

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“DEPRESIÓN EN EL NIÑO DE 0 - 2 AÑOS HOSPITALIZADO EN EL ÁREA DE
INFANTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT”

GABRIELA JÚAREZ ARENAS

ELBA MICHELLE ECHEVERRÍA ESCOBAR

GUATEMALA, AGOSTO DE 2013

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“DEPRESIÓN EN EL NIÑO DE 0 - 2 AÑOS HOSPITALIZADO EN EL ÁREA DE
INFANTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

GABRIELA JUÁREZ ARENAS

ELBA MICHELLE ECHEVERRÍA ESCOBAR

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, AGOSTO DE 2013

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS 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 DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal

Edgar Alejandro Cerdón Osorio

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 371-2013
CODIPs. 1402-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

26 de agosto de 2013

Estudiantes
Gabriela Juárez Arenas
Elba Michelle Echeverría Escobar
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SEXTO (16°.) del Acta TREINTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL TRECE (35-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 21 de agosto de 2013, que copiado literalmente dice:

DÉCIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: “**DEPRESIÓN EN EL NIÑO DE 0-2 AÑOS HOSPITALIZADO EN EL ÁREA DE INFANTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Gabriela Juárez Arenas
Elba Michelle Echeverría Escobar

CARNÉ No. 2006-16621
CARNÉ No. 2008-21173

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la M.A. Karla Emy Vela Díaz, y revisado por la Licenciada Elena María Soto Solares. 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”

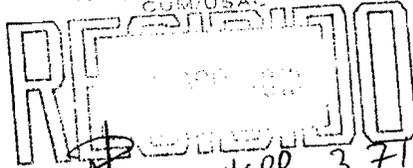


M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción - Información
CUM/USAC



FIRMA: 

HORA: 14:00

Registro: 3 71-13

CIEPs 569-2013
REG 371-2013
REG: 016-2013

INFORME FINAL

Guatemala 20 de agosto 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Elena María Soto Solares ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“DEPRESIÓN EN EL NIÑO DE 0-2 AÑOS HOSPITALIZADO EN EL ÁREA DE INFANTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”

ESTUDIANTE: **Gabriela Juárez Arenas**
Elba Michelle Echeverría Escobar

CARNÉ No.
2006-16621
2008-21173

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 14 de agosto del presente año y se recibieron documentos originales completos el 20 de agosto, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis

CIEPs. 570-2013
REG 371-2013
REG 016-2013

Guatemala, 20 de agosto 2013

**SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO**

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

**“DEPRESIÓN EN EL NIÑO DE 0-2 AÑOS HOSPITALIZADO EN EL ÁREA
DE INFANTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”**

ESTUDIANTE:	CARNÉ No.
Gabriela Juárez Arenas	2006-16621
Elba Michelle Echeverría Escobar	2008-21173

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 06 de agosto del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Elea María Soto Solares
DOCENTE REVISORA



Areliis./archivo

Guatemala, 24 de mayo de 2013

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:

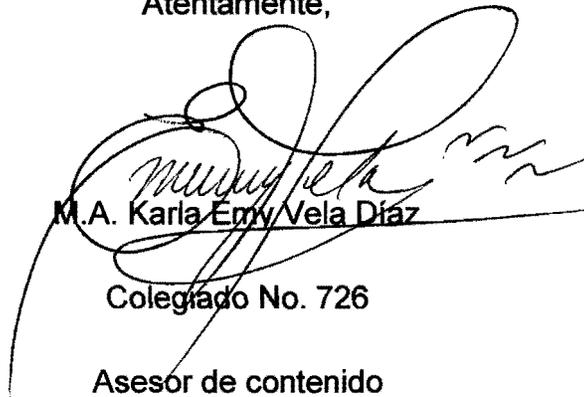
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “Depresión en el niño de 0 a 2 años hospitalizado en el área de infantes del Hospital Roosevelt” realizado por los estudiantes GABRIELA JUÁREZ ARENAS, CARNÉ 2006-16621 Y ELBA MICHELLE ECHEVERRÍA ESCOBAR, CARNÉ 2008-21173.

El trabajo fue realizado a partir DEL 21 DE JUNIO DE 2012 HASTA EL 24 DE MAYO DE 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito que proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



M.A. Karla Emy Vela Díaz
Colegiado No. 726
Asesor de contenido

Oficio No. JP/188/2013
Guatemala 30 de mayo de 2013

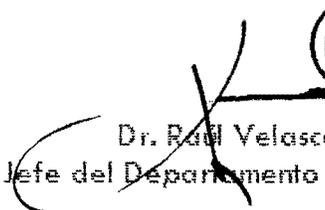
Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciada Alvarez

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Gabriela Juárez Arenas, carné 2006-16621 y Elba Michelle Echeverría Escobar, carné 2008-21173 realizaron en esta institución 30 evaluaciones de Gráfico del Desarrollo EDIN I y 30 listas de cotejo sobre depresión infantil como parte del trabajo de Investigación titulado "Depresión en el niño de 0 a 2 años hospitalizado en el área de infantes del Hospital Roosevelt" en el periodo comprendido del 20 de abril al 11 de mayo del presente año, en horario de 8:00 a 13:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio a nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,


Dr. Raúl Velasco
Jefe del Departamento Pediatría



PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR GABRIELA JÚAREZ ARENAS

ÁNGEL RODOLFO JÚAREZ BRENNER

INGENIRERO AMBIENTAL

COLEGIADO 5395

POR ELBA MICHELLE ECHEVERRÍA ESCOBAR

MELISSA REBECA ECHEVERRÍA ESCOBAR

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES, ABOGADA Y NOTARIA

COLEGIADO 17678

M.A. KARLA EMY VELA DÍAZ

PSICÓLOGA

COLEGIADO 726

DEDICATORIAS
GABRIELA JUÁREZ ARENAS

ACTO QUE DEDICO

A MIS PADRES: Por siempre darme el apoyo que necesitaba para seguir adelante y por alentarme a buscar mis sueños sin rendirme pero sobre todo por su amor incondicional y sus grandes consejos lo cuales me ayudaron a ser la persona que soy.

A MIS HERMANOS: Por su amor y por siempre estar conmigo en pequeñas cosas que me impulsaron a seguir adelante y alcanzar los logros que he obtenido

A MI ABUELITA: Por darme siempre un consejo sabio para no dejarme vencer y nunca dejar de soñar en grande.

AL RESTO DE MI FAMILIA: Por siempre preocuparse por mi y estar de manera incondicional a mi lado

A MIS AMIGOS: que estuvieron a mi lado incondicionalmente con los que empecé estos sueños los cuales con el pasar del tiempo hemos ido cumpliendo, por esos maravillosos momentos que vivimos juntos y por los hermosos recuerdos que me quedarán para toda la vida

A MI PAREJA DE TESIS por haberme ayudado a obtener este logro con un excelente trabajo en equipo

A MI SUPERVISORA: por siempre apoyarnos y por el gran conocimiento que nos proporcionó a través de enseñanzas y experiencias maravillosas e inolvidables.

A MIS COMPAÑERAS DE PRÁCTICA: Por siempre darme lecciones de vida y por esos magníficos momentos que vivimos juntas

Y SOBRETUDO A DIOS: por ayudarme a alcanzar mis sueños y guiarme por el camino correcto.

ELBA MICHELLE ECHEVERRÍA ESCOBAR

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por todas las bendiciones brindadas y por la oportunidad de haber llegado a este punto.

A MIS PADRES: Por el esfuerzo, trabajo arduo, dedicación, amor, apoyo y comprensión incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida y me han llevado hasta este punto de mi carrera.

A MIS HERMANOS: Por darme consejos y momentos de alegría y felicidad.

A MI COMPAÑERA DE TESIS: Por la confianza, dedicación y esfuerzos plasmadas en este trabajo.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: Por la amistad, apoyo, consejos, enseñanzas y momentos de alegría durante los años de mi formación y durante la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

- A:** LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
- A:** LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
- A:** EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA.
- A:** EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA, DR. RAÚL VELASCO
- A NUESTRA REVISORA:** LIC. ELENA SOTO.
- A NUESTRA ASESORA:** M.A. KARLA EMY VELA DIAZ.
- A:** TODOS AQUELLOS QUE COLABORARON EN NUESTRA INVESTIGACIÓN.

ÍNDICE

Resumen

Prólogo

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1 Planteamiento del Problema	4
1.1.2 Marco teórico	6
A. Desarrollo del niño	6
B. El niño hospitalizado	23
C. Depresión infantil	26
D. Depresión en neonatos y lactantes	28
1.1.3 Hipótesis	34
1.1.4 Delimitación	35

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas e instrumentos	36
-----------------------------	----

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Características del lugar y la población

3.1.1 Características del lugar	40
3.1.2 Características de la población	40
3.2 Análisis Global	49

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	57
4.2 Recomendaciones	58
Bibliografía	60
Anexos	62

RESUMEN

- **Título del proyecto:**

Depresión en el niño de 0-2 años hospitalizado del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

- **Nombre de autores:**

Elba Michelle Echeverría Escobar.

Gabriela Juárez Arenas.

La institución en la que se llevó a cabo la investigación es el Hospital Nacional Roosevelt ubicado en Calzada Roosevelt y 5ª. Calle de la zona 11, Ciudad de Guatemala. Se realizó con el objetivo general de analizar la presencia o ausencia de depresión en niños del área de infantes de dicha institución y como objetivos específicos detectar las reacciones emocionales, explicar cómo influye la hospitalización en el desarrollo psicomotor así como la influencia en el apego con la madre y la influencia de la duración de la hospitalización en la depresión. El trabajo de campo se realizó durante el año 2013 en los meses de abril y mayo en un tiempo estimado de 1 mes con asistencias de 5 horas por visita; durante la investigación se realizaron evaluaciones a los niños internados en la institución con el fin de precisar las dimensiones de la depresión que estos podían presentar, las técnicas e instrumentos aplicados fueron: la observación directa, el test EDIN I gráfica del desarrollo y una lista de cotejo basada en los síntomas de la depresión infantil en los niños de 0 a 2 años de edad .

La muestra fue seleccionada a través de la técnica de muestreo aleatoria por conglomerados, en este caso la unidad muestral fue la unidad hospitalaria de pediatría, del área de infantes. La población que se abarcó fue los niños entre 0 a 2 años de edad, hospitalizados y ubicados en el área e institución antes mencionadas que tenían por lo menos 5 días de hospitalización; a través de la investigación se logró identificar que la incidencia de depresión en el niño hospitalizado es del 67%, Los indicadores que aparecieron con mayor frecuencia fueron: fatiga o pérdida de energía (70%), irritabilidad (63%) y agitación o enlentecimiento (60%) y se evidenció que el desarrollo psicomotor de los niños hospitalizados se ve afectado en las áreas de lenguaje y hábitos de salud y nutrición.

PRÓLOGO

El propósito de esta investigación fue identificar la presencia de depresión en los niños de 0 a 2 años ingresados en el área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

La misma se realizó en el Hospital antes mencionado ubicado en Calzada Roosevelt y 5ª. Calle, zona 11, Ciudad de Guatemala. El hospital ofrece servicios médicos y hospitalarios especializados de forma gratuita en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología y demás subespecialidades. La investigación se llevó a cabo en la unidad de pediatría, en el área de infantes en la cual se encuentran ingresados los niños de 0 a 2 años de edad.

La investigación se realizó en el periodo comprendido del 20 de abril al 11 de mayo del presente año con niños que tenían un tiempo de hospitalización de 5 a 60 días ingresados por diferentes enfermedades, estando entre las más comunes, las enfermedades respiratorias y la desnutrición.

Esta investigación surgió de la necesidad a la que se enfrentan los infantes ingresados en el Hospital Nacional Roosevelt y los padres que los acompañan. Durante los años de la infancia los niños necesitan contar con cuidados de calidad y buenas oportunidades para aprender, deben recibir una nutrición adecuada y apoyos comunitarios para las familias, para poder así facilitar el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y de regulación.

Cuando un niño debe permanecer hospitalizado, el personal debe ser capaz de atender a las necesidades fisiológicas, pero también las necesidades de tipo psicológicas y sociales que afectan a su bienestar, es necesario analizar las consecuencias que la hospitalización puede tener en los niños, las cuales dependerán de las características individuales de cada niño como los son la

enfermedad, el tipo de tratamiento, la duración de la hospitalización y el apego con la madre o encargado.

En esta investigación se logró tener un conocimiento científico acerca de la depresión en niños hospitalizados, respondiendo a todas las interrogantes planteadas y cumpliendo con todos los objetivos trazados.

Se llegó al conocimiento de las diferentes respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que tienen los niños y la familia ante el hecho de la hospitalización. Algunas de estas respuestas son nocivas y no permiten la adaptación del niño al ambiente hospitalario. Se pudo también identificar la incidencia de la depresión en el niño hospitalizado, cómo reacciona ante esta situación, cómo es su desarrollo psicomotor, cómo se relaciona con la madre y cómo influye el tiempo de la hospitalización en la depresión.

CAPÍTULO I

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.

1.1.1 planteamiento del problema.

Investigaciones acerca de muchos trastornos psiquiátricos en lactantes y niños se inician basadas en el supuesto convencional de que el estado por examinarse existe como un fenómeno clínico bien definido. Pero este no es el caso del estudio de la depresión en las dos poblaciones antes mencionadas.

