The background of the page features a large, faint watermark of the seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains the Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMMATENSIS INTER" around its perimeter. The central emblem depicts a figure on horseback holding a sword, with a volcano and a castle in the background, flanked by two lions and two columns.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“DEPRESIÓN EN EL NIÑO O NIÑA HOSPITALIZADO EN EL ÁREA
PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT (7-12 AÑOS DE EDAD)”**

ANDREA SUSELY FRANCO SÁNCHEZ

BRENDA EDITH ARRIVILLAGA MONROY

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“DEPRESIÓN EN EL NIÑO O NIÑA HOSPITALIZADO EN EL ÁREA
PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT (7 -12 AÑOS DE EDAD)”**

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

POR

ANDREA SUSELY FRANCO SÁNCHEZ

BRENDA EDITH ARRIVILLAGA MONROY

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 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 Córdon Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS



c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 124-12
CODIPs. 1424-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

04 de septiembre de 2013

Estudiantes
Andrea Susely Franco Sánchez
Brenda Edith Arrivillaga Monroy
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO QUINTO (15º.) del Acta TREINTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL TRECE (38-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 02 de septiembre de 2013, que copiado literalmente dice:

DÉCIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: “**DEPRESIÓN EN EL NIÑO O NIÑA HOSPITALIZADO EN EL ÁREA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT (7-12 AÑOS DE EDAD)**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Andrea Susely Franco Sánchez
Brenda Edith Arrivillaga Monroy

CARNÉ No. 2007-13839
CARNÉ No. 2008-21241

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada 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.

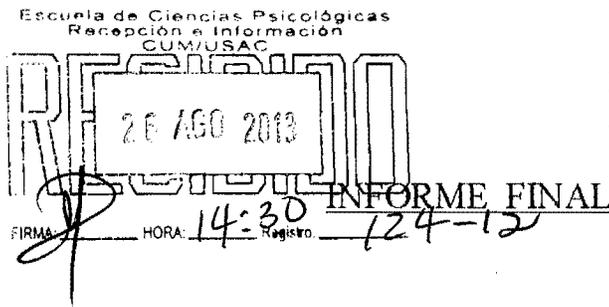
Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby



CIEPs 580-2013
REG: 124-2012
REG: 124-2012

Guatemala 22 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 O NIÑA HOSPITALIZADO EN EL ÁREA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT (7-12 AÑOS DE EDAD).”

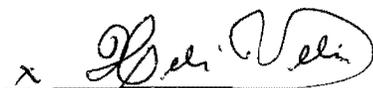
ESTUDIANTE: **Andrea Susely Franco Sánchez**
Brenda Edith Arrivillaga Monroy

CARNÉ No.
2007-13839
2008-21241

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 03 de agosto del presente año y se recibieron documentos originales completos el 22 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. 581-2013
REG 124-2012
REG 124-2012

Guatemala, 22 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 O NIÑA HOSPITALIZADO EN EL ÁREA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT (7-12 AÑOS DE EDAD).”

ESTUDIANTE:
Andrea Susely Franco Sánchez
Brenda Edith Arrivillaga Monroy

CARNÉ No.
2007-13839
2008-21241

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

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



**Licenciada Elena María Soto Solares
DOCENTE REVISORA**



Arelis./archivo

Guatemala, 05 de junio 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 o Niña Hospitalizado en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt (7 a 12 años de edad)” realizado por las estudiantes ANDREA SUSELY FRANCO SÁNCHEZ, CARNÉ 2007-13839 Y BRENDA EDITH ARRIVILLAGA MONROY, CARNÉ 2008-21241.

El trabajo fue realizado a partir del 19 de junio 2012 hasta el 05 de junio 2013.

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

Sin otro particular, me suscribo,

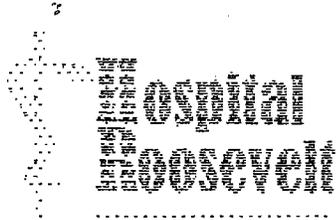
Atentamente,



M.A. Karla Emy Vela Díaz

Colegiado No. 726

Asesor de contenido



Departamento de Pediatría

Oficio No. IP/189/2013
Guatemala 30 de mayo 2013

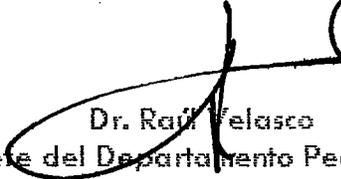
Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinación de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM

Licenciada Alvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Andrea Susely Franco Sánchez, carné 2007-13839 y Brenda Edith Arrivillaga Monroy, carné 2008-21241 realizaron en esta institución 20 Cuestionarios Educativos Clínico: Ansiedad-Depresión (CECAD) a niños y niñas como parte del trabajo de investigación titulado: "Depresión en el Niño o Niña Hospitalizado en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt (7 a 12 años de edad)" en el periodo comprendido del 24 de abril al 23 de mayo del presente año, en horario de 10:00 a 12:00 horas.

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

Sin otro particular, me suscribo,


Dr. Raúl Velasco
Jefe del Departamento Pediatría



RFV8/gaps
c.c. archivo

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR ANDREA SUSELY FRANCO SÁNCHEZ

ERWIN ROLANDO FRANCO VALENZUELA
CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR
COLEGIADO NO. 104

LILIAN JUDITH SÁNCHEZ FONSECA DE FRANCO
CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR
COLEGIADO NO. 1944

POR BRENDA EDITH ARRIVILLAGA MONROY

M.A. KARLA EMY VELA DÍAZ
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 726

ANDREA SUSELY FRANCO SÁNCHEZ
DEDICATORIA

- A DIOS** Por darme el don de la vida, y ser mi fortaleza en todas las etapas de mi vida.
- A MIS PADRES** Erwin y Lily por su amor, cariño, comprensión y apoyo incondicional en todo momento; los amo mucho padres; este logro es compartido.
- A MI HERMANA** Evelyn gracias por todo tu cariño.
- A MIS ABUELITOS** Alfredo, Julita (+), Naty y Alfonso (+); por su cariño, alegría y cuidados.
- A MI FAMILIA** Tíos Silvita, Carlos e Irma; a mis demás tíos, primos y sobrinos, por su cariño, consejos y apoyo.
- A MIS AMIGOS Y AMIGAS** Por su apoyo, cariño, sincera y valiosa amistad; por todos los momentos que hemos logrado compartir en las diferentes etapas de mi vida.
- A MI AMIGA Y COMPAÑERA DE TESIS** Brenda Arrivillaga, por su amistad y acompañarme durante la realización de este proyecto y por tantos momentos inolvidables y a su familia por su cariño y apoyo.
- A** Gustavo gracias por todo el cariño y apoyo incondicional que me has brindado en estos momentos.

“Un hombre tiene que escoger. En esto reside su fuerza: en el poder de sus decisiones.” (Paulo Coelho).

BRENDA EDITH ARRIVILLAGA MONROY

DEDICATORIA

- A DIOS** Por el don de la vida y por permitirme cumplir con una de mis mayores metas.
- A MIS PADRES** Brenda Monroy y Edy Arrivillaga por su amor, apoyo incondicional en todo momento y por ser un ejemplo a seguir en mi vida.
- A MIS HERMANOS** Hellen, Brescia y José; por su cariño, paciencia y por estar en los momentos que más los he necesitado.
- A MIS ABUELOS** Julia, Rubén, Carmelina y Dolores; por su cariño y ser modelos a seguir en mi vida.
- A MI TÍA** Genoveva, por su cariño y apoyo en todo momento que lo he necesitado.
- A MIS PRIMAS** Nathalia y Livia Delia, por ese cariño tan especial que nos une, cada momento que hemos compartido y que han sido inolvidables.
- A MI AMIGA Y
COMPAÑERA DE
TESIS** Andrea Franco, por su amistad, cariño, paciencia y todo el esfuerzo que conllevó este proceso. A su familia gracias por su cariño y apoyo.
- A MIS AMIGOS** Por su respeto, cariño, amistad y acompañarme a lo largo de mi carrera universitaria y en esos momentos de alegría y tristeza.

AGRADECIMIENTOS

**A LA UNIVESIDAD
DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA**

Por ser nuestra casa de estudios y contribuir con nuestra formación profesional y colaborar con nuestra realización personal

**A LA ESCUELA DE
CIENCIAS
PSICOLÓGICAS**

Por brindarnos los conocimientos necesarios para llegar exitosamente a la culminación de nuestra carrera Universitaria.

**AL ÁREA
PEDIÁTRICA DEL
HOSPITAL
ROOSEVELT**

Por permitirnos realizar este proyecto y mostrar respeto al trabajo que realizamos.

**A M.A. KARLA EMY
VELA DÍAZ**

Por su cariño, apoyo, conocimientos y dedicación durante la realización de nuestro proyecto.

**A LA LICENDIADA
ELENA SOTO**

Por sus conocimientos y acompañarnos en el proceso de nuestra investigación.

**A LA LICENCIADA
ROCÍO CORDÓN**

Por su aprecio y por acompañarnos en el proceso de nuestro proyecto.

**A LOS PACIENTES
DEL ÁREA
PEDIÁTRICA DEL
HOSPITAL
ROOSEVELT**

Por su confianza, tiempo y paciencia; hicieron posible esta investigación.

