos Aires, 2,005. 207 páginas.
- **Fernández Traspalacios. José L.** Psicología General II. Séptima edición. Editorial Herreros. Madrid. 1991. 404 páginas.
- **FINCH, Stuart M.** Fundamentos de Psiquiatría Infantil. Editorial Psique, Argentina 1976, Páginas 654.
- **Ibor Aliño, Juan j.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Cuarta edición, editorial MASSON, S.A. Barcelona 2005. 347 páginas.
- **Jean Laplanche.** La angustia. Problemáticas I. Amorrortu. Argentina. 2000. 343 páginas.
- **Lobo A, Camorro L, Luque A et al.** Validación de las versiones en español dela montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 493 páginas.

- **Lois E. Anderson.** Diccionario de Medicina MOSBY. Cuarta edición. Editorial Oceano: Barcelona. 2003. 1504 páginas.
- **M. Lewis.** Desarrollo psicológico del Niño. Conceptos evolutivos y clínicos. Segunda edición. Interamericana. México. 1984. 429 páginas.
- **Monedero, Carmelo.** Antropología y Psicología. España: Pirámide. 1995. 158 páginas.
- **Monedero, Carmelo.** Psicopatología General. Segunda edición. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1978. 895 páginas.
- **Monedero Gil, Carmelo.** Psicopatología Humana. Madrid: Siglo XXI, 1996. 453 páginas.
- **Moritz, Hans.** La familia y sus valores formativos. España: Herder. 1969. 208 páginas.
- **Morris, Charles G. y Maisto, Albert.** Psicología. Décima edición, Editorial Pearson Educación. México 2001. 722 páginas.
- **Nieto Munuero, J., Abad Mateo, M., Esteban Albert, M. y Tejerina Arreal, M.** Psicología para Ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. McGrawHill. Madrid. 2004. 348 páginas.
- **Rieman, Fritz** Formas básicas de la angustia. Barcelona: Herder, 1978. 241 páginas.
- **Santrock, John W.** Psicología del desarrollo el ciclo vital. Decima edición. Editorial McGraw Hill. México 2006. 857 páginas.

- **Sartorius, Norman.** CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 1990. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 422 páginas.
- **Whittaker, James O. y Whittaker Sandra J.** Psicología Cuarta edición. Editorial McGraw Hill. México 1989. 785 páginas.
- Revista Pedagógica. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo.
- [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079897922003000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079897922003000300005&script=sci_arttext)
- <http://www.aperturas.org/20mendiolafofagy.html>.
- [Definición.de/hospital](http://Definición.de/hospital).



# ANEXOS

### Cuestionario Evaluativo.

Instrucciones: Marque con una X debajo de la respuesta afirmativa o negativa según sea su opinión, utilice lapicero.

1. Considera que las charlas informativas que se le proporcionaron le dieron los conocimientos básicos sobre la ansiedad.

SI	NO

2. Los ejercicios de relajación que se le proporcionaron le ayudan a controlar el nivel de ansiedad cuando se inicia.

SI	NO

3. Puede usted detectar cuando presenta un estado ansioso.

SI	NO

4. Cree importante el recibir información sobre esta temática.

SI	NO

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estudiantes: **Glendy Montufar/Claudia Chávez**

**Instrucciones:** Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderad o	Grave	Muy grave/ Incapacit
1. <i>Estado de ánimo ansioso.</i> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	1	2	3	4	5
2. <i>Tensión.</i> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	1	2	3	4	5
3. <i>Temores.</i> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	1	2	3	4	5
4. <i>Insomnio.</i> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	1	2	3	4	5
5. <i>Intelectual (cognitivo)</i> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	1	2	3	4	5
6. <i>Estado de ánimo deprimido.</i> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	1	2	3	4	5
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	1	2	3	4	5
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	1	2	3	4	5
9. <i>Síntomas cardiovasculares.</i> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	1	2	3	4	5
10. <i>Síntomas respiratorios.</i> Opresión o constricción en el pecho, sensación de	1	2	3	4	5

ahogo, suspiros, disnea.					
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	1	2	3	4	5
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	1	2	3	4	5
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	1	2	3	4	5
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	1	2	3	4	5

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

**Uso del profesional:** Se pueden obtener ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítem 7,8,9,10,11,12 y 13) Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

**Cuestionario de Ansiedad.**

Instrucciones: Conteste con lapicero y letra de molde las siguientes preguntas, esto nos ayudara a realizar un trifoliar informativo para proporcionarle.

1. ¿Qué es ansiedad?

---

---

2. ¿Cree usted tener ansiedad? ¿Por qué?

---

---

3. ¿Qué hace usted para disminuir la ansiedad?

---

---

4. Le gustaría recibir información de cómo manejar la ansiedad.

---

---

5. Considera importante obtener información sobre este tema. ¿Por qué?

---

---

## LISTA DE COTEJO

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_

### ANSIEDAD QUE MANIFIESTAN LOS PADRES DE FAMILIA QUE INGRESAN A SU HIJO O HIJA AL INTENSIVO DE PEDIATRIA DEL IGSS ZONA 9

INDICADORES	PRESENTE	AUSENTE
Sudoración de las manos		
Palidez		
Movimientos de alguna parte del cuerpo		
Incapacidad de mantenerse en un solo sitio		
Inquietud		
Tartamudea al comunicarse		
Voz quebradiza		
Carraspeo constante		
Respiración acortada		
Toma líquidos constantemente		
Incapacidad de pensar con claridad		
Insomnio (dificultad para reconciliar el sueño)		
Frecuencia respiración y cardiaca aumentada		
Palpitaciones fuertes		
<b>TOTAL</b>		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

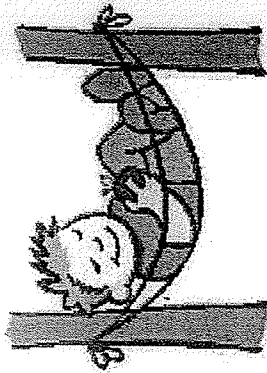
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo prevenir la ansiedad?