La depresión ha comenzado a ser un problema creciente en las sociedades desarrolladas ya que, además de producir infelicidad severa a muchas personas, representa una fuente de preocupación y lo más alarmante es que esta tasa de crecimiento ascendente afecta también el mundo de los infantes, este hecho es tan difícil de entender que durante mucho tiempo se negó la existencia de la depresión infantil y solo se admitía su comienzo en la edad juvenil; no fue hasta mediados del siglo XX que se empezaron a dar las primeras descripciones acerca de la depresión infantil que surgieron a cargo de dos psicoanalistas heterodoxos: René A. Spitz y Jonh Bowly ambos descubrieron que algunos niños al ser separados de las madres presentaban importantes cambios en el comportamiento como: llantos, retraimiento, desinterés, apatía, descenso del apetito, estancamiento en el desarrollo, inexpressión facial, anomalías en la coordinación motora, movimientos espásticos y mayor morbilidad, tales características estaban muy cerca de lo que se consideraba depresión en el adulto; a este fenómeno Spitz y Bowly le llamaron depresión anaclítica u hospitalismo.

Una hospitalización a corta edad puede provocar gran impacto en el niño lo cual puede causar depresión infantil; en el contexto de la enfermedad médica o de una internación, es preciso subrayar que tristeza y depresión no son

sinónimas. Un niño puede estar triste porque la situación que atraviesa es penosa para él, con una magnitud acorde con el hecho que la motiva. La depresión en cambio, es un estado abarcativo y persistente que compromete el funcionamiento global. El niño puede no referir motivos de tristeza, incluso puede no llorar y no obstante dar cuenta, a través de apatía y desinterés, de padecer un sufrimiento profundo.

También puede presentar irritabilidad como manifestación predominante del estado de ánimo depresivo. En un acercamiento a la población del área de infantes del hospital Roosevelt de Guatemala se pudo observar diariamente existencia de casos de niños que muestran estos síntomas y debido a la falta de recursos económicos y de conocimientos sobre la problemática muchas veces se pasa por alto las repercusiones que más adelante puede causar este trastorno.

La población que se encuentra en el área de infantes del hospital Roosevelt son niños de 0 a 2 años de edad, la mayoría ubicados en un nivel socioeconómico bajo que a pesar de la presencia de la madre suelen padecer dificultades para establecer un vínculo adecuado con ella sin mencionar la desvinculación que tienen con el resto de la familia, es por eso que esta investigación tuvo como objetivo realizar evaluaciones a los niños internados con el fin de precisar las dimensiones del problema; se utilizaron distintos instrumentos como el test EDIN el cual mide el desarrollo del niño y una lista de cotejo basada en los síntomas que presenta la depresión infantil esto con el fin de evaluar el desarrollo en general, el funcionamiento emocional y social del niño y evidenciar si hay o no retraso en algunas de las áreas, a través de los instrumentos seleccionados se trató de evidenciar si el niño ingresado padece o no de depresión infantil de acuerdo a los síntomas encontrados para así darle una atención adecuada e integral.

Las interrogantes que guiaron la investigación son las siguientes:

- ¿Cuál es la incidencia de depresión en el niño hospitalizado?
 - ¿Cuáles son las reacciones emocionales que presenta el niño al ser hospitalizado?
 - ¿Cómo influye la hospitalización en el desarrollo psicomotor del niño?
 - ¿Cómo influye la hospitalización en el apego del niño con la madre?
- ¿Qué influencia tiene la duración de la hospitalización en la depresión?

1.1.2 Marco teórico

A. DESARROLLO DEL NIÑO

Se conoce como desarrollo infantil al estudio científico de los procesos de cambio y estabilidad desde la concepción hasta la adolescencia.

El desarrollo del niño constituye un proceso global que abarca el desarrollo tanto físico como cognoscitivo, psicosocial y afectivo.

Los niños tienen un crecimiento más rápido durante los primeros tres años de vida. Conforme el bebé crece, la forma y la proporción del cuerpo también cambian.

El crecimiento y desarrollo físico de un niño sigue los siguientes principios de maduración: principio cefalocaudal y principio proximodistal.

Según el principio cefalocaudal, el crecimiento se da de arriba hacia abajo, debido a que el cerebro crece de modo tan rápido antes del nacimiento, la cabeza de un recién nacido es desproporcionadamente grande a comparación de las otras partes de su cuerpo; los bebés aprenden a utilizar primero las partes superiores del cuerpo y luego las inferiores.

Según el principio proximodistal, el crecimiento y desarrollo motor van del centro del cuerpo hacia afuera. Los bebés primero desarrollan las habilidades

para utilizar la parte superior de los brazos y piernas, las cuales están más cerca del centro del cuerpo, luego las manos y los pies, hasta llegar a los dedos.

En el desarrollo del niño, se ven implicados tanto factores biológicos como factores ambientales. El sistema nervioso central controla el funcionamiento sensoriomotor, el cerebro crece con mayor rapidez durante los meses previos e inmediatamente después del nacimiento, cuando las neuronas migran a sus ubicaciones asignadas, formando conexiones sinápticas e integrándose y diferenciándose. La muerte celular y la mielinización incrementan la eficiencia del sistema nervioso.

Un ejemplo del desarrollo cognitivo y motor en los bebés, son los reflejos tempranos. Estos son indicadores del estado neurológico y respuestas automáticas, involuntarias e innatas a la estimulación, y la mayoría de ellos desaparecen durante el primer año, conforme se desarrolla el control cortical voluntario. A continuación se presentan los reflejos según la edad de aparición:

Reflejos humanos tempranos¹

Reflejo	Estímulo	Conducta del bebé	Edad en que suele aparecer	Edad en que suele desaparecer
Moro	Soltar al bebé o exponerlo a un ruido fuerte.	Extiende piernas, brazos y dedos; arquea la espalda; echa la cabeza hacia atrás.	7 ^o mes de gestación	3 meses
Darwiniano (de prensión)	Tocar la palma de la mano del	Cierra el puño con fuerza; se le puede alzar hasta estar	7 ^o mes de gestación	4 meses

¹Papalia, D. E, "Psicología del desarrollo", McGraw-Hill, Edición 11, México, 2005, página 146

	bebé.	parado si ambos puños se sujetan de un soporte.		
Tónico del cuello	Acostar al bebé sobre su espalda.	Gira la cabeza hacia un lado, toma la posición de “esgrimista”, extiende brazos y piernas hacia su lado preferido, flexiona los miembros opuestos.	7º mes de gestación	5 meses
Babkin	Tocar ambas palmas de las manos del bebé al mismo tiempo.	Abre la boca, cierra los ojos, flexiona el cuello, echa la cabeza hacia adelante.	Nacimiento	3 meses
Babinski	Tocar la planta del pie del bebé.	Abre los dedos y gira el pie.	Nacimiento	4 meses
Orientación	Tocar la mejilla o el labio inferior del bebé	Voltea la cabeza, abre la boca, comienza a succionar.	Nacimiento	9 meses

	con el dedo o el pezón.			
Marcha	Sostener al bebé por las axilas, con los pies descalzos posados en una superficie plana.	Hace movimientos que asemejan a una marcha bien coordinada.	1 mes	4 meses
Nado	Colocar al bebé boca abajo dentro del agua.	Realiza movimientos de nado bien coordinados.	1 mes	4 meses

a. Desarrollo motor

El desarrollo motor constituye una parte fundamental del desarrollo del niño, se manifiesta en habilidades que un niño domina antes de continuar hacia otras más difíciles, éstas se desarrollan de manera sistemática.

Las habilidades motoras se desarrollan en cierta secuencia, la cual depende principalmente de la maduración pero también se ven implícitos el contexto, la experiencia y la motivación.

El desarrollo motor implica el desarrollo de habilidades motoras gruesas y finas. Las gruesas utilizan músculos grandes como piernas y brazos, y las habilidades finas utilizan músculos pequeños como los dedos.

Al nacer los bebés pueden voltear su cabeza de un lado a otro, mientras estén recostados sobre su espalda. Alrededor de los 4 meses de edad, todos los bebés deberían poder sostener su cabeza mientras se les sostiene o mientras estén sentados.

Aproximadamente a los 3 meses y medio, la mayoría de bebés pueden tomar un objeto de tamaño grande. Entre los 7 y 11 meses, sus manos ya tienen la coordinación para tomar un objeto pequeño utilizando el movimiento de pinza. A los 15 meses de edad, ya pueden construir una torre de dos cubos. A los 3 años un niño ya puede tomar un lápiz y hacer trazos con mayor precisión.

Después de los 3 meses, el bebé promedio empieza a rodar sobre su cuerpo, a los 6 meses puede sentarse sin apoyo. Entre los 6 y 10 meses empieza a movilizarse mediante el arrastre o gateo y poco después de los 7 meses empieza a ponerse de pie sosteniéndose de una mano. A los 11 meses la mayoría de bebés pueden estar de pie sin ayuda y caminan al cumplir 1 año. Durante el segundo año, los niños empiezan a subir una escalera colocando un pie tras otro y ya pueden correr y saltar. A los 3 años, ya pueden subir escaleras alterando los pies y pueden mantener el equilibrio en un solo pie.

b. Desarrollo cognoscitivo

Existen diferentes modelos de estudio en cuanto al desarrollo cognoscitivo. Entre estos modelos se destaca el modelo piagetiano, que describe etapas cualitativas en el funcionamiento cognoscitivo.

La primera de las 4 etapas del desarrollo cognoscitivo de Piaget es la etapa sensoriomotriz. Ésta comprende desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años y es aquí cuando los bebés aprenden sobre sí mismos y su mundo a través de sus actividades sensoriales y motoras en desarrollo.

Subetapas de la etapa sensoriomotriz²

Subetapa	Edad	Descripción
Uso de reflejos	0-1 mes	Los bebés utilizan los reflejos innatos y logran controlarlos. No tienen coordinación de la información de los sentidos. No pueden alcanzar objetos.
Reacciones circulares primarias	1-4 meses	Los bebés repiten conductas placenteras descubiertas al azar. Las actividades se enfocan en su propio cuerpo y no en el ambiente. Empiezan a adaptarse, coordinar información sensorial y a tomar objetos.
Reacciones circulares secundarias	4-8 meses	Empieza el interés por el ambiente. La conducta empieza a tener una intención.
Coordinación de esquemas secundarios	8-12 meses	Los actos empiezan a ser más deliberados e intencionales, utilizan conductas aprendidas con anterioridad para alcanzar una meta. Pueden anticipar acontecimientos.
Reacciones circulares terciarias	12-18 meses	Empiezan a experimentar debido a la curiosidad. Exploran su ambiente. Experimentan nuevas actividades y utilizan el ensayo y error para la solución de problemas.
Combinaciones mentales	18-24 meses	Empieza la representación de acontecimientos mentales. Comienzan a demostrar comprensión, utilizan símbolos como gestos y palabras.

²Papalia. Op.cit página 175

c. Desarrollo lingüístico

La adquisición del lenguaje es un aspecto importante del desarrollo cognoscitivo.

Desarrollo del lenguaje del nacimiento a los 3 años³

Edad en meses	Desarrollo
Nacimiento	Puede percibir el habla, llora, da algunas respuestas a los sonidos.
1 ½ a 3	Arrullos y risas.
3	Juega con sonidos del habla.
5-6	Produce sonidos constantes, tratando de imitar lo que oye.
6-10	Balbucea en series de consonantes vocales.
9	Utiliza gestos para comunicarse y juega juegos con gestos.
9-10	Comienza a comprender palabras (generalmente “no” y su nombre propio); imita sonidos.
9-12	Utiliza gestos sociales.
10-12	Ya no puede discriminar sonidos que no sean del propio idioma.
10-14	Dice su primera palabra (por lo general una etiqueta para algo).
10-18	Dice palabras aisladas.
13	Comprende la función simbólica de los nombres.
13	Utiliza gestos más elaborados.
14	Utiliza gestos simbólicos.
16-24	Aprende muchas palabras nuevas y aumenta pronto su vocabulario, de aproximadamente 50 a 400 palabras; emplea verbos y adjetivos.
18-24	Dice su primera oración (2 palabras).
20	Utiliza menos gestos; nombra más cosas.
20-22	Surge la comprensión.

³Papalia. Op.cit página 190

24	Emplea muchas frases de dos palabras; ya no balbucea; desea hablar.
30	Aprende nuevas palabras casi diariamente; habla con combinaciones de tres o más palabras; comprende muy bien; comete errores gramaticales.
36	Dice hasta 1,000 palabras, 80% de ellas inteligibles; comete algunos errores de sintaxis.

d. Desarrollo psicosocial

El desarrollo y la expresión de emociones parecen estar vinculados a la maduración del cerebro y al desarrollo cognoscitivo. El llanto, la sonrisa y la risa son las primeras señales de las emociones. Otros indicadores son las expresiones faciales, la actividad motora, el lenguaje corporal y los cambios fisiológicos.

De 0 a 3 meses los bebés empiezan a mostrar interés y curiosidad, sonrían a las personas. De los 3 a los 6 meses se da el despertar social y empiezan los primeros intercambios recíprocos entre el cuidador y el bebé. Entre los 6 y 9 meses empiezan los “juegos sociales” y empiezan a expresar diferentes emociones como la alegría, miedo, enojo y sorpresa. Durante los 9 y 12 meses los bebés empiezan a preocuparse por sus cuidadores y se vuelven temerosos ante extraños. De los 12 a 18 meses los niños empiezan a explorar su ambiente y basan su seguridad en personas a las que están apegadas. Entre los 18 y 36 meses los niños se vuelven ansiosos debido a la separación de los cuidadores, empiezan a tener conciencia de sus limitaciones en la fantasía, en el juego y al identificarse con adultos.

Durante estas etapas del infante el apego es de suma importancia para el desarrollo adecuado del infante. Al hablar de apego nos referimos al vínculo

emocional recíproco y perdurable entre el niño y un cuidador, la meta del sistema de apego es mantener al cuidador accesible y receptivo y para esto se utilizó el término disponibilidad.⁴ El apego tiene un valor adaptativo para los bebés. Según las conductas que el niño manifiesta durante la separación de su cuidador y sobre todo , por la actitud que presenta en el reencuentro el apego se puede clasificar en cuatro tipos principales: a) apego seguro b) apego ansioso evitativo, c) apego ansioso ambivalente/ resistente y d) apego desorganizado/ desorientado.⁵

- a) apego seguro, se caracteriza porque aparece ansiedad de separación, y reaseguramiento al volver a encontrarse con el cuidador; este modelo se caracteriza por la confianza que el niño tiene en el cuidador.
- b) apego ansioso-evitativo, es interpretado como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad del cuidador; muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador.
- c) 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 asegurarse la atención.
- d) apego desorganizado-desorientado se caracteriza por conductas contradictorias con el cuidador después de haber sido separado, en este modelo se incluían aquellos niños que no entraban dentro de ninguna de las categorías anteriores.