ÍNDICE

Resumen	
Prólogo	
CAPÍTULO I.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	3
1.1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.1.2 Marco teórico.....	5
A. Desarrollo del niño.....	5
B. El niño hospitalizado.....	11
C. Depresión infantil.....	28
1.1.3 Delimitación.....	38
1.1.4 Hipótesis de trabajo	38
CAPÍTULO II.....	41
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	41
2.1 Técnicas.....	41
2.1.1 Instrumentos.....	41
CAPÍTULO III.....	44
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	44
3.1 Características del lugar y de la población.....	44
3.1.1 Características del lugar.....	44

3.1.2	Características de la población.....	45
3.1.3	Análisis e interpretación de resultados.....	45
CAPÍTULO IV.....		60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		60
4.1	Conclusiones.....	60
4.2	Recomendaciones.....	61
Bibliografía.....		62
Anexo 1.....		64
Anexo 2.....		67

RESUMEN

“DEPRESIÓN EN EL NIÑO O NIÑA HOSPITALIZADO EN EL ÁREA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT (7 A 12 AÑOS DE EDAD)”

Andrea Susely Franco Sánchez

Brenda Edith Arrivillaga Monroy

El objetivo general de esta investigación fue establecer la presencia de depresión infantil en el área hospitalaria. Los objetivos específicos que se pretendían alcanzar durante el desarrollo de dicha investigación fueron: Identificar los síntomas de la depresión infantil que prevalecen en el niño o niña hospitalizado, identificar los factores que causan la depresión infantil en el niño o niña hospitalizado y describir el nivel de depresión en el niño o niña hospitalizado. Se realizó en el área pediátrica del Hospital Roosevelt con niños y niñas de 7 a 12 años de edad que se encontraban hospitalizados por más de cinco días, no importando la procedencia ni el diagnóstico médico que presentaban. Las técnicas que se utilizaron fueron la observación directa, la observación participativa y como instrumento se utilizó el Cuestionario Clínico Educativo: Ansiedad y Depresión (CECAD). El enfoque que se utilizó en la investigación fue el enfoque mixto ya que se recolectó, analizó y se relacionaron datos cualitativos y cuantitativos. Al finalizar la investigación se aceptó la hipótesis que existe depresión infantil en niños y niñas de 7 a 12 años de edad, hospitalizados por más de cinco días, no importando la procedencia y diagnóstico médico que presenten en el área pediátrica del Hospital Roosevelt; que el ochenta por ciento de las manifestaciones presentadas por los niños y niñas corresponden a un cuadro depresivo, en donde la inutilidad, la irritabilidad y los síntomas psicofisiológicos corresponden a aspectos clínicos relacionados con la depresión y se pudo concluir que de cada veinte pacientes hospitalizados en el área pediátrica del Hospital Roosevelt, dieciséis presentan un cuadro depresivo.

PRÓLOGO

El propósito de ésta investigación fue establecer la presencia de depresión en niños y niñas de 7 a 12 años de edad hospitalizados en el área pediátrica del Hospital Roosevelt.

El marco Institucional en el cual se realizó la investigación y el trabajo de campo fue el Hospital Roosevelt, se encuentra ubicado en Calzada Roosevelt y 5ª. Calle, zona 11, Ciudad de Guatemala. Se llevó a cabo en la unidad de pediatría, en el área de medicina de niños. Se realizó en el período comprendido del 24 de abril al 23 de mayo del presente año.

La depresión infantil es una realidad, que muchas veces quiere ignorarse, negarse o bien tenerse en el más absoluto silencio, ya que nos confronta como adultos, a carecer de los elementos materiales, psicológicos, sociales y espirituales que permitan la atención apropiada de los niños y niñas. Si esto es así en forma regular, resulta ser que poseemos menos elementos para atender a un niño que debido a diversas situaciones se encuentre hospitalizado. La hospitalización representa para el niño una ruptura con los lazos familiares y sociales que lo albergan cotidianamente.

La depresión en un niño hospitalizado nos invita a crear espacios más ricos, saludables y efectivos que abracen la vida infantil, como ocurre ya en los países del primer mundo.

Confío en que este trabajo abrirá las puertas para modificar las pautas de intervención psicológica y por qué no, soñar con las prácticas médicas despersonalizadas que hasta hoy han reinado en el sistema de salud del país.

Los alcances obtenidos a través de esta investigación fue el poder observar los diferentes factores que causan depresión en el niño o niña hospitalizado y establecer la presencia de ésta en el área hospitalaria.

Atentamente

M.A K.E.V.D

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1 Planteamiento del problema

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de dos semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes. La depresión infantil específicamente se ubican en dos tendencias: los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostenían pues la existencia de una depresión infantil evolutiva, y aquellos que sostenían la existencia de la depresión infantil con síntomas propios, especialmente relacionada con problemas de conducta.

Debido a las visitas que se realizaron en el área pediátrica del Hospital Roosevelt los diferentes días de la semana, se pudo observar que la mayoría de niños y niñas presentan cambios emocionales como: tristeza, decaimiento, inseguridad, indiferencia, apatía, irritabilidad, llanto excesivo, falta de interés por las cosas, debido a la hospitalización que dura días, semanas, meses o hasta años, todo depende del diagnóstico médico que les dieron. Los niños dejan de ver a los familiares, solamente pueden estar con uno de los padres, dejan de asistir a la escuela debido a la enfermedad que presentan. Es importante mencionar que tanto la supervisora M.A. Karla Emy Vela Díaz del centro de práctica Clínica del Niño Sano y el Jefe del Área Pediátrica del Hospital Roosevelt han observado el trabajo que realizan las practicantes de psicología y se sugirió realizar un estudio de los niveles de depresión que se pueden dar en el niño o niña hospitalizado.

Se observó especialmente en los niños y niñas, ya que ellos entienden el ingreso al hospital de maneras diferentes. Algunos presentan baja autoestima,

apego hacia un familiar especialmente la madre, nerviosismo, llanto, inseguridad, sentimiento de soledad, irritabilidad, desesperación, angustia, falta de apetito e incomodidad. Todo depende de la edad que tenga, del carácter y del desarrollo psicomotor, de cuántos días tendrá que permanecer en el hospital, de la enfermedad que padezca, si siente dolores y molestias, si el aspecto físico ha cambiado, y qué tipo de compañía le hacen.

Fueron niños y niñas comprendidos entre las edades de 7 a 12 años, procedentes de diferentes departamentos y municipios de la República de Guatemala, estos ingresan diariamente al área pediátrica del Hospital Roosevelt, el tiempo que permanecen hospitalizados varía de acuerdo al diagnóstico médico y tratamiento que tendrán que seguir.

El objeto de estudio se abordó con la aplicación del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD), que es un cuestionario que está dirigido a evaluar los llamados trastornos internalizados o trastornos de la emoción como la depresión y la ansiedad.

El Modelo Cognitivo-Conductual es la teoría psicológica que respalda el problema seleccionado, ya que indica que la manera como se piensa es una razón importante para el desarrollo y el mantenimiento de la depresión. Ellis, Beck y Burns enfatizan el hecho de que los sentimientos se encuentran bajo el control de la persona, porque ésta es capaz de controlar los pensamientos que los propician. De esta manera el modo en que una persona piensa y percibe los eventos de la vida puede ser una forma de prevenir la depresión.

Las interrogantes concretas que se plantearon en el proyecto de investigación fueron: 1. ¿Qué factores causan la depresión infantil en el niño o niña hospitalizado? 2. ¿Cuál es el nivel de depresión que presenta el niño o niña hospitalizado? 3. ¿Cómo ayudar al niño o niña a prevenir la depresión en el área hospitalaria?

1.1.2 Marco teórico

A. Desarrollo del niño

1. “Desarrollo del niño en la tercera infancia (7-12 años de edad)

a. **Desarrollo motor:** Durante el período escolar, el niño adquiere un incremento del desarrollo corporal bastante significativo, a medida que va creciendo:

- Estructura ósea y muscular más grandes.
- Se vuelve más ágil, fuerte y rápido.
- El desarrollo de las habilidades y destrezas motoras será más resaltante y definido (escribir mejor, hacer trabajos manuales, practicar deportes, manejar apropiadamente utensilios para comer, vestirse solo)

b. **Desarrollo cognoscitivo:** Siguiendo el orden de la teoría cognoscitiva enunciada por Jean Piaget, se desarrolló la tercera etapa denominada operaciones concretas, (objetos y situaciones concretas), el niño trabaja con representaciones lógicas del mundo. Esta etapa comienza más o menos a los 7 años y se extiende hasta los 11 años, las deficiencias propias del período anterior pre-operacional eran superadas en gran parte debido a una serie de características adquiridas por el niño en esta nueva etapa de las operaciones concretas. Algunas de ellas son:

- 1) **Descentración:** A los 7 u 8 años los niños pueden tomar varios aspectos de un problema al mismo tiempo (apreciar diferencias perspectivas, distinguir algo aisladamente del conjunto o ver el conjunto completo).
- 2) **Reversibilidad:** El pensamiento del niño en esta etapa es flexible, puede ir y venir moderadamente. Puede representar simbólicamente el camino inverso, llevando una acción ya

pasada al punto original, o representarle también desde el comienzo hasta el final.”¹

- 3) **“Heterocentrismo:** El niño puede tener otras percepciones del medio, puede colocarse, mentalmente, en el lugar de otros y sentir y comprender desde otras perspectivas, cualquier situación que no escape a la realidad física.
- 4) **Conservación:** Capacidad que desarrolla el niño de 7 a 8 años para comprender que la forma no determina la cantidad y que los objetos permanecen iguales así cambie la apariencia, “Conservación de Cantidad de Sustancia”.
- 5) **Conservación de peso:** Capacidad que desarrolla el niño de 9 a 10 años para comprender que la forma no determina el peso y que los objetos conservan el mismo peso así cambie la apariencia.
- 6) **Conservación de volumen:** Capacidad que desarrolla el niño de 11 y 12 años para comprender que hay conservación de volumen aun cuando haya cambios en la apariencia.
- 7) **Inclusión de clase:** El niño entre 7 y 12 años puede apreciar la existencia de un orden entre ciertas clases, (domina las relaciones entre categorías, puede razonar al mismo tiempo acerca de la parte del todo y del todo).
- 8) **Seriación:** Capacidad que desarrolla el niño de 7 u 8 años para ordenar los elementos de acuerdo a: pesos, tamaños, creciente, decreciente, colores (es la habilidad para operar y comprender una correspondencia ordinal).”²

¹Clifford, Margaret M., Enciclopedia práctica de la pedagogía, Ediciones Océano S.A, Editorial Océano S.A., Barcelona, España, 2000, Pág. 158.

²IDEM pág. 160.

- c. Desarrollo del lenguaje:** El niño inicia la etapa escolar a los 6 años. A pesar del aparente “buen manejo del lenguaje”, aún no ha alcanzado el pleno desarrollo en este aspecto, pues todavía está incompleto:
- 1) En la fonología, (algunos sonidos le son un poco dificultosos para pronunciarlos bien).
 - 2) En la semántica le falta ciertas adquisiciones porque el significado de las palabras a veces le resulta complejo, es decir, existen palabras que para el niño tienen un significado a los 8 años, pero cuando él tiene 12 años esas mismas palabras le significan otra cosa. El desarrollo sintáctico continúa durante la edad de los 6 años luego vuelve a darse entre los 11 y 12 años, es decir se da en dos etapas y coincide paralelamente con el desarrollo cognoscitivo. En este desarrollo sintáctico se aprecia lo siguiente: aprendizaje de excepciones de reglas sintácticas raras veces usadas aún por los adultos.
- d. Desarrollo socio-emocional:** durante el proceso del desarrollo socio-emocional del niño en edad escolar (6 a 12 años), el medio ambiente social en el cual participa el niño, (familia, colegio, comunidad, y todo los demás), son factores muy significativos, pero es en la familia principalmente, (relaciones entre padre e hijo, la situación familiar y la interacción entre hermanos y demás familiares), donde se producen ciertas conversiones que le proporcionan un mejor ajuste a este período de cambios. En la familia comienzan los primeros aprendizajes y experiencias socio-emocionales que le proveerán de bases sólidas para el mejor desarrollo de la futura personalidad.