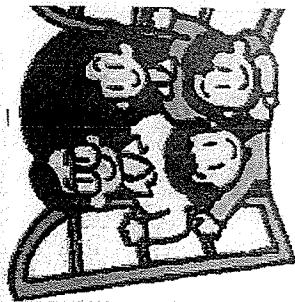
- Reduzca el estrés, mediante el uso de técnicas de relajación o respiración.
- Cambie gradualmente sus hábitos de alimentación, evitando el uso de consumos estimulantes.
- Confronte y corrija las creencias negativas o erradas.
- Modifique los pensamientos negativos.
- Rompa rutinas o cambie de ambiente algunos días.

## RELAJACIÓN



USAC-CUM

# Ansiedad



Claudia Chávez

Glendy Montufar

2012

Universidad de San Carlos de  
Guatemala.

Centro Universitario  
Metropolitano.

Escuela de Ciencias  
Psicológicas

# ANSIEDAD

¿Cómo se manifiesta?

La ansiedad es un proceso natural de activación fisiológica que hace movilizar a los seres humanos.

La ansiedad mal canalizada puede manifestarse con en dos ámbitos el cognitivo y el físico.

Algunas personas tienen problemas de ansiedad que causan reacciones extremas de estrés, convirtiéndose en pequeñas dificultades en crisis mayores. Si una persona se siente tensa, enojada o preocupada o tensa con frecuencia, es posible que sufra de ansiedad. Los problemas de ansiedad generalmente necesitan atención, y muchas personas buscan la ayuda de un consejero profesional para superarlos.

Para poseer mayor información puede acercarse al departamento de psicología de este hospital, con gusto le atenderemos.

¿Cuándo se vuelve peligrosa?

Cuando la ansiedad no es canalizada de forma apropiada puede alterar el equilibrio emocional o físico de las personas; provocando en ellas dificultades para desenvolverse correctamente en su ámbito social, laboral y familiar.

SINTOMAS DE LA ANSIEDAD:

Preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos, dificultades para pensar, o concentrarse, sudoración, tensión muscular, palpitaciones, temblor, molestias en el estómago, dificultades respiratorias, dolores de cabeza.



## GLOSARIO

1. **ADAPTACIÓN:** Término utilizado por el ajuste de nueva información acerca del medio ambiente.
2. **AMBIENTE:** Totalidad de influencias sobre desarrollo que no son genéticos ni de la experiencia.
3. **ANSIEDAD:** Es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma o situación ambigua o de resultado incierto y nos prepara para actuar ante ellas.
4. **ANGUSTIA:** Temor opresivo sin causa precisa.
5. **ANSIEDAD ANTE LOS EXTRAÑOS:** Cautela ante la persona y los lugares extraños que algunos niños muestran durante los primeros años de vida.
6. **ANSIEDAD DE SEPARACIÓN:** Malestar que muestra un niño cuando un cuidador le es familiar se va.
7. **APEGO:** Vínculo recíproco y permanente entre el niño y el cuidador en el que cada uno de ellos contribuye en la calidad de la relación.
8. **APRENDIZAJE:** Acción de aprender algún arte u oficio.
9. **ASOCIATIVO:** Capaz de asociar.
10. **CARACTERÍSTICAS:** Conjunto de rasgos que pueden ser clasificados por diferentes especies.
11. **DEPRESIÓN:** trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos agobiantes de tristeza, de falta de interés en las actividades, puede ser por excesivos sentimientos de culpa o de minusvalía personal.
12. **DEPRESIÓN INFANTIL:** Trastorno del estado de ánimo caracterizado por síntomas tales como la sensación prolongada de falta de amigos, la incapacidad.
13. **EMOCIÓN:** Es un dispositivo de respuesta ante situaciones de peligro o amenaza a la integridad y equilibrio del individuo.
14. **ENTIDAD:** Lo que constituye la esencia o la forma de una cosa.
15. **HOSPITAL:** Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practica también la investigación y la enseñanza.
16. **MECANISMO DE DEFENSA** Son todas aquellas estrategias, generalmente de carácter inconsciente de que se sirve el Yo en las situaciones de conflicto con el

exclusivo propósito de impedir la aparición y o mantenimiento de la ansiedad a que daría lugar una situación de conflicto.

17. **PANICO:** Miedo grande o temor muy intenso.

18. **PERIODO CRÍTICO:** Momento específico en que un suceso dado o su ausencia ejerce gran impacto en el desarrollo.

19. **PERSONALIDAD:** patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persiste a través del tiempo y de las situaciones.

20. **SINTOMA:** Es subjetivo, lo que la persona refiere.

21. **SIGNO:** Es lo que el clínico evaluador observa en el paciente.

22. **TERAPIA FAMILIAR:** Tratamiento psicológico en el que un terapeuta ve a toda la familia en conjunto para analizar patrones del funcionamiento familiar.

23. **TRASTORNO:** Tiene diferentes usos. Puede hacer referencia a una alteración leve de la salud o a un estado de enajenación mental.

24. **TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN:** Condición que implica una ansiedad excesiva y prolongada al separarse del hogar o de las personas con quienes el niño está apegado.