Los patrones de apego pueden depender del temperamento del bebé(fácil, difícil oralentizado), así como de los cuidados maternos, especialmente la sensibilidad maternal y la tolerancia a la ansiedad, Bowlby sostenía que el vínculo de apego entre la madre y el niño debía tener consecuencias tanto en

⁴Bowlby, J, "*Attachment and Loss:attachment*", Basic Books, Londres, 1969,página 177.

⁵Fonagy, P, "*Teoría del apego y psicoanálisis*", ESPAXS, S.A. PUBLICACIONES MÉDICAS, Barcelona, 2004, página 24.

relaciones posteriores como en la comprensión de uno mismo y en el desarrollo o no de psicopatología; por ejemplo: un niño con apego inseguro puede manifestar más adelante depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil, un niño con apego ambivalente puede manifestar trastornos de ansiedad durante la adolescencia y un niño con apego inseguro evitativo o desorganizado pueden manifestar síntomas disociativos en la infancia y conductas desorganizadas en la edad adulta.

El temperamento forma parte esencial en el desarrollo psicosocial. El temperamento es el estilo de comportamiento de un individuo y su forma de respuesta emocional. Los psicólogos evolutivos están especialmente interesados en el temperamento de los niños. Chess y Thomas clasificaron el temperamento del niño como: a) fácil; b) difícil, y c) ralentizado o difícil de entusiasmar.⁶

Los niños fáciles son niños que manifiestan un temperamento feliz, ritmos biológicos estables y aceptan experiencias nuevas.

Los niños difíciles son irritables, tienen ritmos biológicos irregulares y respuestas emocionales intensas.

Los niños difíciles de entusiasmar tienen un temperamento fácil pero no aceptan con facilidad experiencias nuevas.

Parece que los patrones de temperamento son principalmente heredados y que tienen una base biológica; suelen ser estables, pero pueden ser modificados por medio de la experiencia.

Hay características tanto del niño (temperamento), como de la madre que facilitan o dificultan establecer un vínculo de apego:

- Sensibilidad vrs insensibilidad

⁶Santrock, J. W, "*Psicología del desarrollo. El ciclo vital*", McGraw-Hill, Décima edición, Madrid, 2006, página 212.

- Aceptación vrs rechazo
- Cooperación vrs interferencias
- Accesibilidad vrs ignorancia

La madre que es sensible, que acepta al hijo, que coopera con él en las actividades y que es accesible ante las demandas de este, fomenta una conducta de apego. Por el contrario, si no se conmueve, rechaza, prohíbe e ignora las conductas del hijo, está produciendo una carencia que repercute en la estabilidad social y emocional del niño.⁷

e. Desarrollo psicológico

Hay varios exponentes que describen el desarrollo psicológico del niño y para explicarlo de una manera más adecuada utilizan distintas fases y sub fases, los exponentes más mencionados son:

- Margaret Mahler
- René Spitz

Desarrollo psicológico según Margaret Mahler.

El nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico no coinciden en el tiempo. El primero es un acontecimiento espectacular, observable y bien circunscripto; el último es un proceso intrapsíquico de lento desarrollo.⁸

Margaret Mahler basa, el desarrollo del niño y la constitución de su personalidad en la dependencia emocional que éste tiene respecto de la madre. Esta simbiosis madre-hijo, está basada en el hecho de que el niño no está

⁷Del Barrio, V., "Depresión Infantil. Causas, evaluación y tratamiento", Ariel, Barcelona, Edición ilustrada, 1997, página 73.

⁸ Mahler, M. , "El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación", Marymar, Buenos Aires, 1977,

psicológicamente preparado para sobrevivir sin ayuda. El desarrollo de la relación tiene lugar en paralelo al desarrollo infantil, y se pueden distinguir las siguientes etapas:

Fase autista: (0-1 mes)

Durante esta fase el infante parece ser un organismo puramente biológico, y sus respuestas son instintivas.

El objetivo principal de esta fase es el equilibrio homeostático con el ambiente, fuera del vientre de la madre. Estado de somnolencia casi ajeno a los estímulos externos, donde la satisfacción de las necesidades parece pertenecer a sí mismo. Los cuidados que ofrece la madre no son diferenciados de los esfuerzos propios. Los mecanismos para aliviar la tensión interna son toser, defecar, mamar, estornudar, orinar. La labor de la madre hace que se promueva la conciencia sensorial del ambiente y el contacto con él. Se establece la atención al exterior cuando el bebé mantiene la mirada hacia la cara de la madre. Es lo que Mahler denomina “el emerger del huevo” o “la ruptura del cascaron”.

Características:

- Organismo meramente biológico, la respuesta del ser humano en este nivel es instintiva y refleja
- Aparato egoico primitivo y no integrado
- Mecanismos de defensa somáticos
- Reacciones para mantener el equilibrio homeostático
- Equivale al narcisismo primario de Freud

Fase simbiótica normal (1-5 meses)

La simbiosis normal se enuncia por el levantamiento de una barrera innata contra los estímulos.

Esta etapa consiste en un estado de fusión del bebé con la madre (objeto parcial). Esta se vive como parte de sí mismo, como si no estuvieran separados del todo. Las sensaciones internas y las experiencias de todo tipo van formando el núcleo de su sí mismo, donde se desarrollará el sentimiento de identidad. Usando a la madre como punto de orientación. En esta etapa aparece la sonrisa social.

Fase separación-individuación (5-36 meses)

Esta fase es concebida como dos desarrollos complementarios. La separación consiste en la emergencia del niño de la relación simbiótica, que incluye la diferenciación del niño con la madre, la formación de límites y la desvinculación con la madre, es decir, la conciencia de la separación corporal. La individuación consiste en los logros que el niño alcanza en las propias características individuales, como por ejemplo, la evolución de la percepción, de la memoria, la cognición, la prueba de la realidad y la evolución de la autonomía intrapsíquica, es decir, el desarrollo del funcionamiento autónomo e independiente esta fase sigue dos carriles separados pero intervencidos uno es el de la separación, que lleva a la conciencia intrapsíquica de la separación, y otro es el de la individuación, que lleva la adquisición de una individualidad distinta y única. Se han identificado sub fases en el proceso de separación-individuación y aunque se superponen cada una tiene sus propias agrupaciones de características que las distinguen.

Las cuatro fases son: Diferenciación, ejercitación, acercamiento y consolidación de la individualidad y comienzo de la constancia objetal emocional.

Sub fase de diferenciación (6-9meses)

Comienza a disminuir la dependencia corporal total de la madre, a medida que la maduración de funciones locomotrices parciales evolucionan se produce el primer intento para apartarse de la madre.

Se produce la demarcación del YO, tira del pelo, orejas y nariz de la madre, para verificar las características de ella y diferenciarla de otros. Comienza la investigación comparativa de lo que es y no es su madre, la curiosidad ante su entorno, los juegos de palparse a sí mismo y a otros y reacciona ante extraños.

Sub fase de ejercitación (10-16meses)

Comienzo de la deambulación, el niño adquiere una nueva perspectiva al caminar y explorar espacios más amplios, yendo desde la madre hacia los objetos. La energía está puesta en un diálogo amoroso con el mundo, donde se ejercitan todas las funciones del yo. Comienza la imitación y a identificarse con objetos queridos y sentimiento de omnipotencia (narcisismo). El logro es la autonomía, la distorsión es la ansiedad por separación.

Sub fase de acercamiento (17-24meses)

Se caracteriza por un ir y venir hacia la madre, por ir hacia delante y hacia atrás en la autonomía. Necesita aproximarse de nuevo a la madre para compartir las habilidades y descubrimientos, necesita del amor y se preocupa por el paradero, disminuyendo la exploración, ya no es tan impermeable a los golpes y caídas, puede alterarse mucho al darse cuenta del estado de separación. Este reconocimiento amenaza la omnipotencia mágica. Es difícil para el niño y para los padres. Comienzan los conflictos con la madre, los celos, la posesividad, la

obstinación, características de la fase anal. El mayor logro son las interacciones sociales y la tolerancia a esta ambivalencia por parte de la madre.

Sub fase de individualidad y constancia objetal emocional (24-36meses)

En este periodo se logra un cierto grado de constancia objetal, y se establece en medida suficiente la separación de la representación del yo y del objeto. Se percibe a la madre como una persona separada, ubicada en el mundo exterior y al mismo tiempo tiene existencia en el mundo interno representacional del niño.

Es un proceso continuado, lento y multideterminado. El niño sabe que los padres existen aunque no se encuentre con ellos en la habitación, y tiene sentimientos positivos. En base a la calidad de la interacción se producen introyecciones e identificaciones favorables y permanentes, tolerando la demora y la separación. Alcanzando así un estructura psíquica estable y duradera. Como consecuencia de estos procesos desde la perspectiva de Freud y Mahler se postula que; Los problemas graves de la interacción madre-lactante-infante, contribuyen a la Formación de rasgos caracterológicos patológicos, Trastornos de identidad sexual, y Trastornos de personalidad.

Desarrollo psicológico según René Spitz.⁹

Este exponente hace mención de tres etapas en el desarrollo psicológico, estas son:

Etapas Pre-objetal (0 – 3 meses): ETAPA SIN OBJETO.

Spitz ha llamado esta etapa, la primera etapa pre-objetal o sin objeto. Comienza desde el nacimiento y termina cuando aparece el primer organizador

⁹ Spitz R., "El primer año de vida del niño", Fondo de cultura económica, México, 1996, página 25.

que es la sonrisa. La etapa sin objeto coincide más o menos con la del narcicismo primario, ya que la percepción, la actividad y las funciones de un recién nacido no están lo suficientemente organizadas, sino sólo las zonas que son indispensables para la supervivencia, como el metabolismo, la absorción de lo nutrición, las funciones respiratorias, etc. Que son funciones esenciales en el niño.

En esta etapa el recién nacido no sabe distinguir una “cosa” de otra; no puede distinguir una cosa (externa) de su propio cuerpo y no experimenta algo separado de él. Por ello también percibe el pecho de la madre como una parte de sí mismo ya que satisface sus necesidades y provee su alimento. Una multitud de observaciones, confirman que el aparato perceptor del recién nacido se halla escudado del mundo exterior mediante una barrera contra los estímulos. Esta barrera protege al infante durante las primeras semanas de la percepción de los estímulos del medio ambiente. Durante este período, toda percepción marcha a través de los sistemas interoceptivo y propioceptivo. Ahora bien, la excitación negativa del recién nacido es una respuesta a una estimulación excesiva, debe ser considerada como un proceso de descarga. Siendo así un proceso puramente fisiológico. Por ejemplo la ley de nirvana, que dice que la excitación se mantiene a un nivel constante y cualquier tensión que exceda este nivel ha de ser descargado sin demora. Pasando el tiempo este proceso fisiológico se desarrollará con el tiempo. Y una vez establecido esto, la función psicológica se regirá por la ley del principio del placer y el displacer, hasta que este sea remplazado por el principio de realidad.

Etapa del Objeto precursor (3 – 7 meses): PRECURSOR DEL OBJETO.

Es el comienzo de la segunda etapa, esta comienza con la sonrisa, este objeto precursor es el rostro humano, se le llama precursor por que el niño no reconoce el rostro determinado de una persona, si no le llama la atención las figuras,

contornos que resaltan del rostro, como lo es la nariz, boca, ojos, etc. ahora la sonrisa es la primera manifestación activa, dirigida e intencional, y esta desde ese momento tiene un papel muy importante en la vida del niño. En el tercer mes de vida el niño responde al rostro sonriendo, si se cumplen algunas condiciones, estas serían que el rostro se mueva de frente, de modo que resalten las cosas que le llamen la atención (ojos, boca, etc.) y que este cuente con una movilidad. Contando con 2 meses de edad, los niños no sonrían con certeza a nadie ni a nada, pueden incluso alcanzar el 6to. Mes, y seguirán reservándose la respuesta sonriente sólo para la madre y conocidos, en pocas palabras para los objetos de amor, para el niño, y no suelen sonreír a los desconocidos. Ahora, en el 3er.mes de vida, el reconocimiento para los demás, no indica una verdadera relación de objeto. Quiere decir que no perciben a ninguna persona o un objeto, sino sólo un signo. Lo que forma este signo, es una parte privilegiada de él. Lo que se reconoce durante esta etapa pre objetal, son puros atributos secundarios, externos y no esenciales. La Gestalt signo, que el niño reconoce a la edad de 3 meses, lo indica para surgir esta respuesta sonriente, es una transición desde la percepción de “cosas” y también de pre objeto, por haber sido dotado de cualidades esenciales en el intercambio mutuo entre la madre y el hijo. En este intercambio, el objeto es investido con catexia libidinal, esto quiere decir que al objeto libidinal lo distingue de otras “cosas”.

Etapa del Objeto real (8 – 12 meses): OBJETO REAL.

El llanto ante extraños indica que el niño ya distingue a la madre de otras personas. Sabe que la madre es quien lo cuida, lo protege de los demás, le da alimento, y lo ama. Y es por eso que cuando no está la madre surge el temor y la angustia, a perderla. El segundo organizador sería la angustia y este es la diferencia entre libidinal y actividad agresiva.