Las relaciones familiares favorables, permitirán al niño desarrollar una buena adaptación personal, social y saludable concepto de sí mismo (autoestima).

- 1) **“Relación padre e hijo:** de acuerdo con Erick Erickson en este período escolar (6 a 12 años) los niños se dan cuenta que son capaces de producir algo y que a través de este medio pueden llegar a ser aceptados socialmente y experimentar sentimientos de autoestima. Si el niño no descubre las potencialidades para ser productivo, finalmente el producto puede ser un sentimiento de inferioridad.
- 2) **Los padres de los niños con autoestima elevada:** respetan las opiniones de los hijos y los motivaban a tomar decisiones.
- 3) **Los padres de los niños con baja autoestima:** consideraban a los hijos como cargas, los trataban con dureza y sin respeto, y les proporcionan poca orientación. Aplican una disciplina inconsistente, a veces no se preocupan por la mala conducta del niño y en otras ocasiones los castigaban con severidad, formando niños que necesitan de confianza en sí mismos.”³
- 4) **“Extensión de la familia:** cada grupo familiar está constituido de diversas edades y de ambos sexos. Pudo haber predominio de un sexo o estar equilibrado. Mientras mayor sea el grupo familiar, es probable que mayor sea el clima de tensión emocional. Todo parece indicar que la familia pequeña contribuye más al desarrollo socio-emocional del niño, que las familias muy numerosas.
- 5) **El status socio-económico:** es un factor interviniente de gran significación para este desarrollo infantil. La inseguridad emocional del niño estuvo íntimamente relacionada con la

³IDEM pág. 165.

inseguridad económica de la familia, sin embargo, algunas veces, la seguridad económica no implica necesariamente seguridad emocional.

6) Influencia de los hermanos: está demostrado que los hermanos también influyen en el desarrollo socio-emocional del niño, éstos facilitan una mejor y más rápida adaptación del infante al medio social. También han concluido los estudiosos, que no existe un orden o lugar dentro de la familia que sea ejemplar, cada quien tendrá o no ciertos problemas para lograr la mejor adaptación y desarrollo socio-emocional, responsabilidad que también corresponde a la familia como primer medio social del niño.

7) Ambiente escolar: en esta etapa, la escuela le exigirá al niño más y se espera de él otra conducta y rendimiento, tendrá que desarrollar mayor capacidad cognoscitiva. A parte de estas exigencias, también le ofrece al niño un mayor espacio social en el cual a través de interactuar con otros niños similares encuentra un medio muy importante para aprender todos aquellos conocimientos que le permitirán desarrollar una personalidad capacitada para responder positivamente ante la sociedad. Los niños son unos a otros agentes socializadores, juntamente con el maestro, la escuela y la comunidad.”⁴

e. Desarrollo moral: al llegar el niño a la edad escolar, ya trae del ambiente familiar y pre-escolar ciertos conocimientos sobre algunas formas de comportarse de acuerdo a lo que los demás le aceptan como bueno o malo. La moral tiene un código, reglas establecidas por la sociedad y tener una conducta moral significa actuar conforme a las reglas del grupo y obtener la aprobación, lo

⁴IDEM pág. 168.

contrario sería ir conscientemente en contra de esas normas de conducta, por lo que lo calificarían como inmoral y sería sancionado, por estar en contra de los intereses y bienestar del grupo. Una conducta anti-moral, que aunque no se ajuste a las normas y puede ser negativa para el grupo, puede ser perdonada porque se ignora lo que la sociedad aprueba. Gran parte del comportamiento infantil es indecente, más que inmoral, porque el niño no siempre sabe lo que debe hacer. Es de importancia para el niño aprender lo que los demás aprueban y eso se logra participando en grupos, también debe tener conciencia sobre el deseo de hacer lo que está bien, evitando lo que pueda estar mal, esto se puede obtener reforzando agradablemente las buenas actuaciones y desaprobando con desagrado los malos comportamientos. Es valioso que el niño reciba la aceptación del grupo y así se le asegura la voluntad de actuar socialmente como debe ser. Según Piaget “toda moral consiste en un sistema de reglas y la esencia de cualquier moral hay que buscarla en el respeto que el individuo adquiere hacia esas otras reglas”⁵.

De acuerdo con Kohlberg, existen tres etapas de desarrollo moral que son:

- **Nivel pre-moral:** el niño para evitar un castigo cumple las reglas.
- **Nivel convencional:** el individuo obedece evitando así la censura.
- **Nivel de principios:** la persona acata las reglas o no de acuerdo a su conciencia.

f. Desarrollo sexual: A medida que el niño avanza en edad, los cambios físicos se aprecian mejor entre niños y niñas, este

⁵Papalia, Diane E., Wendkos Olds, Sally, Duskin Feldman Ruth; Psicología del Desarrollo, Editorial Mc. Graw Hill, Novena edición, Pág. 364.

desarrollo es parejo hasta aproximadamente los 8 a 9 años. A partir de los 9 años y medio hacia los 11 años, las niñas empiezan a mostrar ciertos cambios:

- Crecen más rápido, son más altas y de mayor peso que los varones de la misma edad.
- Se ha observado la figura corporal de lo que será posteriormente.
- Entre los 10 y 11 años empieza a producir dos hormonas (estrógeno y progesterona) preparando el organismo de la niña para la etapa reproductiva.
- Es frecuente que se desarrolle a los 12 años de edad.
- Los niños empiezan a mostrar ciertos cambios más o menos a los 13 años de edad:
- Crecimiento más rápido, son más altos y de mayor peso que las niñas de la misma edad.
- Se ha observado la figura corporal de lo que será posteriormente”⁶.

B. El niño hospitalizado

1. Evolución histórica de la hospitalización infantil

Los niños han necesitado prácticamente de derechos hasta la Revolución Francesa. En la antigüedad el niño era una simple posesión de alguien o un ser abandonado. Fue a finales del siglo XVIII, cuando la Revolución Francesa, en el impulso liberador, alcanzó también a los niños, y se publicaron decretos a favor de los pequeños abandonados, estipulando que su educación tendría que correr a cargo del Estado de la Nación. Con fin de reducir los precios, algunos de éstos se encerraron en hospicios, donde la mortalidad era superior al noventa por ciento.

⁶IDEM pág. 338.

Con la Revolución Industrial Inglesa, en la época de máxima explotación laboral de la infancia, con jornadas de dieciséis horas diarias en las minas, se dieron medidas legislativas a favor de la regulación del trabajo de los niños. Entre tanto, los hospitales pediátricos, eran simples refugios hasta primeros de siglo, que experimentaron un gran desarrollo. De la mano del progreso científico y la aparición tecnológica, la medicina parecía haber alcanzado el rango de ciencia dura.

El conocimiento avanzó enormemente, pero al precio de dividir la atención en los órganos y sistemas de la visión completa del hombre enfermo. El médico estaba más atento a las causas que a las consecuencias de la enfermedad. Las condiciones de bienestar del paciente eran totalmente secundarias en la hospitalización; consideradas de pérdida de tiempo a la hora de diagnosticar y llevar a cabo la cura oportuna.

El niño carecía, aun así, de auténticos derechos. En aquel momento histórico no es de extrañar que la presencia de los padres en el hospital fuera considerada como un estorbo, y el niño debía permanecer solo, allí dentro, en tanto que las visitas de los padres eran espaciadas y rechazas, o prohibidas totalmente, como ocurrió en numerosos hospitales y países hasta los años cincuenta.

Sin embargo, se conocían los efectos milagrosos de la compañía de los padres por estudios, en los cuales se demostraba que el 10% de los niños que sobrevivían a los refugios, habían estado en compañía de los padres. Se sabía también que el efecto curaba.

Más tarde se le denominaría síndrome de deprivación materna, puesto que era la separación, y no el hospital, la que causaba trastornos secuenciales del comportamiento en los niños, que acaban con apatía física y una falsedad intelectual que venía a ser irreversible después de un cierto tiempo de separación, aun restituyendo a los padres.

En relación con la hospitalización de los recién nacidos y bebés considerados a grandes rasgos como de menos riesgo porque las explicaciones son más difíciles de entender, fueron tal vez los primeros en disfrutar de la visita de las madres o padres, cuando se comprobó hace 25 años en Inglaterra, que las caricias y los arrullos eran lo único que funcionaba en ciertos niños para que aumentaran de peso.

2. “Paciente pediátrico hospitalizado

La internación pediátrica como se conoce hoy, se diferencia mucho de lo que fue en los comienzos. Las condiciones en que eran internados los niños han ido evolucionando con el paso del tiempo. Anteriormente los aspectos psicoafectivos no eran tenidos en cuenta, básicamente por no contar con los conocimientos necesarios; se atendían, entonces, únicamente los aspectos biológicos, los cuales también se encontraban en desarrollo.

Debido al avance en el campo de las Ciencias Sociales y al desarrollo de la psicología evolutiva es que se comienzan a obtener datos sobre las necesidades psicoafectivas del niño para el adecuado desarrollo evolutivo, comenzando, también a tomarse en cuenta la repercusión de los aspectos emocionales durante la hospitalización. Hasta la primera mitad del siglo XX los niños eran separados de los padres durante las hospitalizaciones, experimentando lo que en aquel momento se llamó hospitalismo. Descrito por Morquio y por Spitz, como el trastorno psicoafectivo del lactante, producido por la privación afectiva en forma masiva y prolongada del vínculo con la madre. Actualmente en nuestro medio el término “hospitalismo” ha cambiado de significado. En la actualidad se utiliza dicho término, en situaciones en las cuales el paciente o los padres del mismo, quieren permanecer más tiempo internado en el hospital, rechazando el alta, por los beneficios que reciben. Posteriormente a la formulación del concepto de hospitalismo, se continuaron los estudios sobre las necesidades psicoafectivas de los niños, llegando a la formulación de la teoría del apego. Es así que en la evolución de la teoría del apego, se produce

un cambio radical en la hospitalización infantil, pasándose a la internación pediátrica conjunta, como se conoce en la actualidad. Otro aspecto importante que ha evolucionado, es el manejo del dolor en el niño. Hasta hace respectivamente pocos años, el dolor en pediatría no era tratado, puesto que se consideraba que el Sistema Nervioso Central del recién nacido era inmaduro y por consiguiente no percibía sensaciones dolorosas, a su vez se creía que el niño no tenía memoria del dolor, por lo cual era innecesario calmarlo.”⁷

3. “**Concepción de la enfermedad en el niño**

Según Piaget, partimos de un **nivel 0 = Incomprensión** pasamos por:

- a. **Estadio I = Prelógica** (hasta 7 años). Basado en explicaciones fenomenistas, asociando elementos externos, alejados temporal o espacialmente, con la enfermedad, o de contagio, es decir, localizan la causa más cercana y la atribuyen a un contagio por elementos cercanos pero sin contacto directo.
- b. **Estadio II = Lógico-concreto** (7-11años). La entiende como una contaminación, acepta la contaminación como causa externa de enfermarse más frecuente, o como proceso de internalización del mecanismo de la enfermedad: “está dentro porque ha entrado por la boca”.
- c. **Estadio III = Operaciones lógico- formales** (mayores de 11 años). Usa mecanismos de deducción, dándole explicaciones fisiológicas o psicológicas”⁸

4. “**Reacción del niño ante la hospitalización según la edad**

- a. **Recién nacido:** inmediatamente después del nacimiento existe una etapa sensitiva en que la separación prolongada entre madre e hijo influyen negativamente en ambos; para él la madre es quien alivia la tensión, satisface el hambre y elimina las molestias.