La actividad agresiva sería una función psíquica recién adquirida a consecuencia de la maduración nerviosa progresiva. El bebé, empieza a darse cuenta que esa persona que lo cuida y lo protege, se ausenta por períodos, y provoca que el niño se angustie y cree el niño que esa angustia que sintió la madre la percibe como una agresión que le causó daño. En este segundo organizador, el niño no solo percibe y reconoce personas sino que también objetos inanimados. El logro más grande que se produce aquí, es la capacidad de la comunicación. La transmisión directa de mensajes corporales que se convierten en palabras. Y con el habla culmina la relación objetal, que termina por los 9 meses, cuando inicia el 3er. Organizador, que es, el NO. con el fin de proteger al niño, la madre debe de acceder a poner límites hacia él, diciendo verbalmente un no el niño debe de obedecer, aunque en un principio le sea sumamente difícil. Esta negación viene significando la capacidad de juicio. Se logra la aceptación de este NO, cuando aprende la imitación.

El autor considera tres Organizadores:

Sonrisa (a partir del 3er. Mes)

Angustia (a partir del 8vo. Mes)

El no (en el habla) a partir del 8vo ó 9no mes.

B. EL NIÑO HOSPITALIZADO

Una hospitalización pediátrica debe ser considerada como una experiencia en que el niño se expone a un juego de pruebas, inseguridades, miedos, y muchos factores que pueden tener un impacto negativo en la adaptación subsecuente. La evidencia sugiere que una sola hospitalización bien manejada, tendrá el impacto relativamente mínimo en el desarrollo del niño.

La enfermedad y la hospitalización son eventos estresantes que significan una serie de cambios en la vida del niño. Estos cambios, necesariamente

requieren que se realice una serie de ajustes para adaptarse a la enfermedad, a la hospitalización y al tratamiento.

La hospitalización tiene un impacto mayor en los aspectos psicológico, físico, social y ocupacional.

- Impacto psicológico: el niño experimenta ansiedad, depresión, alteraciones emocionales y de personalidad.
- Impacto físico: la hospitalización puede provocar un retraso en el desarrollo físico, altera la apariencia física debido a la enfermedad, medicinas o tratamiento alterando así mismo la propia imagen corporal.
- Impacto social: las relaciones sociales, ya sea con amigos o familiares se ven alteradas debido a la privación que la hospitalización conlleva.
- Impacto ocupacional: dependiendo de la gravedad de la enfermedad o tratamiento, el niño se verá obligado a dejar las actividades que le son propias, la actividad motora deberá ser reducida, dependerá en ocasiones de los padres o cuidadores para poder movilizarse, teniendo así un sentimiento de minusvalía.

Las reacciones de los niños ante una hospitalización dependerán de factores como la edad y la etapa del desarrollo en la que se encuentre, el significado que el niño y los padres le dan a la enfermedad, la capacidad de adaptación a nuevas situaciones, el grado de dolor, el tratamiento médico, la reacción psicológica a los procedimientos médicos, la separación de la familia y ambiente conocido y el tiempo que deba permanecer en el hospital.

Las respuestas adaptativas del niño a la enfermedad y a la hospitalización están en función de sus capacidades de desarrollo. La adaptación se refiere a la

capacidad de la persona para manejar nuevas situaciones y experiencias estresantes. Estas situaciones se experimentan en forma diferente en los diversos grupos de edades y también están influidas por los antecedentes culturales del niño, el desarrollo de su personalidad, las experiencias pasadas, las capacidades cognitivas y el grado de vulnerabilidad.¹⁰

Las reacciones habituales a la hospitalización:¹¹

- Malestar, incomodidad e irritabilidad.
- Alteraciones del sueño y del apetito.
- Regresión, apareciendo comportamientos anteriores, tales como: succión del pulgar, el retorno a la alimentación con biberón, comportamiento exigente, pegajoso, negativista, etc. También aparece regresión en el habla y ansiedad de separación, etc.
- Depresión, amplias oscilaciones del carácter, comportamiento hipo e hiperactivo.
- Aparición de fobias y sentimientos de desamparo, insuficiencia e inseguridad.
- Aumento del comportamiento estereotipado de naturaleza compulsiva o ritualizada.
- Errónea interpretación del significado de la enfermedad, hospitalización o intervención quirúrgica.
- También se suelen apreciar en el niño, concomitantes psicológicos de ansiedad: taquicardia, palpitaciones, hiperventilación o diarrea.
- También se pueden apreciar reacciones de conversión de tipo histérico.
- Reacciones disociativas, amnesia o estados pseudodelirantes.
- Delirio verdadero.

¹⁰Aguilar, M. J., "Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos", ElsevierScience, 3era edición, España, 2002, página 92.

¹¹Farley, G., "Manual de urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente", Pediatría, Barcelona, 1980, página 139.

- Reacciones psicóticas (tóxicas o secundarias a ciertos medicamentos, tales como anticonvulsivos o adrenocorticotropinas).
- Cambios en la imagen corporal, en especial en los casos de quemaduras, traumatismos o cuando se ingieren ciertos medicamentos.
- Invalidez crónica.
- Temores evocados de pérdida del auto control y fantasías acerca de la manipulación o mutilación durante la anestesia.

María Pilar Palomo menciona otros efectos negativos que surgen de la hospitalización:

- Enuresis o encopresis, diurna o nocturna
- Movimientos espasmódicos involuntarios de la cara o de los párpados.
- Terror a los hospitales, personal , agujas, procedimientos diagnósticos
- Miedo a la muerte.
- Mutismo, regresión autista a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente.
- Obsesiones o alucinaciones sobre funciones corporales.

C. DEPRESIÓN INFANTIL

Se puede definir la depresión infantil como un trastorno afectivo, que tienen síntomas parecidos a la depresión adulta; los niños que padecen de este trastorno sienten tristeza, desgano, descontento de sí mismo y del entorno. Se puede considerar como un trastorno internalizado ya que la sintomatología o indicadores son difíciles de detectar y estos trastornos hacen referencia a todos aquellos cuya característica más importante es la emoción o el estado de ánimo trastornado lo cual es evidente en la depresión infantil; cuando un niño presenta trastorno depresivo durante la infancia incrementa su posibilidad de padecer dificultades similares en la edad adulta.

Hay una pluralidad de síntomas que aparecen en las descripciones que abordan fenomenológicamente el problema de la depresión infantil.

Generalmente los síntomas presentados por los niños permanecen estables durante varios meses, esto sugiere que los niños no reportan estados de ánimo pasajeros, sino más bien describen condiciones de larga duración, si se compara con la depresión adulta el número de síntomas depresivos que presentan los niños es más alto que el que presentan los adultos.

Síntomas de depresión en diferentes etapas del desarrollo durante la infancia.¹²

Etapa del desarrollo.	Síntomas de depresión.
Desde el nacimiento hasta los 2 años	Lloriqueo, retraimiento, pérdida de peso, crecimiento lento, apatía hacia la interacción social, desarrollo lento del lenguaje, falta de curiosidad, bajo desarrollo cognitivo. Posteriormente, pesadillas o terrores nocturnos, dependencia emocional excesiva, conducta negativista, miedos excesivos, disminución de las actividades lúdicas.
De 3 a 5 años	Tristeza, pérdida de peso, lentitud en los movimientos, cansancio, pensamientos suicidas, enojo, apatía, irritabilidad, retraimiento social.
De 6 a 12 años	Parecidos a los de los adultos. Verbalizaciones de pensamientos y sentimientos depresivos. No experimentan. Apatía, baja autoestima, fatiga, pensamientos suicidas, retraimiento de la interacción social, irritabilidad, falta de motivación. En algunos casos delincuencia, enojo, conducta

¹²Sarason, I., & Sarason, B, “*Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*”. Pearson Educación, Séptima edición, México, 1996, página 502.

	negativista, miedos, síntomas somáticos, problemas sociales, desempeño escolar bajo.
De 12 a 18 años	Estados de ánimo volátiles, furia, autoconciencia intensa, baja autoestima, desempeño escolar bajo, conductas delictivas, abuso de sustancias, actuación de los impulsos sexuales, retraimiento social, problemas con comer y dormir en exceso, pensamientos suicidas.

Los síntomas tienen un carácter evolutivo. En edades tempranas se muestran síntomas de carácter exteriorizado, siendo más frecuentes los no verbales como los son la expresión facial, movimientos corporales, movimientos de cabeza, movimientos expresivos de las manos; luego de los tres años son más comunes la enuresis y las quejas psicósomáticas. A partir de los seis años la depresión se va apareciendo cada vez más a la de los adultos y aparecen las dificultades conductuales y en los adolescentes los síntomas tanto cognitivos como afectivos son interiorizados y se presentan con mayor intensidad.

D. DEPRESIÓN EN NEONATOS Y LACTANTES

Durante mucho tiempo se creía que un niño de corta edad no podía presentar una patología como lo era la depresión, ya que este término era adjudicado solo a la edad adulta; la presencia de síntomas depresivos eran simples manifestaciones no patológicas de una fase específica del desarrollo. No fue hasta en 1946 que Wolf y Spitz hicieron el descubrimiento de la depresión anaclítica lo cual para ellos era una confirmación de la existencia de la depresión en edades tan tempranas.

El término acuñado por Rene Spitz se utilizaba para designar un cuadro depresivo que se origina en los primeros meses de vida del niño por la separación prolongada de la madre y la consiguiente privación de cuidados emocionales y físicos que ello conlleva. Se conoce también como síndrome de hospitalismo, por ser el abandono del recién nacido a los cuidados de una institución, la circunstancia prototípica en la que fue descrito. El cuadro clínico se caracteriza por severos trastornos psicofisiológicos que van desde una fase inicial de llanto continuo, agitación y desesperanza, hasta una fase posterior de interrupción del llanto, permanencia con los ojos inexpresivos, indiferencia por el entorno, extrema pasividad, no reactividad a estímulos, sueño constante y adelgazamiento límite que puede llevar a la muerte.

La depresión anaclítica se caracteriza por: un desinterés progresivo hacia el entorno, pérdida de apetito, disminución en el desarrollo, insomnio, disminución progresiva de las actividades de distensión y placer. Este trastorno es reversible si se restituye la madre o si aparece una madre vicaria o figura sustitutoria, si en caso esto no sucede los síntomas pueden volverse más grave y un ejemplo de esto sería la alteración psicomotriz de tipo catatónica.

Este concepto fue formulado en una investigación realizada con niños de 6 y 8 meses de edad quienes, después de haber establecido una relación normal con sus madres, sufrieron una ruptura total sin que las madres fueran remplazadas por ninguna otra figura sustituta. Las etapas de la depresión anaclítica según Rene Spitz son las siguientes:¹³

Etapas	Síntomas
Etapa Reactiva	De aproximadamente 3 meses de duración, está caracterizada por astenia, irritabilidad, excesiva dependencia del medio, angustia, dificultades alimentarias, alteraciones

¹³ Spitz. Op.cit página 197.

	del sueño y reacciones de oposición.
Etapa Depresiva	Disminución de la movilidad, pobreza expresiva y gestual, inercia psicomotriz, aislamiento, astenia, hostilidad, pérdida de peso, crisis de llanto, etc. La salud del niño en este periodo puede todavía recuperarse si se restituye la madre o si aparece una madre vicaria.
Etapa de Hospitalismo	Acontece cuando han transcurrido 5 meses continuos de privación materna y se caracteriza por: pasividad, inercia, aislamiento, desapego, hermetismo, retraso psicomotor y un importante déficit intelectual y lingüístico, que configuran un cuadro de retraso global y masivo de todas sus funciones.

Los orígenes de la depresión se remontan a los primeros meses de vida, y las primeras experiencias de privación que sufre el bebé, así como otros síndromes relacionados, pueden tener afectos debilitantes que con frecuencia persisten hasta la niñez o más adelante.¹⁴ Es por eso que a continuación se describirán algunas de las posibles causas que dan origen a la aparición de la depresión en neonatos y lactantes.

Una de las posibles causas serían los factores de la personalidad, principalmente el temperamento del niño que es aquella forma innata que tiene un niño de reaccionar ante distintas situaciones desde edad temprana, este es visto como un punto crítico ya que proporciona información acerca de los estados afectivos del niño los cuales siempre se han empleado como indicaciones de sintomatología depresiva. Distintos investigadores han podido correlacionar las dimensiones y conjuntos de rasgos del temperamento con las tendencias afectivas de cada lactante, las cuales a su vez sirven como indicadores básicos para diagnosticar la depresión.

¹⁴ Trad, Paul., “*Depresión psíquica en neonatos y lactantes*”, Limusa, Edición ilustrada, México, 1992, página 141.

Se dice que el temperamento son estables diferencias individuales en la calidad e intensidad de la reacción emocional. Proviene de la genética y se va moldeando conforme la interacción que tenga el niño con la sociedad.

Se pueden identificar tres clases de temperamento entre los que podemos nombrar:

Niño fácil: se adapta fácilmente a las experiencias nuevas y es positivo

Niño difícil: es lento para aceptar experiencias nuevas, y tiende a reaccionar negativamente e intensamente.

Niño lento para animarse: es inactivo, es de ánimo negativo, y se ajusta lentamente a las experiencias nuevas.

Se debe de centrar la atención en las reacciones que el temperamento provoca ya que este puede ser un factor determinante en el buen desarrollo del niño o en la aparición de psicopatologías.

Los patrones parentales adecuados moldean de mejor manera el comportamiento del niño para que cuando este enfrente problemas u obstáculos pueda afrontarlos de la mejor manera evitando así la aparición de patologías tanto afectivas como conductuales.

De acuerdo al temperamento que el niño vaya desarrollando, adquiere pautas de comportamiento y a su vez modelos a seguir lo cual le ayudara de manera positiva a su desarrollo social.

Otra de las posibles causas que ya mencionábamos anteriormente es la privación del apego.

Las teorías del apego parten de la propensión de los seres humanos a formar fuertes lazos afectivos con personas determinadas. Por apego se entiende el lazo afectivo que se forma entre el niño y su figura materna. Este

vínculo se infiere de una tendencia estable a lo largo del tiempo de buscar proximidad y contacto con esta figura específica.

Para Bowlby el apego es una conducta instintiva, activada y modulada en la interacción con otros significativos a lo largo del tiempo. Define el apego como un sistema de control, un mecanismo que adapta la conducta a la consecución de fines determinados por las necesidades del momento. Así el deseo del niño de proximidad o contacto con la figura de apego no es constante, sino que depende de factores endógenos y exógenos (miedo del niño, o situaciones potencialmente peligrosas). Si el niño se siente amenazado, buscará la seguridad que le brinda la proximidad de su figura de apego; si no, se dedicará a explorar el ambiente.

La última causa relacionada con la aparición de la depresión en neonatos y lactantes sería entonces la privación materna.

La privación materna es la insuficiencia de interacción entre el niño y la figura materna. Esta se puede dar por distintas circunstancias:

- La privación que tiene lugar cuando un lactante o un niño pequeño vive en una institución o hospital donde no dispone de un sustituto a su madre, donde recibe cuidados maternos insuficientes y por consiguiente, tiene escasa oportunidad para mantener contactos recíprocos con una figura materna.
- La privación que sobreviene cuando un lactante o un niño pequeño vive con su madre con la que tiene una relación recíproca insuficiente y de la cual no recibe los cuidados necesarios.
- Y por último la privación como consecuencia de la incapacidad del propio niño para establecer contacto con la figura materna aun cuando esta exista y esté dispuesta a darle los cuidados que necesita, esto puede ser

ocasionado por la pérdida de figuras maternas en el pasado o experiencias que le dificulten establecer un lazo entre la madre y el.

La interrupción de una unión puede tener efectos en las relaciones personales, retraso en el desarrollo en general y en ocasiones puede generar estados de ánimo distorsionados los cuales pueden generar distintas psicopatologías.

Ya mencionadas algunas de las causantes de depresión en neonatos y lactantes se puede mencionar que la sintomatología no es igual que la de edades mayores ya que los síntomas que principalmente presentan son aquellos que tienen que ver con los síntomas exteriorizados, siendo más frecuentes los no verbales como por ejemplo: expresiones faciales, movimientos corporales, movimientos de cabeza y movimientos expresivos de las manos.

Los síntomas más conocidos en estas edades son los siguientes:

- Lloriqueo
- Retraimiento
- Pérdida de peso
- Crecimiento lento
- Apatía hacia la interacción social
- Desarrollo lento del lenguaje
- Falta de curiosidad
- Bajo desarrollo cognitivo
- Conducta negativista
- Miedos excesivos
- Disminución de las actividades lúdicas, entre otras.

1.1.3 Hipótesis

La hospitalización provoca depresión infantil en los niños ingresados en el área de infantes (0 a 2 años) del hospital nacional Roosevelt.

VARIABLES

Variable independiente:

La hospitalización infantil. Es un acontecimiento estresante, que le genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras. Durante este acontecimiento el niño entra a un mundo desconocido, en un momento en el que se encuentra físicamente mal y se ve enfrentado a procedimientos invasivos y dolorosos que no entiende lo cual genera efectos psicológicos negativos a largo plazo.

Indicadores

Mala alimentación, cuidados inadecuados por parte de los padres, apego con la madre, desarrollo psicomotor, reacciones emocionales que presenta el niño.

Variable Dependiente:

Depresión infantil. Trastorno afectivo que tienen síntomas parecidos a la depresión adulta; los niños que padecen de este trastorno sienten tristeza, desgano, descontento de sí mismo y del entorno. Se puede considerar como un trastorno internalizado ya que la sintomatología o indicadores son difíciles de detectar.

Indicadores

Lloriqueo, retraimiento, pérdida importante de peso, crecimiento lento, apatía hacia la interacción social, disminución acusada del interés, desarrollo lento del lenguaje, agitación o enlentecimiento, bajo desarrollo cognitivo, irritabilidad, insomnio o hipersomnia.

1.1.4 Delimitación

El trabajo de campo o empírico se llevó a cabo en el año 2013, dio inicio en el mes de abril y finalizó el mes de mayo, las visitas se llevaban a cabo por la mañana en un horario de 8:00 am a 1:00 pm los días sábados.

La población estudiada son los niños internados en el área de infantes del hospital nacional Roosevelt, que cumplieran con las siguientes indicaciones:

- Un rango de edad de 0 a 2 años
- Hospitalización de 5 días mínimos.
- Estar ingresados en el área de infantes de pediatría

Durante el trabajo de campo se estudió la incidencia de depresión en el niño hospitalizado, las reacciones emocionales que presenta el niño al ser hospitalizado, cómo influye la hospitalización en el desarrollo psicomotor del niño, cómo influye la hospitalización en el apego del niño con la madre y qué influencia tiene la duración de la hospitalización en la depresión.

CAPÍTULO II

2. Técnicas e Instrumentos

2.1 Técnicas e instrumentos

2.1.1 Técnica de muestreo.

Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio por conglomerados ya que nos permitió seleccionar de manera aleatoria un cierto número de conglomerados, es necesario para alcanzar el tamaño muestral establecido, a través de esta técnica utilizamos una unidad muestral perteneciente a un grupo de elementos de la población que forman una unidad. En nuestro caso fue la unidad hospitalaria de pediatría, del área de infantes.

El tamaño de la muestra fue de 30 niños que tenían un tiempo de hospitalización entre 5 a 60 días la mayoría de la muestra eran personas ubicadas en un nivel socioeconómico bajo, debían tener un encargado, en la mayor parte de los casos era la madre y todos presentaban alguna enfermedad por la cual habían sido hospitalizados.

La muestra seleccionada debía cumplir los siguientes criterios, debieron ser niños de 0 a 2 años ingresados en pediatría del hospital nacional Roosevelt que pertenecen al área de infantes y que tuvieran un lapso de hospitalización de 5 días en adelante.

2.1.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En la investigación se utilizó la observación directa que es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Se utilizó la observación científica ya que al observar

científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación.

Para realizar la observación directa se siguieron los siguientes pasos:

- Determinar el objeto, situación, caso, etc. (que se va a observar).
- Determinar los objetivos de la observación (para qué se va a observar).
- Determinar la forma con que se van a registrar los datos (lista de cotejo).
- Observar cuidadosa y críticamente.
- Registrar los datos observados.
- Analizar e interpretar los datos.
- Elaborar conclusiones.

En este caso lo que se observó fue la muestra seleccionada y la presencia o no de indicadores de depresión, los síntomas presentes, las características y cómo se desenvuelven los sujetos de investigación.

Como recurso auxiliar se utilizó una lista de cotejo y la escala de desarrollo integral EDIN; estos con el fin de recolectar datos e información acerca de la problemática de la investigación.

La lista de cotejo es una herramienta que se utiliza para observar sistemáticamente un proceso o fenómeno.

Consiste en un listado de aspectos a evaluar (contenidos, capacidades, habilidades, conductas, etc.), en el cual se verifica si aparece o no el aspecto. Es entendido básicamente como un instrumento

de verificación. Es decir, actúa como un mecanismo de revisión ya sea de logro o de la ausencia del mismo.

La lista de cotejo que se utilizó como técnica de recopilación de datos, está conformada al inicio por datos generales y preguntas cruciales como el tiempo de hospitalización, si había sido hospitalizado anteriormente, entre otras.

Luego hay una segunda parte en la cual se observa un listado de indicadores o síntomas que se presentan en la depresión infantil en niños de 0 a 2 años, en esta parte se verificó la ausencia o presencia de estos aspectos y si se presentan 5 o más de los mismos, lo cual sería indicador de depresión; por último hay una sección en la cual se anotan observaciones importantes.

Esta lista de cotejo se aplicó a la muestra seleccionada y luego se analizaron los datos obtenidos para evidenciar la presencia o ausencia de indicadores de depresión y los síntomas que presentan los sujetos investigados para luego analizar la información y presentarla a través de gráficas.

Y por último se aplicó la escala de desarrollo integral en la cual se deben anotar los logros de acuerdo a un área y edad específica.

La escala de desarrollo integral del niño es uno de los test utilizados para la comprobación del desarrollo y crecimiento en edades de 0 a 6 años.

El test se divide por áreas, entre ellas: el área motora fina, área motora gruesa, área cognoscitiva, área de lenguaje, área socio-afectiva y área de hábitos de salud y nutrición. El test permite la detección de alteraciones ligadas al desarrollo, de acuerdo a esto se evaluó el

desarrollo de los sujetos de la investigación y así se logró observar si la hospitalización influye o no en el desarrollo psicomotor del niño.

2.1.3 Técnicas de análisis estadístico de los datos.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó la técnica de estadística descriptiva ya que resume los datos y ayuda a presentar la información recolectada de una manera útil, relevante y profesional.

El nivel descriptivo está referido al estudio y análisis de los datos obtenidos en una muestra y como su nombre lo indica describen y resumen las observaciones obtenidas sobre un fenómeno o un hecho en este caso la depresión en el niño hospitalizado.

Los gráficos también son un componente esencial de la estadística descriptiva. Los gráficos no reemplazan la información que se coloca en las tablas de resultados numéricos, sino más bien, ofrece una alternativa más atractiva.

En la investigación se analizaron los datos a través de esta técnica y luego se presentaron los resultados a través de tablas y gráficos cada uno con sus interpretaciones y así evidenciar los resultados de la investigación.

CAPÍTULO III

3. Presentación, análisis e interpretación de resultados

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características de lugar

La institución en la que se llevó a cabo la investigación es el Hospital Nacional Roosevelt está ubicado en Calzada Roosevelt y 5ª. Calle, zona 11, Ciudad de Guatemala. La misión del hospital es Brindar servicios hospitalarios y médicos especializados de encamamiento y de emergencia, de acuerdo a las necesidades de cada paciente, en el momento oportuno y con calidad, brindando un trato cálido y humanizado a la población. El hospital ofrece servicios médicos y hospitalarios especializados de forma gratuita en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología y demás subespecialidades. La investigación se llevará a cabo en la unidad de pediatría, en el área de infantes en la cual se encuentran ingresados los niños de 0 a 2 años de edad.

3.1.2 Características de la población

La población muestral fue de 30 niños que habían sido ingresados en el área de infantes del Hospital Roosevelt, son niños con un rango de 0 a 2 años de edad, la mayoría ubicados en un nivel socioeconómico bajo, el 70% de la población es masculino y el 30% es femenino, la mayoría padecen de enfermedades respiratorias y el diagnóstico que prevalece es la neumonía, la población ha estado hospitalizada en un lapso de 5 a 60 días.

- **Presentación de resultados**

Los instrumentos que fueron aplicados son el Gráfico del Desarrollo EDIN I y una lista de cotejo sobre depresión infantil, se aplicaron los instrumentos a un

total de 30 niños internados en el área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt en un lapso de hospitalización de 5 a 60 días. El rango de edad fue de 0 a 2 años y las edades más frecuentes fueron 2 y 6 meses equivalentes a un 17% cada una. El 70% fueron hombres y el 30% mujeres. Es de suma importancia mencionar que la mayoría de la población fue diagnosticada con enfermedades respiratorias, el 47% de la población evaluada presentaba neumonía.

Por medio de la lista de cotejo se logró observar que de los 30 niños estudiados, 20 presentaron 5 o más indicadores que confirmaron la existencia de depresión, siendo esto un 67% de la población. Se encontró que la mayoría de los niños que presentaron depresión tenían un tiempo de hospitalización de 5 a 10 días.

Los indicadores que prevalecieron fueron: fatiga o pérdida de energía (70%), Irritabilidad (63%) y Agitación o enlentecimiento (60%).

Se observó que la mayoría de los niños presentaban un apego seguro hacia la madre sin embargo manifestaban apatía hacia la interacción social con las otras madres presentes en la sala y personal médico.

En cuanto al desarrollo psicomotor de los niños internados, se puso en evidencia que las áreas más afectadas durante el tiempo de hospitalización son el lenguaje y los hábitos de salud e higiene.