⁷Ortigosa, J.; Méndez, F. Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas, Editorial Losada, Biblioteca Nueva, Segunda edición, Madrid, 2000, pág. 21.

⁸Myers, David G, Psicología, Séptima edición, Buenos Aires, Médica Panamericana, 2005, pág. 136.

- b. Lactante:** al lactante no le basta con tener cubiertas las necesidades de higiene, alimentación y sueño; necesita contacto físico para cubrir las necesidades afectivas. Cuando está hospitalizado el desarrollo cognitivo puede verse afectado ya que los rituales a los que está acostumbrado pueden verse afectados, y el niño nota falta de continuidad en los cuidados. Si a éstos se añade experiencias desagradables experimenta desconfianza en el nuevo ambiente. Debemos procurar que el niño encuentre en el hospital un entorno lo más parecido al suyo y para ello hay que reunir información en la forma utilizada por la familia para atender las necesidades y reproducirlas en lo posible.
- c. Niño de 1 a 3 años:** la hospitalización supone una limitación a la recién lograda autonomía. No es capaz de establecer una adecuada comunicación verbal. En esta etapa la separación de la madre le genera gran ansiedad.
- d. Niño de 3 a 6 años:** muchos niños en esta etapa interpretan la separación materna como un castigo, lo que pueda acabar condicionando síntomas de angustia, depresión, actitudes de rechazo y regresión. Cuando los niveles de estrés son muy altos se presentan reacciones psicológicas como: ansiedad, depresión, irritabilidad y agresividad. Reaccionan ante cualquier experiencia dolorosa, real o percibida con emociones intensas y resistencia física.
- e. Niños de 6 a 12 años:** están más capacitados, luchan por la independencia, les preocupa mucho el aspecto físico, en consecuencia comprenden mejor la enfermedad, las circunstancias referidas a ella, y están más preparados para afrontar la separación del entorno. Reaccionan con miedo a lo desconocido y temen el dolor y los daños corporales. Siempre se les debe decir la verdad para asegurar la confianza. En general son cooperadores y necesitan participar en los

cuidados para mantener una cierta sensación de control, respetar siempre la intimidad”⁹.

5. Reacciones psicológicas a la enfermedad en la infancia

- a. Reacciones de adaptación:** oposición, rebeldía, ira, sumisión, colaboración o inhibición.
- b. Reacciones defensivas:** regresión a etapas anteriores del desarrollo, negación o identificación (“no son ellos, soy yo”).
- c. Reacciones construidas por experiencias mixtas emotivo-cognitivas:** temor a la muerte, sentimiento de culpa, sentimiento de impotencia, baja autoestima, vivencias de abandono, vivencias de desintegración y mutilación.
- d. Reacciones de inadaptación y desajuste:** angustia patológica, reacciones neurológicas (fobias, histeria, obsesiones), reacciones depresivas, reacciones anormales.

6. “Efectos de la hospitalización sobre el niño

La hospitalización puede afectar el desarrollo emocional del niño y producirle estrés, que se manifestarán en el momento de ingreso al hospital por gritos, llantos y negativa a quedarse, y posteriormente en trastornos en la alimentación, alteraciones del sueño, problemas de conducta o regresión en el control de los esfínteres.

7. “Proceso de adaptación del niño a la hospitalización

Cuando el niño ingresa al hospital traslada a éste el medio de vida; por ese motivo, el equipo multidisciplinar que atiente al niño debe asumir tareas que van más allá de la función curativa.

Dentro del proceso de adaptación del niño se pueden distinguir cuatro fases:

- a. Fase de protesta:** el niño llora intensamente, llama a la madre y no se calma con nada.

⁹Palomo Del Blanco, María Pilar, El Niño Hospitalizado, Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, España, 1995, Pág. 78.

- b. Fase de desesperación:** muestra gran tristeza y menor actividad motora.
- c. Fase de negación:** el niño se despreocupa e incluso ignora a la madre. Esta reacción se produce como un mecanismo de defensa contra la ansiedad que le crea la separación. Si no llega a adaptarse a la hospitalización, puede experimentar regresión en la conducta.
- d. Fase de adaptación:** debe de trabajar conjuntamente el personal de salud con los padres del niño.”¹⁰

8. Factores que influyen en la adaptación del niño a la hospitalización

Los factores que intervienen en este proceso son los siguientes:

- a. Edad del niño:** la edad más vulnerable para que se produzca un hermetismo emocional como consecuencia es entre los 7 meses y los 4 años debido a los efectos emocionales de la enfermedad, el tratamiento y la separación de los familiares.
- b. Tipo de enfermedad:** cuanto más grave y dolorosa sea la enfermedad, mayores son los problemas que conlleva.
- c. Pérdida de apoyos afectivos:** la separación de la familia provoca una situación de pérdida, que favorece la presencia de síntomas depresivos.
- d. Experiencia previa:** si las experiencias previas no han sido traumáticas, es beneficiosa.
- e. Carácter del niño:** los niños más inestables emocionalmente o los más inseguros vivirán de forma más traumática esta experiencia.
- f. Ambiente de hospitalización y actitud del personal asistencial:** la ausencia de información o el ambiente totalmente rutinario son factores negativos al igual que la actitud del personal que cuida al niño”¹¹.

¹⁰IDEM pág. 95.

¹¹IDEM pág. 102.

9. Factores que intervienen en la hospitalización

En la internación de un niño tenemos cuatro factores que son diferentes pero que se determinan e interrelacionan unos con otros. En primer lugar, y por la importancia, tenemos al niño con las características, en segundo lugar a la familia con las características, en tercer lugar al equipo asistencial con las dinámicas y en cuarto lugar, el hospital de asistencia con la organización. Estos cuatro factores son claramente específicos y van a determinar las características de la internación u hospitalización infantil.

10. Particularidades del paciente pediátrico

En la actualidad se puede afirmar la relación que existe entre los aspectos orgánicos, psíquicos y sociales del individuo, inherente a la naturaleza humana. La niñez y adolescencia, al igual que algunas otras etapas importantes, se caracteriza por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social, producto del propio desarrollo humano. En el niño, aún en desarrollo, los sistemas biológicos y psíquicos no han alcanzado la madurez y por tanto son más frágiles. Desde el punto de vista social el niño y adolescente se encontrarán en un momento en el cual, deben aprender o ejercitar las habilidades para la inclusión social. Si bien son frecuentes las enfermedades en la infancia dada la mayor debilidad psicosomática, cuando el niño puede ser mantenido en el entorno familiar, habitualmente, pone en marcha recursos adaptativos para enfrentarlas. La necesidad de internación, sea para diagnóstico o para tratamiento, es un hecho que eventualmente aumenta la vulnerabilidad.

El ingreso al hospital implica una ruptura en la vida diaria, ya que entra a un mundo desconocido, el niño se siente físicamente mal y se enfrenta a procedimientos que pueden ser causantes de dolor, no comprendiendo la mayoría de las veces la necesidad de los mismos, así como de la hospitalización. Todo ello genera en el niño una experiencia estresante que unido a la disposición natural de incorporar conocimientos y situaciones nuevas, puede generar efectos psicológicos negativos a largo plazo. La tarea del equipo

asistencial, es brindar una adecuada información al niño sobre el estado y sobre la internación. Para poder establecer una comunicación real con el paciente pediátrico y brindarle la información apropiada.

11. “Características del pensamiento infantil en relación a la hospitalización:

Las enfermedades son frecuentes en la infancia dada la mayor fragilidad psicosomática, cuando el niño puede ser mantenido en el entorno familiar, habitualmente, pone en marcha recursos adaptativos para enfrentarlas. La necesidad de internación, sea para diagnóstico o para tratamiento, es un hecho que eventualmente aumenta la vulnerabilidad. Se debe entender que el niño presenta un pensamiento propio, que se basa en el conocimiento que tiene del mundo, de acuerdo a las experiencias y a las características del pensamiento. La hospitalización para el niño implica la separación del entorno familiar y la entrada a un ambiente desconocido, con personas extrañas que tocan el cuerpo, hablan con palabras que no entiende y realizan procedimientos que en muchas ocasiones le provocan malestar o dolor, todo ello le genera temor. Algunas características, son:

- El niño mide el tiempo de manera diferente al adulto.
- El niño presenta un pensamiento de tipo concreto.
- Egocentrismo y el pensamiento mágico.
- Sometido a estrés.
- Capacidad de afrontamiento
- Extrovertido o introvertido.
- Capacidades comunicacionales.
- Características de personalidad.
- Angustia de separación.
- Temor provocado por el medio extraño.
- Regresiones.
- Preocupación por la enfermedad.

- Miedo al abandono y falta de control.
- Castigo.
- Aumentan sentimientos de indefensión.
- Deprivación afectiva, familiar, social y cultural.

El proceso de desarrollo y crecimiento es un continuo cambio, que se debe tener presente ya que las características del pensamiento infantil se van modificando en cada etapa evolutiva. Lo primero que se debe tener en cuenta es que el niño presenta un pensamiento propio, que se basa en el conocimiento que tiene del mundo, de acuerdo a las experiencias y a las características del pensamiento.