Tabla no. 1

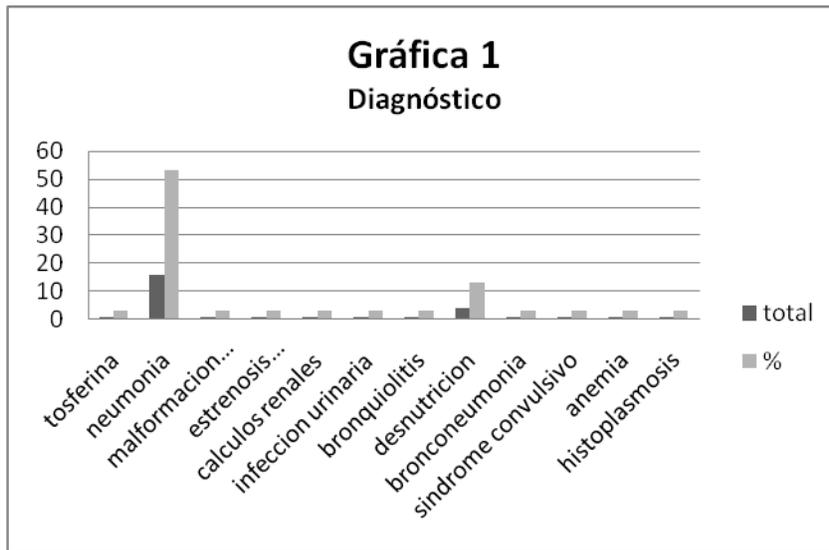
Datos generales de la población

	Edad	Sexo	Tiempo de hospitalización	Hospitalización previa	Diagnóstico
1	1 mes	M	12 días	No	Tosferina
2	2 meses	M	10 días	No	Neumonía
3	2 meses	M	20 días	No	Neumonía
4	2 meses	M	40 días	No	Neumonía
5	2 meses	M	16 días	Si	Neumonía
6	2 meses	M	15 días	Si	Malformación arteriovenosa
7	3 meses	M	9 días	Si	Estenosis hipertrófica del píloro
8	3 meses	M	16 días	No	Neumonía
9	3 meses	M	7 días	Si	Cálculos renales
10	3 meses	F	10 días	No	Neumonía
11	5 meses	M	31 días	No	Neumonía
12	5 meses	M	9 días	Si	Infección urinaria
13	5 meses	M	6 días	No	Bronquiolitis
14	6 meses	F	8 días	No	Neumonía
15	6 meses	F	23 días	Si	Desnutrición
16	6 meses	M	6 días	No	Neumonía
17	6 meses	F	9 días	Si	Neumonía
18	6 meses	F	5 días	Si	Neumonía

19	7 meses	F	8 días	No	Bronconeumonía
20	8 meses	M	18 días	Si	Neumonía
21	10 meses	F	9 días	No	Neumonía
22	11 meses	M	9 días	No	Síndrome convulsivo
23	11 meses	M	9 días	No	Anemia
24	1 año	M	18 días	Si	Neumonía
25	1 año 3 meses	M	60 días	No	Histoplasmosis
26	1 año 3 meses	F	36 días	No	Desnutrición
27	1 año 6 meses	M	10 días	Si	Neumonía
28	1 año 6 meses	M	20 días	No	Desnutrición
29	2 años	F	15 días	Si	Desnutrición
30	2 años	M	45 días	Si	Neumonía

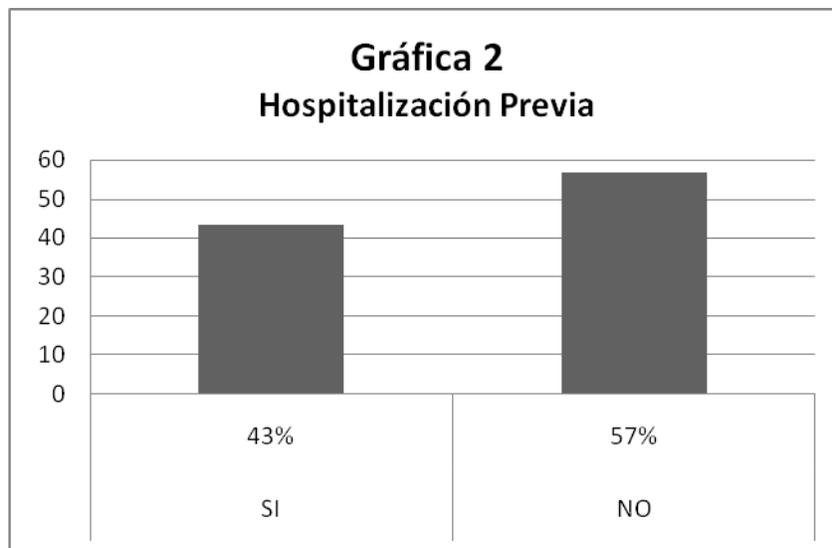
Fuente: Lista de cotejo “Depresión en niños de 0 a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

En la tabla 1 se muestran los datos generales recopilados a través de la lista de cotejo “Depresión en niños de 0 a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt; en la cual se evidencia que la edad más frecuente en la población es 2 y 6 meses, el 70% es masculino y el 30% es femenino, el lapso de tiempo que los pacientes de la muestra han estado hospitalizados es de 5 a 60 días, el 43% había sido hospitalizado anteriormente y el 57 % no habían sido hospitalizados con anterioridad, el diagnóstico más frecuente es la neumonía presente en un 53% de la población.



Fuente: Lista de cotejo “Depresión en niños de 0 a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

Gráfica 1. Se observa que el diagnóstico con mayor frecuencia es la neumonía con un 53 % de la totalidad de la población.



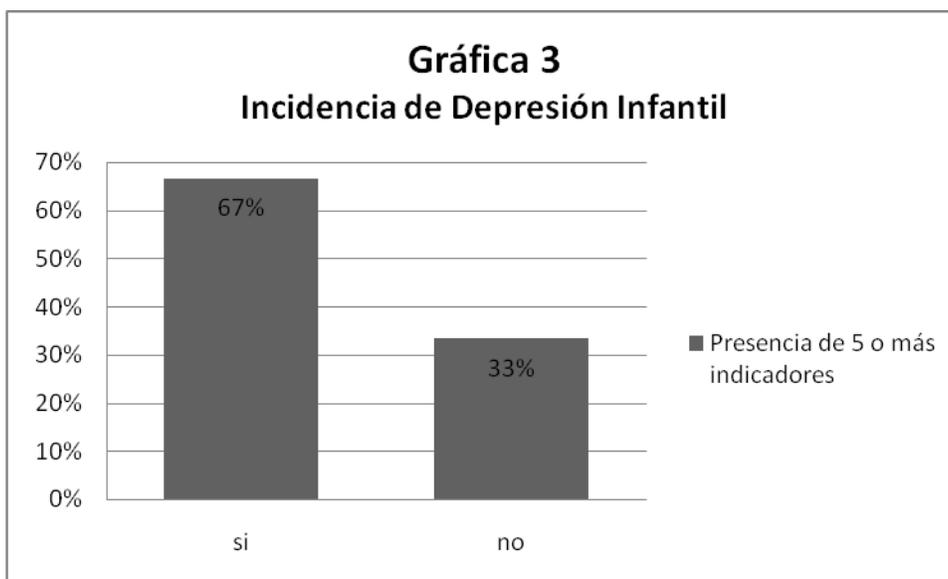
Fuente: Lista de cotejo “Depresión en niños de 0 a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

Gráfica 2. Se puede observar que el 57% de la población no había sido hospitalizada anteriormente y el 43% de la población si había sido hospitalizada con anterioridad.

Tabla 2. Incidencia de la Depresión Infantil

	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Presencia de 5 o más indicadores	20	67%	10	33%

Fuente: Lista de cotejo “Depresión en niños de 0 a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.



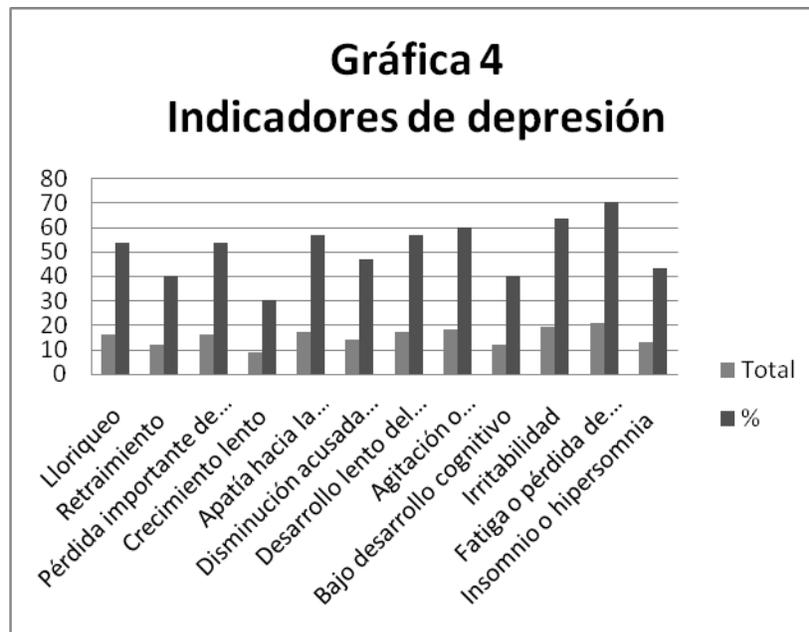
Fuente: Lista de cotejo “Depresión en niños de 0 a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

Gráfica3. El 67% de la población presenta incidencia de depresión Infantil lo cual muestra la presencia de 5 o más indicadores y el 33% no mostró depresión infantil lo cual revela que presentaron menos de 5 indicadores.

Tabla 3. Indicadores de depresión Infantil

Indicador		Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
1	Lloriqueo	11	5	16	53
2	Retraimiento	5	7	12	40
3	Pérdida importante de peso	13	3	16	53
4	Crecimiento lento	6	3	9	30
5	Apatía hacia la interacción social	10	7	17	57
6	Disminución acusada del interés	9	5	14	47
7	Desarrollo lento del lenguaje	13	4	17	57
8	Agitación o enlentecimiento	13	5	18	60
9	Bajo desarrollo cognitivo	8	4	12	40
10	Irritabilidad	12	7	19	63
11	Fatiga o pérdida de energía	15	6	21	70
12	Insomnio o hipersomnía	10	3	13	43

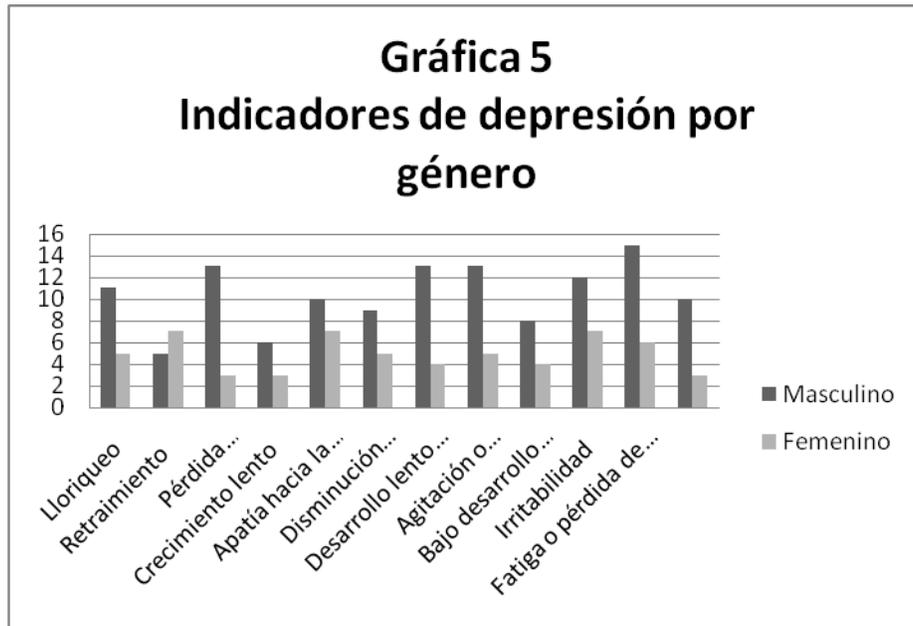
Fuente: Lista de cotejo “Depresión en niños de o a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.



Fuente: Lista de cotejo “Depresión en niños de o a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

Gráfica 4. Se observa que el 70 % de la población presenta fatiga o pérdida de energía, este indicador es el que más frecuencia tuvo de los 12 indicadores

antes mencionados y el 30% de la población presenta crecimiento lento este indicador fue el que menos se presentó en la población.

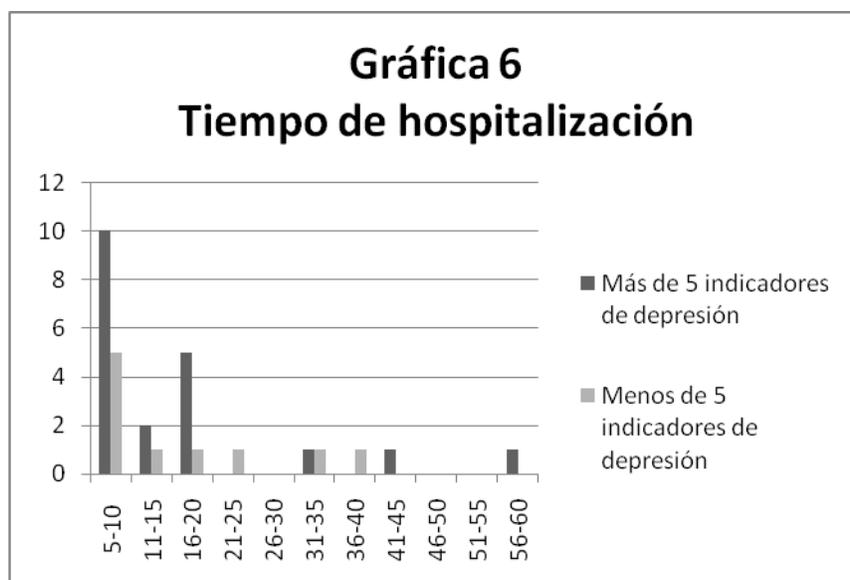


Fuente: Lista de cotejo “Depresión en niños de 0 a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

Gráfica5. En la gráfica se puede observar por género la presencia de cada uno de los indicadores, podemos identificar que el indicador más frecuente en el género masculino es fatiga o pérdida de energía y en el género femenino son tres indicadores que se presentan con mayor frecuencia estos son retraimiento, apatía e irritabilidad mientras que el indicador con menor frecuencia en el género masculino fue retraimiento y en el género femenino fueron tres los que menos se presentaron estos son pérdida importante de peso, crecimiento lento e insomnio o hipersomnia.

Tabla 4. Tiempo de hospitalización.

Días de hospitalización	Más de 5 indicadores de depresión	Menos de 5 indicadores de depresión
5-10	10	5
11-15	2	1
16-20	5	1
21-25	0	1
26-30	0	0
31-35	1	1
36-40	0	1
41-45	1	0
46-50	0	0
51-55	0	0
56-60	1	0

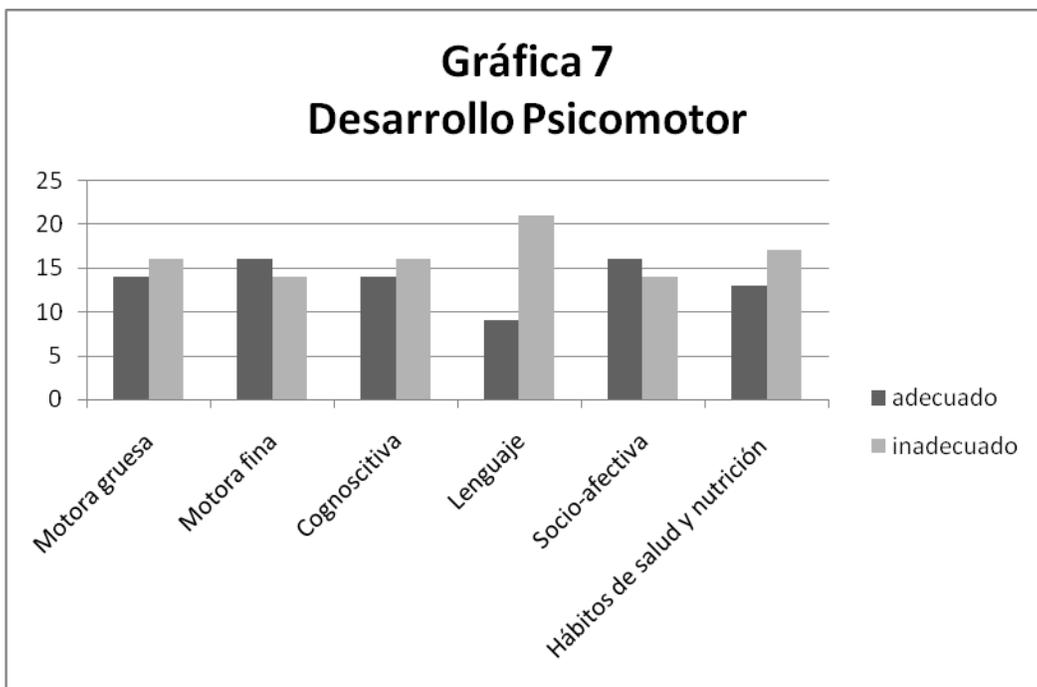


Fuente Tabla 4 y Gráfica 6: Lista de cotejo “Depresión en niños de 0 a 2 años” del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

Gráfica6. Se puede observar que el mayor porcentaje de la población se encuentra en un rango de hospitalización de 5 a 10 días por lo tanto los niños que presentaron depresión en su mayoría han permanecido esa temporalidad en el hospital y la mayoría presenta más de 5 indicadores de depresión infantil.

Tabla 5. Desarrollo Psicomotor

Área de desarrollo	Adecuado	Porcentaje	Inadecuado	Porcentaje
Motora gruesa	14	47	16	53
Motora fina	16	53	14	47
Cognoscitiva	14	47	16	53
Lenguaje	9	30	21	70
Socio-afectiva	16	53	14	47
Hábitos de salud y nutrición	13	43	17	57



Fuente Tabla 5 y Gráfica 7: Evaluación de Gráfico del Desarrollo EDIN I del área de infantes del Hospital Nacional Roosevelt.

Gráfica 7. En la gráfica se puede observar que las áreas del desarrollo psicomotor más afectadas durante la hospitalización son el área del lenguaje y el área de hábitos de salud y nutrición y las áreas menos afectadas son el área motora fina y el área socio-afectiva.

3.2 Análisis Global.

Para la realización del trabajo de campo se tomaron como guía de la investigación los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la incidencia de depresión en el niño hospitalizado?
- ¿Cuáles son las reacciones emocionales que presenta el niño al ser hospitalizado?
- ¿Cómo influye la hospitalización en el desarrollo psicomotor del niño?
- ¿Cómo influye la hospitalización en el apego del niño con la madre?
- ¿Qué influencia tiene la duración de la hospitalización en la depresión?

De acuerdo a estas cinco interrogantes se llevó a cabo la planificación para la realización del trabajo de campo.

Este se llevó a cabo durante el mes de abril y mayo en el Hospital Nacional Roosevelt en el cual se identificó que la población muestral daba respuestas positivas a cada una de las interrogantes, los resultados se obtuvieron a través de instrumentos utilizados y de una rigurosa recolección de datos.

Los instrumentos que se utilizaron durante la investigación fueron: la observación directa, el gráfico EDIN I y la lista de cotejo (depresión infantil de 0 a 2 años).

Se evaluó un total de 30 niños a los cuales se les aplicaron los instrumentos con el fin de dar respuesta a las interrogantes mencionadas anteriormente.

El gráfico del desarrollo EDIN I se aplicó a los niños que se encontraban en el área de infantes, se evaluó en el niño las 6 áreas del test dependiendo de la edad en el que este se encontrara, luego se evaluaba si el niño podía o no realizar lo que le pedía el test y si no lograba hacerlo se debía identificar en qué edad se encontraba de acuerdo a su desarrollo y si presentaba algún retraso, esto se hizo con el fin de evaluar en el niño hospitalizado las seis áreas del

desarrollo psicomotor: motricidad fina, motricidad gruesa, cognoscitiva, lenguaje, socio afectividad y hábitos de salud y nutrición y lograr identificar qué tan afectado resultaba el niño debido a su enfermedad y a la experiencia de hospitalización.

Esta prueba evidenció claramente que la hospitalización en la edad de 0 a 2 años afecta drásticamente el desarrollo psicomotor del niño ya que el desarrollo está estrechamente relacionado con la adquisición de habilidades. Los avances en la etapa infantil van lográndose poco a poco, siguiendo una secuencia constante, lógica y progresiva, la enfermedad es un acontecimiento estresante que obstaculiza la vida normal del niño lo cual causa una interrupción en el desarrollo y a la vez entorpece la adquisición de nuevos aprendizajes y habilidades.

Es por eso que debido a la hospitalización el niño se ve privado de ciertos estímulos a consecuencia de la estadía en el área pediátrica, el único estímulo que percibe es la relación que mantiene con la madre y el personal médico; durante la estadía del niño en el encamamiento tanto las madres como el personal médico someten al niño a rigurosas rutinas y a reglas que le dificultan la adquisición de experiencias nuevas, ya que dentro del área se pudo observar que la mayoría de los niños permanecían en sus cunas debido a la dificultad a movilizarse a consecuencia de la enfermedad que padecía o porque las circunstancias no lo permitían, otra de las cosas que se pudieron observar es que las madres debido al cansancio que les provoca la estadía constante en la unidad médica dejan a un lado la importancia que tiene la estimulación en el niño y muchas de ellas prefieren dejar de hacerlo a pesar de las recomendaciones constantes que se les hacen, pero una de las cosas más importante que se observaron es que el niño se ve privado a cualquier contacto con otros niños o personas ajenas al hospital; todo esto se vio reflejado en los resultados mencionados anteriormente ya que gran parte de la muestra presentó retraso en alguna de las áreas del desarrollo.

Con el análisis de los resultados del gráfico EDIN I se logró comprobar que las áreas del desarrollo más afectadas fueron el área de lenguaje y el área de hábitos de salud y nutrición, esto se da a consecuencia de que la experiencia de la hospitalización como mencionábamos anteriormente es un obstáculo para adquirir nuevas habilidades, el lenguaje es una de las áreas más complejas que a su vez necesita de estimulación constante para desarrollarse de la manera más optima sin embargo este proceso se ve afectado ya que dentro de la unidad pediátrica no se permite hablar muy fuerte y la relación que tienen los niños con otras personas es muy escasa es por eso que al niño se le dificulta aún más la adquisición de nuevo vocabulario; en cuanto al área de hábitos de salud y nutrición es evidente que el niño no tiene la posibilidad de desarrollar esta área como lo haría cualquier otro niño ya que dentro del hospital no se le permite al niño comer, asearse y mucho menos utilizar por si solo el baño por lo que las capacidades y habilidades que se necesitan para poder ir avanzando en el desarrollo de esta área se ven totalmente restringidas haciendo que el niño tenga un retraso importante.

Luego se aplicó la lista de cotejo la cual medía la cantidad de indicadores de depresión infantil de los niños hospitalizados, esta se aplicó a los niños a los cuales ya se les había aplicado el gráfico del desarrollo EDIN I, la aplicación de este test constaba en la observación del niño y si se observaba o no alguno de los indicadores en su conducta. Los indicadores que se tomaban en cuenta para la evaluación de esta prueba fueron los siguientes:

- Lloriqueo
- Retraimiento
- Pérdida importante de peso
- Crecimiento lento
- Apatía hacia la interacción social
- Disminución acusada del interés

- Desarrollo lento del lenguaje
- Agitación o enlentecimiento
- Bajo desarrollo cognitivo
- Irritabilidad
- Fatiga o pérdida de energía
- Insomnio o hipersomnia

Aquellos niños que obtuvieron 5 o más indicadores presentaban depresión infantil, el resultado obtenido es que el 67% de la población muestra 5 o más indicadores; estos indicadores se manifestaron a la hora de realizar la evaluación y se registraron mediante la observación con la ayuda de la lista de cotejo es por eso que fue de suma importancia registrar cada uno de los síntomas para así obtener resultados exactos; estos indicadores están basados en los estudios de Sarason & Sarason los cuales dieron una lista de síntomas de depresión en las diferentes etapas del desarrollo infantil; basándose en que los niños presentan mayor cantidad de síntomas que los adultos y este estado puede afectar directamente las habilidades y la forma en que los niños enfrentan las emociones.

Durante la aplicación y la observación se hizo incuestionable que la hospitalización causa en los niños reacciones que con anterioridad no mostraban y con el paso de los días se incrementaban; la mayoría de las madres mencionó que los niños cambian constantemente en su forma de reaccionar y en la forma que se relacionan con otros. En cuanto al apego que tienen con la madre o encargado en la mayoría de los casos es seguro ya que al haber separación surge un sentimiento de ansiedad y al reencontrarse surge cierto aseguramiento sin embargo la relación con personas que no sean la madre o encargado es todo lo contrario ya que en la mayoría de los casos los niños mostraban ansiedad al percatarse de que se les acercaba cualquier otra persona y en ciertos casos mostraban apatía.

Se identificó que la incidencia de depresión en la población muestral es del 67%, esto se debe a que el niño ve la hospitalización como una experiencia amenazante que provoca cambios radicales en su calidad de vida, esto a su vez origina reacciones emocionales en el niño y una de las principales es la depresión y a través de la investigación se logró identificar que gran porcentaje de la población presenta depresión a la hora de experimentar una hospitalización.

Las reacciones o indicadores que se observan con mayor frecuencia son fatiga o pérdida de energía (70%) ya que los niños se ven sometidos a intervenciones rigurosas lo cual hace que el niño sufra cambios drásticos en sus rutinas provocando así que este indicador sea uno de los más frecuentes, Irritabilidad (63%) este se da como origen del miedo a las intervenciones y procesos quirúrgicos, a la falta de comprensión de la experiencia y al cambio evidente de su entorno y por último se observa que otro de los indicadores más frecuente es la agitación o enlentecimiento (60%) esto se debe a que el niño a la hora de experimentar la hospitalización sufre de cambios significativos en su entorno lo cual le provoca reacciones que antes no tenía es por eso que los cambios de humor pueden darse repentinamente y una muestra de esto es el indicador que mencionamos anteriormente; en cuanto al desarrollo psicomotor mencionábamos con anterioridad que las áreas más afectadas son el área de lenguaje la cual se ve directamente afectada por la hospitalización ya que el niño pierde la posibilidad de adquirir nuevas experiencias lo cual obstaculiza el aprendizaje dificultándole así la adquisición de nuevo vocabulario y el área de hábitos de salud y nutrición se ve afectada ya que el niño dentro de la institución hospitalaria no tiene la posibilidad de adquirir las habilidades y capacidades que se necesitan para avanzar en el desarrollo de esta área esto es a causa de que dentro del encamamiento el niño no tiene la posibilidad de comer, asearse o realizar tareas de manera independiente.

El apego que prevalece es el apego seguro ya que las madres se encuentran accesibles y en entera disponibilidad del niño. Por último se logró precisar que la mayoría de la muestra se encontraba hospitalizada en un lapso de 5 a 10 días por lo que los resultados se obtuvieron en este lapso de tiempo sin embargo uno de los casos que mostró la totalidad de los indicadores había estado hospitalizado 60 días por lo que se pudo observar que mientras más larga la estadía en el hospital mayor riesgo corren los niños de presentar depresión infantil y una interrupción en el desarrollo adecuado.

Los alcances de la investigación se obtuvieron debido a la aplicación de instrumentos y al análisis estadístico de los resultados obtenidos, para obtener resultados se llevaron a cabo una serie de pasos rigurosos que se iniciaron con el análisis de la población y la selección de la muestra, luego de esto se llevó a cabo de acuerdo a la planificación la evaluación de la muestra y la aplicación de instrumentos y a continuación se analizaron los datos obtenidos para poder generar resultados.

Se logró evidenciar que la hospitalización tiene efectos y reacciones en el niño de corta edad esto se debe a que su mundo deja de ser como era anteriormente y todos estos cambios causan que el niño no pueda manejar las emociones adecuadamente es por eso que se deben de tomar en cuenta el entorno, la familia y qué tanto la experiencia afecta al niño para así disminuir los efectos negativos que este acontecimiento llamado enfermedad puede tener en el niño hospitalizado.

El alcance de los objetivos fueron de un 100% ya que todas las interrogantes que se plantearon fueron resueltas de manera satisfactoria, se logró evidenciar que cada una de las interrogante era de suma importancia para el papel que juega la hospitalización en la depresión de los niños de 0 a 2 años por lo que se puede decir que las interrogantes estuvieron planteadas

adecuadamente desde el inicio lo cual sirvió de guía para la realización de la investigación y la comprobación de la hipótesis.

La hipótesis fue aceptada de acuerdo a un análisis porcentual, ya que la mayoría de indicadores se evaluaron en el aspecto muy significativo.

CAPÍTULO IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

Se acepta la hipótesis de que la hospitalización provoca depresión infantil en el área de infantes de 0 a 2 años del Hospital Nacional Roosevelt ya que al analizar la hipótesis de manera porcentual todos los indicadores fueron evaluados como muy significativos y la incidencia de depresión es del 67%.