- El niño mide el tiempo de manera diferente al adulto, el tiempo real no lo conoce, no sabe cuánto es un mes, seis meses o cinco años. El tiempo lo aprendemos a medir con las experiencias vividas. Por tanto cuando al adulto le decimos, “es un mes de tratamiento”, lo entiende y se tranquiliza, en el caso del niño, le puede aumentar la ansiedad, pues no sabe cuánto tiempo es y además no lo puede relacionar como el adulto.
- Durante buena parte de la infancia el niño presenta un pensamiento de tipo concreto, esto significa que el niño comprende el significado literal de las palabras y no el significado figurado de las mismas, comprende lo que “conoce, observa y toca”.
- Es también característico el egocentrismo y el pensamiento mágico a través de los cuales el niño interpreta la mayoría de los acontecimientos que le suceden alrededor, creyendo que son consecuencia de las conductas y de los sentimientos o deseos.”¹²

12. La familia y las características ante la hospitalización:

El niño se encuentra incluido en el núcleo familiar y se ve muy influenciado y determinado por el mismo, la carga debe ser situacional, puesto que “no hay niños enfermos sino familias enfermas”, en donde cada uno de los integrantes

¹²Ortigosa, J.; Méndez, F. Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas, Editorial Losada, Biblioteca Nueva. Madrid, 2000, Pág. 25.

aporta un componente a la situación de enfermedad. La hospitalización de un hijo frecuentemente es vivida como un hecho inesperado para los padres. En muchas ocasiones implica un riesgo vital que provoca en los padres una situación de angustia intensa que los sobre pasa, se puede hablar de crisis vital familiar, en donde todos los integrantes del núcleo familiar se ven afectados. Para los padres es una situación estresante, que se manifiesta en reacciones como ansiedad, indefensión, miedo, depresión, confusión, disminución del rendimiento, alteraciones del sueño y pensamientos intrusivos. En el caso del padre se ve aumentado el riesgo de accidentes, por los síntomas antes mencionados, puesto que diariamente durante la internación del hijo es el que continúa con la vida laboral. “La intervención del equipo asistencial debe dirigirse al niño y a los padres, puesto que la ansiedad de estos últimos, provoca en el niño malestar. En el año 1990 Brophy y Erickson realizaron estudios sobre como repercutía la ansiedad de la madre en los hijos y hallaron que existe una estrecha relación entre la ansiedad materna y la frecuencia cardiaca del niño. Se debe investigar cuales son los miedos, angustias y preocupaciones de los padres, para así conocerlos. Es importante saber cuál es la opinión de los padres sobre el estado del hijo, qué síntomas ellos ven o qué les llama la atención, ellos son los que más los conocen y pueden aportar pequeños cambios que el médico puede llegar a pasar por alto.”¹³

Es necesario investigar cuáles son los pensamientos que los padres tienen sobre la enfermedad y sobre los tratamientos propuestos, para así alcanzar la unión terapéutica que ayude a lograr un adecuado tratamiento. Cuando el médico no indaga sobre dichas ideas es frecuente que los padres, luego de la consulta, no cumplan con los tratamientos por opiniones previas sobre la enfermedad y tratamientos de los hijos. Los padres suelen creer que pueden controlar todo lo que les sucede a los hijos y así protegerlos contra todo

¹³Collados Zorraquino, José, La depresión en niños y adolescentes, Madrid, España, Año: 2001, Pág. 223.

mal, frente a la enfermedad; esta creencia hace que surjan sentimientos de culpa. La existencia de dichos sentimientos es independiente de si en realidad son o no responsables de la enfermedad, es decir que muchas veces los sentimientos de culpa son irracionales. Es importante tener presente dichos sentimientos pues determinados comentarios del médico pueden aumentar las culpas de los padres y justamente hay que tratar de disminuirlas para evitar mayores trastornos emocionales a la familia. Si los padres presentan fuertes sentimientos de culpa por la enfermedad del hijo, tratarán de compensar las culpas con la sobreprotección.

El o los hermanos del niño internado también se ven afectados puesto que la dinámica familiar se ve afectada y muchas veces lo que sucede es que los padres se centran en el enfermo y descuidan a él o los sanos. Se debe contemplar este aspecto y orientar a los padres para lograr la mejor organización familiar posible durante la internación de uno de los hijos. En los casos de niños con internaciones prolongadas o frecuentes, los hermanos sanos se ven muy afectados.

13. "El equipo asistencial"

Las dinámicas de los equipos tienen una consecuencia directa sobre las características de la internación en pediatría, la propia dependencia que el niño tiene frente a cualquier adulto, hace que quede más expuesto a los funcionamientos de los equipos. Los integrantes deben poder comprender al niño, pues de lo contrario algunas veces se puede crear conflictos con los padres a través del niño. El trabajo del equipo en el área pediátrica, es a dos vías, se debe relacionar, con el niño y con los padres, sin perder de vista al resto del núcleo familiar.

Es frecuente que los integrantes del equipo asistencial se identifiquen con el niño y compitan con los padres, siendo esta una situación difícil para el niño. Para evitar que la internación se vuelva un suceso vital, potencialmente traumático para el niño, es necesario que el equipo asistencial tenga presente las

particularidades mencionadas anteriormente, para que la experiencia no forme efectos indeseados en el desarrollo evolutivo.

14. El hospital de asistencia con la organización

La organización institucional también va a influir positiva o negativamente en la internación del niño según las normas de funcionamiento. Los lineamientos institucionales deben orientarse a defender los Derechos del Niño, la calidad de los servicios, tanto técnicos como interpersonales, equipar de manera apropiada las áreas de internación pediátrica, en los aspectos técnicos y de comodidad para las necesidades del niño, como ente de espacios recreativos y educativos”.¹⁴

15. “Factores involucrados en los efectos psicológicos de la hospitalización infantil

Los efectos de la hospitalización dependen de factores muy variados, siendo muy difícil atribuir una mayor o menor importancia a alguno de ellos.

Tres son los factores a los que se harán referencia:

a. Factores personales: son los factores que dependen estrictamente del niño que va a ingresar en el hospital, y, por tanto, habrá que estudiarlos individualmente. Entre estos factores se incluyen:

1) La edad y el desarrollo biopsicosocial del niño: la etapa comprendida entre los 4 meses y los 6 años es la más susceptible de presentar alteraciones emocionales como consecuencia de la hospitalización. Antes de los 4 meses, los lactantes no muestran ni tan siquiera señales de inquietud, aceptando muy bien los cuidados dispensados por personas extrañas. Entre los 4 meses y los 6 años, tanto el trauma de la separación de la madre, como la incorporación a un ambiente desconocido, adquiere una muy favorable resonancia

¹⁴Palomo Del Blanco, María Pilar, El niño hospitalizado, características, evolución y tratamiento, Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, España, Año: 1999, Pág. 168.

para el desarrollo psíquico del niño. El desequilibrio emocional puede mantenerse incluso después de concluida la hospitalización, temporal o indefinidamente. Cuando los niños de estas edades son acompañados por las madres en el ingreso, este trauma es mucho mejor tolerado. La presencia materna infunde tranquilidad y no así los gestos o las palabras. Los niños tienen entonces la confianza de que la madre emitirá totalmente los elementos de amenaza existentes en un ambiente desconocido. A partir de la segunda infancia, el niño dispone ya de cierto hábito de conductas para enfrentarse a situaciones desconocidas, sin la necesidad de la presencia de los padres. El ingreso en el hospital y el alejamiento del hogar suele tolerarse bastante bien desde esta edad, sobre todo si existían buenas relaciones afectivas entre el niño y los padres.

2) La naturaleza y gravedad de la enfermedad: el simple hecho de que la enfermedad sea dolorosa o no, constituye una variable a incluir en la evaluación de los efectos de la hospitalización.

3) La naturaleza de las experiencias previas: que el niño haya tenido experiencias con médicos y hospitales han de incluirse entre los factores personales a tener en cuenta. Los niños con experiencias negativas presentarán mayores niveles de ansiedad con respecto a aquellos que no han tenido ninguna experiencia de hospitalización.

b. Factores familiares: el modo en que los padres, hermanos, familiares y compañeros responden a la hospitalización del niño, la importancia reside en que toda hospitalización supone para el niño una forma particular de experimentar la separación de la familia. La separación de la madre, constituye uno de los riesgos más relevantes para el niño hospitalizado. Inicialmente la separación fue señalada como la etiología más provocativa en las diversas alteraciones psicológicas padecidas por los niños hospitalizados. Entre las alteraciones más frecuentemente enumeradas

destacan: el comportamiento agresivo, la ansiedad y la depresión. En cualquier caso, resulta evidente que la privación de la convivencia familiar, se cuenta a la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de los familiares. En realidad, la hospitalización infantil representa una crisis para toda la familia. Al considerar las interacciones entre el niño y la familia, el hecho de la hospitalización, conduce a los miembros de la familia a elaborar diferentes respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, algunas de las cuales pueden ser nocivas. En vista de todo ello, resulta conveniente, la adopción por parte de la familia de una serie de estrategias o rutinas en la dinámica de las relaciones interpersonales, de manera que éstas no se vean excesivamente afectadas por la hospitalización de uno de los miembros. En otros casos, el niño hospitalizado, experimenta un trato diferente por parte de los padres y hermanos, observando como la hospitalización, que contribuye de algún modo a alterar la dinámica familiar. Estas observaciones pueden hacer que se perciba a sí mismo como la fuente más importante de las alteraciones emocionales padecidas por los padres y hermanos. Surge entonces la culpabilidad, los autoreproches y la ansiedad, que obviamente, aumentaron la tensión ya existente en esa situación, en la que, además, ha de adaptarse a la hospitalización. El estrés parental supone uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño a la hospitalización. Entre las principales conductas paternas se encontraban la sobreprotección y la baja tolerancia a las frustraciones y conflictos familiares.

- c. Factores hospitalarios:** el contacto con un ambiente extraño al que se adapta y a los continuos cambios de personal hospitalario, que imposibilitan o explícitamente dificultan que emerja la conducta sustitutiva de apego en el niño. La duración de estancia en el hospital adquiere una gran importancia, una hospitalización de más de una semana de duración,

o repetidas readmisiones de pequeña duración, se asocian con un considerable aumento de alteraciones conductuales. Las características y organización del centro hospitalario son variables a tener en cuenta y que no deben ser olvidadas. El rígido reglamento de algunos hospitales que limita, restringe e incluso prohíbe las visitas de los familiares, en nada favorece la adaptación del paciente pediátrico.”¹⁵

16. Alteraciones psicológicas atribuidas a la hospitalización

a. Alteraciones del comportamiento

- Agresividad
- Oposicionismo
- Rechazo a la medicación
- Alteraciones del sueño y del apetito
- Respuestas de evitación y dependencia afectiva
- Déficits de atención
- Miedo
- Temores
- Falta de interés por las cosas

b. Alteraciones Emocionales

- Ansiedad
- Depresión”¹⁶

17. “Aspectos psicosociales de la hospitalización infantil

El estado de salud, es algo más que un estado similar a la ausencia de enfermedad. La salud es un estado de buena adaptación, crecimiento y desarrollo; la enfermedad supone la pérdida de la adaptación, o bien una crisis del organismo humano en el intento de mantener un equilibrio adaptativo.