Los síntomas más frecuentes que presentan los niños al ser hospitalizados son la fatiga o pérdida de energía, la irritabilidad y agitación o enlentecimiento.

El desarrollo psicomotor es una parte esencial en la vida del niño, y al ser éste hospitalizado, el desarrollo se ve comprometido. Debido a la estimulación mínima que se le provee al niño durante el tiempo de hospitalización, las áreas del desarrollo psicomotor que se ven más afectadas son el área del lenguaje y el área de los hábitos de salud y nutrición.

Durante la hospitalización, el apego del niño con la madre se intensifica, ya que debido a normas del Hospital la madre es la única persona que puede permanecer la mayor parte del tiempo con él. A pesar de este apego seguro, el niño hospitalizado puede llegar a presentar apatía hacia la interacción con otras personas, especialmente con el personal médico y sus familiares.

La duración de la hospitalización es un factor determinante para la presencia de depresión en los niños. Si el niño permanece internado de 1 a 4 días en el hospital, son muy pocas las probabilidades de que presente depresión, sin embargo si el niño permanece hospitalizado en un lapso de 5 a más días, las probabilidades aumentan.

4.2 Recomendaciones

La hospitalización genera una serie de miedos, por ser una situación nueva que implica la pérdida de un estado anterior ya conocido. Es por este motivo que se debe ofrecer una atención completa a las necesidades de salud de los niños hospitalizados tomando en cuenta tanto los aspectos físicos de los procesos de enfermedad y hospitalización, como las repercusiones psicológicas y sociales de estos procesos para los niños y sus familias.

Una forma de disminuir las reacciones negativas sería proporcionar al niño ayuda para comprender el motivo y causas de la hospitalización y tratar de explicarle cuidadosamente y por anticipado cada intervención que se le realizará con términos adecuados al nivel de desarrollo del niño para así disminuir la ansiedad y el temor.

En cuanto al desarrollo psicomotor que se ve directamente comprometido a la hora de una hospitalización se recomienda que para evitar o prevenir consecuencia a largo plazo se debe informar a las madres sobre el desarrollo adecuado de los niños y los problemas que estos pueden presentar si no son estimulados correctamente y a través de esta información fomentar la importancia de la estimulación adecuada y lograr que el niño sea estimulado diariamente ya sea por personal médico o por medio de la madre a la cual se le pueden proporcionar técnicas y ejercicios que pueda realizar fácilmente.

Durante la hospitalización la madres tienden a la sobreprotección de los hijos contribuyendo así a la regresión lo cual disminuye y empobrece las defensas del niño, para evitar esta intensificación en el apego madre-hijo se debe de ayudar a la madre a comprender el rol que jugará durante la hospitalización del niño para evitar en ella reacciones de ansiedad o celos por la pérdida de control en la atención del hijo, otra manera de evitar esta situación es no excluyendo al padre ya que este puede atender las necesidades de la madre

y proporcionarle apoyo funcionando entonces como un filtro para las emociones violentas que pueden surgir en la madre y lo más importante se debe mantener la comunicación con los hermanos ya sea por medio de postales, dibujos y si es posible visitas para que el vínculo entre ellos no se debilite demasiado y para que no se sientan desplazados el uno por el otro.

Cuando un niño debe permanecer hospitalizado por un lapso largo de tiempo se debe tratar de fomentar espacios recreativos en donde el niño canalice la ansiedad, también se debe facilitar las relaciones familiares permitiendo que otros miembros de la familia visiten al niño, manteniendo así la calidad de las relaciones interpersonales antes, durante y después de la estancia en el hospital y lo más importante se debe ofrecer oportunidades de relación psicoterapéutica de apoyo para niños y padres y por este medio ayudarlos a manejar de manera adecuada el acontecimiento que están viviendo y reforzar de esta manera los vínculos familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. J., "Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos", Elsevier Science, 3era edición, España, 2002, 1260 páginas.
- Bowlby, J, "Attachment and Loss: attachment", Basic Books, Londres, 1969, 407 páginas.
- Del Barrio, V, "Depresión Infantil. Causas, evaluación y tratamiento", Ariel, Barcelona, Edición ilustrada, 1997, 186 páginas.
- Farley. G, LL O. Eckhardt, Frederick B. Hebert, "Manual de urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente", Pediatría, Barcelona, 1980, 231 páginas.
- Fonagy, P, "Teoría del apego y psicoanálisis", ESPAXS, S.A. PUBLICACIONES MÉDICAS, Barcelona, 2004, 255 páginas.
- García, R, "Hospitalización de niños y adolescentes", Revista médica, Chile, 2005, vol. 16, 241 páginas.
- García-Caballeros, C, "Tratado de pediatría social", Ediciones Díaz de Santos, Edición ilustrada, Madrid, 2000, 869 páginas.
- Kornblit, A, "Somática familiar: enfermedad orgánica y familia", Gedisa, Barcelona, 1984, 104 páginas.
- Lizasoáin, O, "Educando al niño enfermo; Perspectivas de la pedagogía hospitalaria", Eunate, Pamplona, 2000, 172 páginas.
- López Fernández, E, "Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil", Boletín pediátrico, Valladolid, 1995, Vol. 36 núm. 157.
- Mahler, M, Fred Pine, Anni Bergman, "El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación", Marymar, Buenos Aires, 1977, 328 páginas.
- Ortigosa, J. M, "Hospitalización Infantil: Repercusiones Psicológicas: Teoría y Práctica", Biblioteca Nueva, Edición ilustrada, Madrid, 2000, 230 páginas.
- Palomo del Blanco, M, "El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento", Pirámide, Edición ilustrada, Madrid, 1995, 180 páginas.

- Papalia, D. E, "*Psicología del desarrollo*", McGraw-Hill, Edición 11, México, 2005, 525 páginas.
- Rodríguez-Sancristán, J, "*El niño enfermo y sus reacciones psicológicas*", Anthropos , Zaragoza , 1994, 497 páginas.
- Santrock, J. W, "*Psicología del desarrollo. El ciclo vital*", McGraw-Hill, Décima edición, Madrid, 2006, 860 páginas.
- Sarason, I., & Sarason, B, "*Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*". Pearson Educación, Séptima edición, México, 1996, 704 páginas.
- Spitz R., "*El primer año de vida del niño*", Fondo de cultura económica, México, 1996, 294 páginas.
- Trad, Paul. V.Trad, "*Depresión psíquica en neonatos y lactantes*", Limusa, Edición ilustrada, México, 1992, 364 páginas.

ANEXOS

Lista de cotejo

Depresión en niños de 0-2 años

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha de ingreso:

Hospitalización previa: si, no

Enfermedad que padece:

Tiempo de hospitalización:

✓ la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas que representan un cambio respecto a la actividad previa.

Indicadores	Si	No
Lloriqueo		
Retraimiento		
Pérdida importante de peso		
Crecimiento lento		
Apatía hacia la interacción social		
Disminución acusada del interés		
Desarrollo lento del lenguaje		
Agitación o entecimiento		
Bajo desarrollo cognitivo		
Irritabilidad		
Fatiga o pérdida de energía		
Insomnio o hipersomnia		

Observaciones:

9-10	<input type="checkbox"/> GATEA (73.2%) ●	<input type="checkbox"/> COGE GUERDA CON LOS DEDOS (87.1%) ●	<input type="checkbox"/> MIRA EL PARAL PARA SALTAR EN UN OBJETO (82.5%) ●	<input type="checkbox"/> RESPONDE A ORDENES SIMPLIFICADAS DE SESTOS (78.0%) ●	<input type="checkbox"/> REPITE ACTIVIDAD SU AL CELEBRAR SU ACTUACION (74.3%) ●	<input type="checkbox"/> INTENTA USAR CUCHARA Y PLATO (72.8%) ●	
8-9	<input type="checkbox"/> PASA DE SENTADO A POSICION DE GATEO (80.0%) ●	<input type="checkbox"/> TOMA UN DULCE CON EL PULGAR Y EL INDICE (72.4%) ●	<input type="checkbox"/> QUITA PAÑAL Y TOMA LA SOLA ESCONDIDA ANTE SU VISTA ●	<input type="checkbox"/> SUSPENDE ACTIVIDAD CUANDO SE LE DICE: ¡NO! (80.0%) ●	<input type="checkbox"/> REACCIONA ANTE SU IMAGEN EN EL ESPEJO (83.0%) ●	<input type="checkbox"/> DEMUESTRA PREFERENCIA O RECHAZO POR ALIMENTOS (74.3%) ●	
7-8	<input type="checkbox"/> SE PARA BREVEMENTE SOSTENIDO DE MANOS (76.6%) ●	<input type="checkbox"/> TOMA GOMITA ENTRE PULGAR, INDICE Y MEDIO (78.9%) ●	<input type="checkbox"/> BUSCA OBJETOS ESCONDIDOS FRENTE A EL (73.5%) ●	<input type="checkbox"/> USA GESTOS PARA COMUNICAR SUS DESEOS (78.8%) ●	<input type="checkbox"/> CAMBIA DE ACTIVIDAD CUANDO LLEGAN EXTRACTOS (80.0%) ●	<input type="checkbox"/> COME DEL PLATO CON SUS DEDOS (87.1%) ●	
6-7	<input type="checkbox"/> SE SIENTA SIN APOYO POR BREVES MINUTOS (81.8%) ●	<input type="checkbox"/> TOMA GOMITA CON PULGAR Y OTROS DEDOS (70.0%) ●	<input type="checkbox"/> RECUPERA SONAJERO QUE SE LE CAE DE LA MANO (84.6%) ●	<input type="checkbox"/> COMBINA SILABAS: MA-NA-TA-TA (70.4%) ●	<input type="checkbox"/> DISFRUTA JUBANDO AL ESCONDIRLO (88.0%) ●	<input type="checkbox"/> SOSTIENE PAN, BALLEAS Y LOS LLEVA A LA BOCA (88.8%) ●	
5-6	<input type="checkbox"/> DA VUELTA DE BOCARriba (71.4%) ●	<input type="checkbox"/> COGE EL OBJETO QUE SE LE PONE FRENTE A EL (75.0%) ●	<input type="checkbox"/> SIGUE CON LA MIRADA MOMENTANEAMENTE LOS OBJETOS QUE CAEN (96.2%) ●	<input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS MIENTRAS JUEGA SOLO (76.8%) ●	<input type="checkbox"/> EXPLORA LA CARA DE LA MADRE CON LA VISTA Y MANOS (83.0%) ●	<input type="checkbox"/> EMPIEZA A MASTICAR ALIMENTOS (78.8%) ●	
4-5	<input type="checkbox"/> SENTADO CON APOYO, CABEZA FIRME (88.3%) ●	<input type="checkbox"/> INTENTA COGER LOS OBJETOS SIN LOGRARLO (78%) ●	<input type="checkbox"/> OBSERVA UN OBJETO ANTES DE METERLO A LA BOCA (88.7%) ●	<input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS REPETITIVAMENTE "P" "H" "G" "O" (76.1%) ●	<input type="checkbox"/> SE RIE A CARCAJADAS CUANDO JUEGA CON OTRA PERSONA (88.3%) ●	<input type="checkbox"/> ACEPTA SEMISOLIDOS (98.0%) ●	
3-4	<input type="checkbox"/> SE VUEVE PARCIALMENTE (90.6%) ●	<input type="checkbox"/> MANTIENE LAS MANOS ABIERTAS (84.7%) ●	<input type="checkbox"/> SIGUE CON MIRADA BOLA QUE SE DESPLAZA EN MOVIMIENTOS CIRCULARES (84%) ●	<input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS VOGALES "A", "E", "U" (83.0%) ●	<input type="checkbox"/> MIRA SUS MANOS JUEGA CON ELLAS Y LAS LLEVA A LA BOCA (88.6%) ●	<input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE (88.6%) ●	
2-3	<input type="checkbox"/> AL SENTARLO, CARBEZA ERCTA UNOS SEGUNDOS (86.2%) ●	<input type="checkbox"/> RASCA LOS OBJETOS QUE TOCA (88.7%) ●	<input type="checkbox"/> MUEVE CABEZA EN BUSCA DE SONIDO (88.9%) ●	<input type="checkbox"/> RESPONDE CON SALTUCOS EN SITUACIONES PLACENTERAS (88.8%) ●	<input type="checkbox"/> SONRISA SOCIAL (88.9%) ●	<input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE EXCLUSIVAMENTE (87.6%) ●	
1-2	<input type="checkbox"/> BOCA ABAJO ALZAR BARBILLA Y MUEVE CABEZA HACIA LOS LADOS (88.4%) ●	<input type="checkbox"/> APRIETA FUERTE UN OBJETO Y LUEGO LO DEJA CAER (86.2%) ●	<input type="checkbox"/> SIGUE OBJETOS CON LA MIRADA (83.7%) ●	<input type="checkbox"/> EMITE SONIDOS (80.7%) ●	<input type="checkbox"/> ROSTRO POCO EXPRESIVO (80.7%) ●	<input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE EXCLUSIVAMENTE (88.0%) ●	
0-1	<input type="checkbox"/> SUCCION (94.9%), PRENS. PALMARES (80%), PRENS. PLAN- TAR (100%), MARCHA AUTOM. (84%), BONO (80.8%) ●	<input type="checkbox"/> MANOS FUERTEMENTE CERRADAS (80.0%) ●	<input type="checkbox"/> FIJA MIRADA EN SONAJERO (88.0%) ●	<input type="checkbox"/> BUSCA SONIDO (88.0%) ●	<input type="checkbox"/> SE CALMA AL ALZARLO Y HABLARLE (86.0%) ●	<input type="checkbox"/> SE ALIMENTA CON LECHE EXCLUSIVAMENTE (100%) ●	