¹⁵Ortigosa, j.; Méndez, f. Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas, Editorial Losada, Biblioteca Nueva. Madrid, 2000, Pág. 28.

¹⁶López Fernández, M.N. & Álvarez LLanez García E., Revista Boliviana Pediátrica, Editorial La Patria, Bolivia, 1995, Pág. 26.

Los estímulos de tensión física, psicológica o social podrían afectar al niño y determinar una alteración del equilibrio y la aparición de un estado de malestar o enfermedad. En estos casos las defensas psicológicas así como los mecanismos de adaptación conductual o social, pueden ser necesarios para mantener dicho equilibrio. De la capacidad adaptativa del niño en el momento de la experiencia causante del estrés, así como la naturaleza, duración e intensidad del estímulo, va a depender que se produzca, bien un estado de armonía adaptativa, o bien un importante colapso en el ajuste, con una paralización temporal del crecimiento y desarrollo. Para el niño, la hospitalización es un estímulo que provoca estrés. El niño no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, no comprende por qué los padres lo abandonan, ni el motivo por el cual entra a un ambiente extraño privándole de la familia, amigos y objetos.

La reacción del niño a la hospitalización supone una multitud de problemas que exigen una detenida reflexión. Estos riesgos atribuidos a la hospitalización, son de tipo social y psicológico, alcanzando una gran relevancia y significación en el caso particular de la hospitalización infantil. La mayoría de las investigaciones en torno a esta circunstancia muestran que las alteraciones emocionales y conductuales son muy frecuentes entre los niños hospitalizados. La aparición de cualquier enfermedad en un niño genera un conflicto. Si dicha enfermedad es suficientemente severa como para requerir el ingreso hospitalario, entonces el conflicto inicial se aumenta, al integrarse el niño en un nuevo sistema, lo cual forma una nueva fuente de tensiones y conflictos que añadir a las ya existentes por la enfermedad.¹⁷ En consecuencia, el niño debe adaptarse a cambios físicos (causados por el tratamiento, una intervención quirúrgica, la inmovilización) y a nuevos hábitos que conforman un diferente estilo de vida (tipo de alimentación, horarios, sueño, tratamientos médicos). Por

¹⁷ Palomo Del Blanco, María Pilar, El niño hospitalizado, características, evolución y tratamiento, Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, España, Año: 1999, Pág. 204.

otra parte, sucede una limitación en las oportunidades de contacto con familiares y amigos, al tiempo que, de una y otra forma, acaba por imponérsele al niño la necesidad de relacionarse con el personal del centro hospitalario (enfermeras, pediatras, otros pacientes) y en general, con todo el ámbito clínico con el cual, lógicamente, no está familiarizado.

18. Estilos de afrontamiento ante una hospitalización en los niños

Se debe estimular al niño para que aumente el uso de conductas de afrontamiento y, por otro, resulta conveniente tener en cuenta los diferentes estilos de los niños para afrontar experiencias estresantes como la enfermedad y la hospitalización, de modo que se podrían utilizar diferentes tipos de preparación según los distintos estilos de afrontamiento. Es decir, si el niño se enfrenta a la situación buscando información, se sentirá aliviado si se le proporciona, y si la rehúsa, se sentirá abrumado ante la perspectiva de la nueva información. De todas maneras, debido a las influencias negativas que pueden tener las distorsiones del paciente pediátrico sobre lo que le ocurre, resulta conveniente proporcionar información poco a poco, sensibilizando al paciente desde lo menos atemorizante hasta lo más amenazante.

C. Depresión infantil

De acuerdo con la etimología la palabra "*Depresión*" deriva del vocablo latín "*depressio*" cuya traducción literal es *hundimiento*, sensación bastante cercana a la que tiene los deprimidos de estar en el fondo de un pozo negro. La palabra "*infante*" se deriva del latín *infantis* la cual empieza con la partícula *in* de negación y después el principio del verbo *forfaris* que es *habla* cuya traducción literal es el que no habla. Así se le empezó a llamar a los niños pequeños cuando todavía no hablan.

Se considera que un niño está deprimido si el sentimiento de tristeza persiste durante dos semanas o más. Se reconoce como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas son mayores de dos semanas y de

trastornos distímico cuando pasan de un mes. La depresión puede provocar tristeza en el niño durante un tiempo prolongado y puede llegar a afectar en la vida. Es posible que el niño pueda llegar a tener pensamientos suicidas.

“La depresión infantil es un trastorno afectivo que el niño está en una situación que se siente triste, descontento de sí mismo y del ambiente. Se distinguen dos tipos de alteraciones en la depresión infantil; que son:

- Tomando una actitud descriptiva, da como resultado la manifestación de síntomas.
- Entre todos los síntomas posibles, se consideran esenciales y diferenciadores; es decir aquellos que sirven para la elaboración de criterios diagnósticos.”¹⁸

Según el DSM-IV: “La depresión infantil se reconoce como un grupo de trastornos cuyos síntomas fundamentales son similares a los que se observan en la depresión del adulto. En el DSM-IV también se afirma que diferentes formas de depresión, como la depresión mayor, el trastorno distímico y la depresión atípica pueden afectar al niño. Las características básicas de la depresión en los niños son un estado de ánimo *triste o irritable*, una pérdida persistente del interés o de la capacidad de disfrute por las actividades favoritas, alteraciones de carácter fisiológico como cambio en el apetito y en el peso, alteración en el sueño, cambios en el área psicomotora, fatiga, disminución de la capacidad del razonamiento y de concentración, sentimientos e inutilidad o culpa, y preocupación suicida”¹⁹

1. Modelos que explican la depresión infantil

A lo largo de la historia diferentes modelos han tratado de dar explicación a la depresión infantil. Podemos agruparlos en dos grandes bloques:

- a. Modelo biológico:** dice que la depresión infantil se produce por una alteración de los neurotransmisores y la manera de tratar será mediante la administración de psicofármacos.

¹⁸Del Barrio, Victoria; Depresión Infantil, Causas, evaluación y tratamiento, Editorial Pirámide, Madrid 2008, pág. 15.

¹⁹American Psychiatric Association, (APA), 2000, DSM-IV-TR, Barcelona: Masson, La Depresión Infantil, Pág. 613.

b. Modelo psicológico: podemos distinguir tres corrientes:

- **Psicoanálisis:** Cree que la depresión se produce por la falta de autoestima o la muerte de un ser querido.
- **Conductual:** Se cree que la depresión infantil se produce por falta de reforzamientos.
- **Cognitiva:** Postula que el niño se deprime porque se producen distorsiones cognitivas en él respecto a:
 - ✓ sí mismo
 - ✓ el mundo que lo envuelve
 - ✓ el futuro

2. “Tipos de depresión infantil

Los tres tipos de depresión más comunes son:

- a. Trastorno depresivo mayor:** se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.
- b. Trastorno distímico:** es un tipo de depresión menos grave, incluyen síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. La característica de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que esté presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años.
- c. Trastorno bipolar:** no es frecuente como los otros trastornos depresivos. Éste se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estados de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. En la fase maniaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la

manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a otros.

En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia varían.”²⁰

3. Síntomas de la depresión infantil

Es importante diferenciar entre síntomas y signos. Los signos son aquellos elementos que se muestran como conductas que se observan: gestos, posturas, movimientos y diferencias somáticas. Los síntomas se acompañan de un movimiento que se determinan por tener un carácter que se manifiesta de manera directa e indirecta; que comprenden las observaciones que se realizan. Algunos elementos importantes son: regresión, masturbación, sentimientos de pérdida, que actualmente se manifiestan a través de: anhedonia, trastornos del peso y apetito junto a la indecisión y los pensamientos suicidas; que son los síntomas que se caracterizan en la depresión. Estos síntomas, que en su mayoría, son parecidos a la depresión de los adultos.

“Los síntomas de la depresión se clasifican en seis categorías, que son:

a. Emocionales:

- Tristeza
- Ausencia de interés
- Cambios repentinos de humor
- Falta de sentido del humor
- Desesperanza
- Irritabilidad
- Llorar excesivamente
- Falta de interés por las cosas

b. Motores:

- Inexpresividad
- Hipoactividad

²⁰Collados Zorraquino, José, La depresión en niños y adolescentes, Madrid, España, Año: 2001, Páginas: 223.

- Letargo
- Enlentecimiento motor
- Hiperactividad

c. Cognitivos:

- Falta de concentración
- Pérdida de memoria
- Pesimismo
- Desesperanza
- Indecisión
- Sentimientos de culpa
- Baja autoestima
- Ideas de suicidio
- Pensamientos morbosos
- Descenso del rendimiento

d. Sociales:

- Aislamiento
- Soledad
- Retraimiento
- Incompetencia social

e. Conductuales:

- Protestas
- Peleas
- Desobediencia
- Rabietas
- Indisciplina escolar
- Delincuencia
- Droga
- Piromanía

f. Psicósomáticos:

- Enuresis
- Pérdida de energía
- Sentimientos de fatiga
- Pérdida de peso
- Dolores múltiples
- Pesadillas
- Cambios del sueño
- Cambios del apetito”²¹

4. Depresión en función de la edad:

a. “**Depresión del niño mayor (6 a 12 años):** el niño dispone de medios cada vez más elaborados para expresar el sufrimiento depresivo. A esta edad, la sintomatología parece reagruparse en dos ejes:

- 1) Manifestaciones vinculadas directamente al sufrimiento depresivo, a veces con conducta de autodepreciación, autodesvalorización y sufrimiento moral expresado directamente (no puedo más, no soy capaz, no sé, estoy cansado, etc.)
- 2) Frecuentemente emisión de comportamientos vinculados a la protesta y a la lucha contra los sentimientos depresivos.

Los trastornos del comportamiento son habituales: cólera, impulsividad y agresividad, hurtos repetidos, mentiras y/o comportamientos mitómanos y fugas. En todos los casos, el fracaso escolar es casi constante. Acentúa la desadaptación del niño al entorno (en especial al grupo correspondiente a la edad) y confirma la incapacidad y la incompetencia, lo que reafirma el sentimiento de culpa”²²

²¹Del Barrio Victoria, Depresión Infantil; Causas, evaluación y tratamiento, Editorial Pirámide, Madrid 2008Págs. 17.

²²Ajuriaguerra, Julián, “Manual Psicopatología del Niño”, MASSON, S, A, Ediciones España, 1998, Capítulo 18. Pág. 367.

5. Causas de la depresión

“La depresión es un trastorno psicológico que afecta el organismo, como un todo, además del ánimo y la manera de pensar. Puede haber mejoría, aunque sería mejor prevenirla. Algunos factores biológicos pueden causar la depresión.

Los factores genéticos relacionados con ella; han demostrado que los miembros de una familia que sufre de depresión tienen una naturaleza genética diferente de quienes no la padecen. Tienen una deficiencia del gen transportador de serotonina, el neurotransmisor encargado de regular los estados de ánimo. Esta ausencia aumenta las emociones negativas y las angustias, colaboradoras a que se desarrolle la depresión. Las tres características fundamentales de la depresión, según Aaron Beck son:

- Con lo que se hace (no enfrentar activamente las dificultades, ser frágil)
- Con los otros (estar solo)
- Consigo mismo (núcleo depresivo)

Ser frágil corresponde a ser incapaz de resistir y responder efectivamente antes los problemas desde los más fáciles hasta los más complejos. Esto crea insatisfacción con lo que se hace y una molestia general hacia el mundo exterior que pone dificultades, al parecer insuperables. Esto es muy grave en los niños, pues su mundo es pequeño.

La causa principal de la depresión es necesitar capacidades interpersonales, desconocer que quiere cada uno para sí mismo (auto desconocimiento), desvalorizar las capacidades personales que se poseen para lograr las metas propias (auto desvalorización) y no saber luchar en proyectos a mediano y largo plazo.

La depresión es la muestra más precisa de que el niño no aprendió a administrar su propia existencia, por falta de enseñanza de los padres o de maestros. Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Auto – valoración:**

Se considera a las cualidades, defectos y la autoestima. En esta etapa existen dos tipos de retos: intrapersonales e interpersonales. En la infancia se obtienen las habilidades básicas para seguir adelante.

La autoestima no depende de los estímulos de los padres y maestros; sino de las consecuencias imparciales logrados en este tiempo. Porque si en la primera infancia los padres le han enseñado al niño a reconocer las cualidades para fortalecerlas y los defectos para luchar, se le hará más fácil en la etapa de la adolescencia.

- **Auto – conocimiento:**

Es importante que el niño sepa quién es, y más importante aún, hacia donde se dirige; que pueda elegir metas para la vida. Se pueden estimular, a través de:

- Pintar
- Practicar algún deporte
- Pertenecer al consejo estudiantil
- Crear un conjunto musical

Luego de muchas experiencias el niño puede reconocer la auto-valoración con actividades donde va a resaltar las cualidades.

Los padres que son responsables, tienen dos tareas importantes: la primera es estimular al niño, sin dejarlo debilitarse. Y la segunda es brindarle seguridad de un hogar estable para que crezca en un ambiente agradable.

- **Auto – determinación:**

Significa llevar a término los planes y programas planificados. Para lograr esto es importante, motivar al niño desde que es pequeño. El niño necesita organización para llevar a cabo las actividades de la rutina diaria. Con los niños más pequeños es importante la supervisión de un adulto que les enseñe e indique la mejor manera para que logren las metas paso a paso.

En la actualidad es común buscar las causas de las faltas de los niños en situaciones externas que ellos sufren. La única manera de obtener logros importantes es proponérselo y luchar para alcanzarlos”²³.

6. “Factores que causan la depresión infantil

La depresión infantil es una realidad que no se puede ignorar, se debe aprender a reconocerla y se debe entender cuáles son los factores que pueden llevar a un niño a la depresión.

Algunos de los factores son:

- a. **Acontecimiento o evento estresante:** esto puede favorecer la existencia de pensamientos depresivos, sobre todo en esas edades en que el niño es mucho más vulnerable, por ejemplo, la frecuencia al fracaso, estarlo culpando y la ansiedad que suele acompañar a esos acontecimientos, puede dominar al niño en un estado de indefensión haciendo que se inhiba y que esté en completa depresión.
- b. **La propia familia:** es otro factor desencadenante para la depresión en los niños. La familia constituye un ambiente especialmente importante y es trascendental que se entienda esto tanto por la influencia que tiene en el comportamiento infantil, como por el conjunto de relaciones que en ellas se dan. El niño habitualmente en la familia debe de sentirse seguro, debe de sentir que es un lugar agradable, de protección, en donde hay amor, amistad, en donde hay relaciones afectivas, y eso lo debe estar viviendo el niño, pues para eso existe la familia, es como una pequeña isla en relación con el mundo en el que vivimos, en donde debe generarse cierto ambiente y forma de ser, en donde el niño se sienta amado,

²³ De Zubiría Samper, Miguel, Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes, Santillana Ediciones, Bogotá, Colombia, 2007, PÁG. 56.

protegido y que pueda satisfacer las necesidades básicas de amor, afecto en todos los sentidos, por lo tanto, cualquier conflicto que se dé en la familia, puede afectar directamente al niño. Las peleas familiares por ejemplo, o la inestabilidad en la convivencia familiar son factores que se pueden presentar como desencadenantes para la depresión en la infancia: cuando los padres pelean o siempre están discutiendo, cuando no hay un ambiente adecuado de tolerancia, de amor, compromiso, amistad, de compañerismo, sino que los padres están molestos, gritando, golpeando.

- c. La libertad o restricción de los padres hacia los hijos:** otro factor desencadenante puede ser el papel que los padres juegan acerca de la libertad o restricción de los propios hijos. Este es un factor muy importante que quizás afecte particularmente a niños de mayor edad como de 7 a 10 años. Hay papás que mantienen la relación únicamente en base a prohibiciones: “no toques”, “no hagas”, “no comas”, “no hagas nada”. Cuando esto pasa, el niño en muchas ocasiones no puede ni moverse con libertad porque puede ser regañado por el padre y esto ocasiona un estado de estrés y angustia, como cualquier niño de la edad quiere experimentar, tocar, saber, jugar, brincar, gritar. Pero si los padres de familia son represivos y les prohíben bastantes cosas que a esa edad al niño le corresponder hacer, esta es entonces una forma de llevar al niño a un estado depresivo.
- d. Rendimiento y relaciones escolares:** otro punto que puede provocar la depresión en los niños es el rendimiento escolar o las relaciones que se dan en la escuela, cuando no son los adecuados, ya que pueden propiciar la aparición de pensamientos depresivos. Cuando un niño fracasa en el ámbito escolar, las calificaciones no son buenas, no aprueba el cicloescolar, reprueba materias, todo

esto afecta emocionalmente al niño y lo pueden llevar a deprimirse.”²⁴

1.1.3 Delimitación

La investigación se llevó a cabo en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt que se encuentra ubicado en la Calzada Roosevelt, 5ta. Calle zona 11 de la ciudad de Guatemala. El trabajo de campo se llevó a cabo del 24 de abril al 23 de mayo en el año 2013, en horario de miércoles y jueves de 10:00 a 12:00 horas. Se seleccionaron a 20 niños o niñas comprendidos entre las edades de 7 a 12 años de edad, que se encontraban hospitalizados en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt. Se investigó la presencia de depresión infantil en el área hospitalaria, lo que nos permitió establecer la existencia de ésta en el Área Pediátrica con la población seleccionada.

1.1.4 Hipótesis de trabajo

Existe depresión infantil en niños y niñas de 7 a 12 años de edad hospitalizados por más de cinco días no importando la procedencia y diagnóstico médico que presenten en el área pediátrica del Hospital Roosevelt.

Variable independiente

Hospitalización del niño o niña en el área pediátrica del Hospital Roosevelt.

Definición

La internación pediátrica como se conoce hoy, se diferencia mucho de lo que fue en los comienzos. Las condiciones en que eran internados los niños han

²⁴Collados Zorraquino, José, La depresión en niños y adolescentes, Madrid, España, Año: 2001, Pág. 223.

ido evolucionando con el paso del tiempo. Anteriormente los aspectos psicoafectivos no eran tenidos en cuenta, básicamente por no contar con los conocimientos necesarios; se atendían, entonces, únicamente los aspectos biológicos, los cuales también se encontraban en desarrollo. Debido al avance en el campo de las ciencias sociales y al desarrollo de la psicología evolutiva es que se comienzan a obtener datos sobre las necesidades psicoafectivas del niño para el adecuado desarrollo evolutivo, comenzando, también a tomarse en cuenta la repercusión de los aspectos emocionales durante la hospitalización

Indicadores

Pobreza

Desintegración familiar

Problemas de salud

Negligencia

Problemas económicos

Maltrato infantil

Problemas emocionales

Angustia por separación

Accidentes

Desastres naturales

Variable dependiente

Depresión el niño o niña.

Definición

La palabra "*Depresión*" deriva del vocablo latín "*depressio*" cuya traducción literal es *hundimiento*, sensación bastante cercana a la que tiene los deprimidos de estar en el fondo de un pozo negro.

La palabra "*infante*" se deriva del latín *infantis* la cual empieza con la partícula *in* de negación y después el principio del verbo *forfaris* que es *habla* cuya traducción literal es *el que no habla*. Así se le empezó a llamar a los niños pequeños cuando todavía no hablan.

Se considera que un niño está deprimido si el sentimiento de tristeza persiste durante dos semanas o más. Se reconoce como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas son mayores de dos semanas y de trastornos distímico cuando pasan de un mes.

Indicadores

Baja autoestima

Aislamiento

Rebeldía

Desintegración familiar

Irritabilidad

Desesperación

Tristeza

Nerviosismo

Llanto excesivo

Soledad

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico, utilizando el muestreo por cuotas en el cual el investigador es libre de elegir a los sujetos de la muestra dentro de cada estrato. La selección de la muestra fue de 20 niños o niñas, hospitalizados por más de cinco días en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt.

2.1.1 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En la investigación se utilizó la observación directa ya que las investigadoras se pusieron en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar. Esta se llevó a cabo en el área pediátrica del Hospital Roosevelt, los días miércoles y jueves en horario de 10:00 a 11:00 de la mañana, durante los meses abril-mayo del presente año, se observó a los niños y niñas de 7 a 12 años de edad que se encontraban por más de cinco días hospitalizados, no importando la procedencia ni el diagnóstico médico que presentaban. Los indicadores que evaluó esta técnica fueron:

- Problemas de salud
- Problemas emocionales
- Angustia por separación

La observación participante se utilizó para obtener los datos, las investigadoras se incluyeron en el grupo, hecho o fenómeno observado, para conseguir la información desde adentro. Se estableció rapport a través de diferentes juegos y actividades; se armó rompecabezas de diferentes diseños y tamaños, se jugó memoria, lotería y se pintaron

dibujos, con cada niño o niña hospitalizado en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt, que reunían las condiciones para formar parte de la muestra. Ésta se realizó los días establecidos en el mismo horario de manera individual para interactuar y aplicar el cuestionario. Los indicadores que evaluó esta técnica fueron:

- Desesperación
- Tristeza
- Llanto excesivo
- Aislamiento
- Rebeldía

El Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD), es un cuestionario que está dirigido a evaluar los llamados trastornos internalizados o trastornos de la emoción como la depresión y la ansiedad. Permite además obtener información de otras tres escalas, que pueden ser de gran utilidad en los campos educativo y clínico, como indicativas de la existencia de un trastorno emocional: inutilidad, irritabilidad y problemas del pensamiento. Este se aplicó a niños y niñas de 7 a 12 años de edad que se encontraban por más de cinco días hospitalizados, no importando la procedencia ni el diagnóstico médico que presentaban, los días miércoles y jueves en horario de 11:00 de la mañana a 12:00 del medio día, durante los meses abril-mayo del presente año. Los indicadores que evaluó este instrumento fueron:

- Irritabilidad
- Nerviosismo
- Tristeza
- Soledad
- Baja autoestima

2.1.2 Técnica de análisis estadístico de los datos

La información recolectada fue procesada a través del enfoque mixto, esto permitió sacar porcentajes y representar gráficamente los resultados de los datos obtenidos, para tener la información ordenada con representaciones visuales que nos permitió el posterior estudio. Estos resultados obtenidos se dieron a través de ilustraciones de orden gráfico por medio de diagramas circulares con las respectivas interpretaciones. El programa que se utilizó para elaborar el análisis de datos fue Microsoft Office Excel.

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

El Hospital Roosevelt se encuentra situado en la Calzada Roosevelt 5ta. Calle de la zona 11 de la ciudad de Guatemala. La misión 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. Ofrecer a estudiantes de ciencias de la salud los conocimientos, habilidades y herramientas necesarias para formarlos, como profesionales especialistas, en la rama de la salud, en respuestas a las demandas de los tiempos. La visión es ser el principal hospital de referencia nacional del sistema de salud pública del país, brindando atención médica y hospitalaria especializada, con enfoque multiétnico.

Es un centro asistencial público que atiende a personas que habitan en la ciudad capital de Guatemala y en el resto del país, referidos desde los hospitales departamentales y regionales. El hospital ofrece servicios médicos y hospitalarios gratuitos en Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Traumatología, Maternidad, Ginecología, Pediatría, Oftalmología y subespecialidades. También se atiende a pacientes en medicina nuclear, diagnóstico por imágenes y Laboratorios Clínicos. También proporciona a la población guatemalteca atención de emergencias pediátricas y de adultos, las 24 horas del día, todos los días del año.

La fecha inagural del Área Pediátrica del Hospital Roosevelt, fue el 03 de julio 1957, esta área se divide en cuatro niveles siendo estos: Nivel 1. Infantes, Nivel 2. Intermedios, Nivel 3. Cirugía y Nivel 4. Medicina de Niños.

3.1.2 Características de la población

La investigación se desarrolló en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt, en el 4to. Nivel: Medicina de Niños. En éste se encuentran niños y niñas con un diagnóstico médico establecido y otros en la espera de uno; el lapso de tiempo en el hospital varía dependiendo el diagnóstico médico que les den. El trabajo se efectuó con 20 niños o niñas comprendidos entre las edades de siete a doce años de edad, a quienes se les aplicó el Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD). Dicha investigación se realizó con un tipo de población de estatus económico media y baja, siendo la procedencia de colonias aledañas al hospital, como de algunos departamentos del país.

3.1.3 Análisis e interpretación de resultados

Los datos obtenidos en la aplicación del Cuestionario Clínico Educativo: Ansiedad y Depresión (CECAD), que se utilizó como instrumento para la recolección de la información, fue aplicada a un total 20 niños y niñas siendo éstos, 11 niños y 9 niñas comprendidos entre los 7 a 12 años de edad, que se encontraban hospitalizados en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt. Según el análisis del cuestionario CECAD se obtuvieron los siguientes resultados:

Durante la aplicación del cuestionario el género masculino ocupó el 55% con un total de 11 niños, el 45% restante lo ocupó el género femenino con un total de 9 niñas. El rango de edades de niños y niñas que prevaleció fue; de nueve a once años de edad con un 20% cada una, que hizo un total del 60%, y el 40% restante lo ocuparon las edades faltantes.

La mayor incidencia en las escalas que mide el cuestionario CECAD se encuentra la de depresión con el 45%, el 30% corresponde a la de irritabilidad y el 5% a la de síntomas psicofisiológicos. Esto implica que un 80% de las manifestaciones presentadas por los niños y niñas corresponden a un cuadro

depresivo, en donde la inutilidad, la irritabilidad y los síntomas psicofisiológicos corresponden a aspectos clínicos relacionados con la depresión. El 20% restante corresponden a manifestaciones relacionadas con la ansiedad.

El cuestionario constó de 50 ítems y estuvo dirigido a evaluar los llamados trastornos internalizados o trastornos de la emoción como la depresión y la ansiedad y permitió obtener información de otras escalas (inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos) como indicativas de la existencia de un trastorno emocional. De los 50 ítems, 29 fueron los relacionados con depresión. Los ítems seleccionados fueron clasificados por categorías y esto nos permitió determinar la ausencia o presencia de éstas, en las respuestas de los niños o niñas a los cuales se les aplicó el cuestionario.

La primera categoría se conformó por tres ítems, mostró que el 60% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de alteraciones biológicas, mientras que el 40% se encontró ausencia de éstas. La segunda categoría se conformó por dos ítems, mostró que el 85% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de pensamientos intrusivos, mientras que el 15% se encontró ausencia de éstos. La tercera categoría se conformó por seis ítems, mostró que el 66% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de alteraciones emocionales, mientras que el 34% se encontró ausencia de éstas. La cuarta categoría se conformó por seis ítems, mostró que el 74% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de alteraciones conductuales, mientras que el 26% se encontró ausencia de éstas. La quinta categoría se conformó por tres ítems, mostró que el 52% de las respuesta de los pacientes hubo ausencia de alteraciones sociales, mientras que el 48% se encontró presencia de éstas. La sexta categoría se conformó por dos ítems, mostró que las respuestas de los pacientes estuvieron compartidas ya que hubo 50% de ausencia y 50% de presencia de problemas de pensamiento. La séptima categoría se conformó de

siete ítems, mostró que el 58% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de síntomas internalizados, mientras que el 42% se encontró ausencia de éstos.

Los porcentajes más altos donde se mostró mayor presencia de respuestas positivas por parte de los pacientes fueron en tres categorías siendo éstas: alteraciones emocionales con un 66%, alteraciones conductuales con un 74% y pensamientos intrusivos con un 87%.

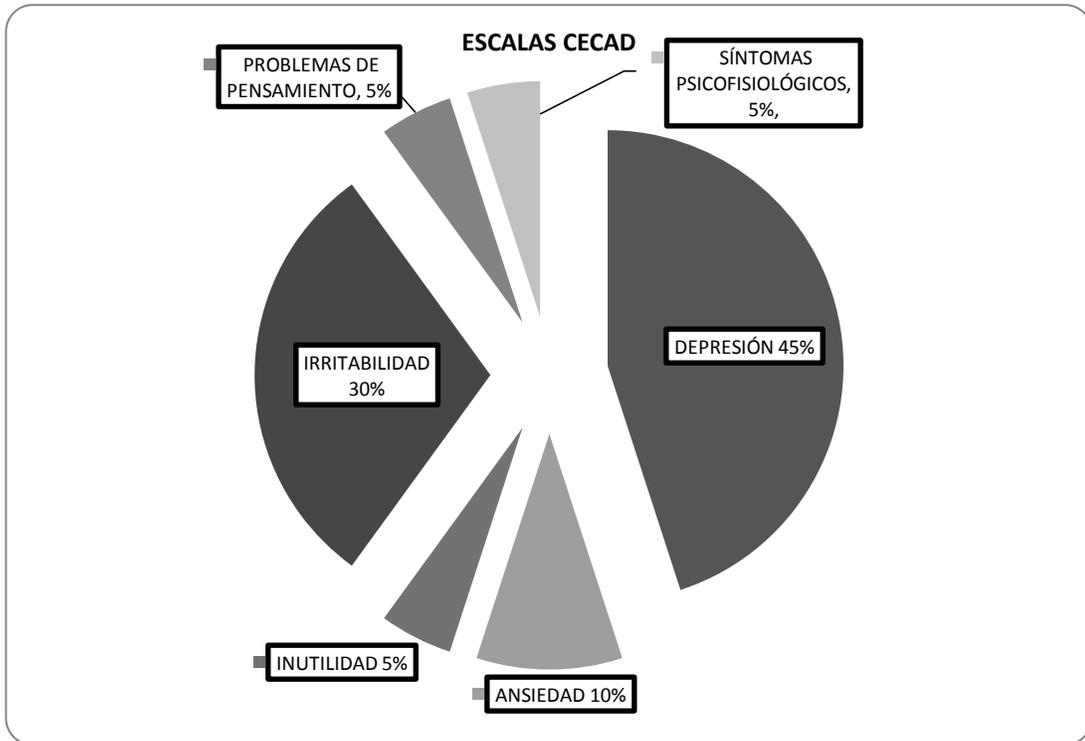
Durante el trabajo de campo además de aplicar el cuestionario CECAD y obtener los resultados antes mencionados, se utilizó la observación directa, las investigadoras se pusieron en contacto con los pacientes que estaban hospitalizados en el área pediátrica en medicina de niños. Este tipo de observación permitió elegir la muestra ya que cada paciente debía de reunir las siguientes condiciones:

- Estar hospitalizados por más de cinco días.
- Tener de 7 a 12 años de edad.

También se utilizó la observación participante, para obtener los datos las investigadoras se incluyeron en el grupo observado para poder conseguir la información desde adentro, a través de ella se estableció rapport con diferentes juegos y actividades; se armó rompecabezas de diferentes diseños y tamaños, se jugó memoria, lotería y se pintaron dibujos. Cuando el paciente ya había interactuado con las investigadoras, se les preguntó si se les podía aplicar el cuestionario, cada padre de familia junto con el niño o niña dieron el consentimiento para aplicarlo.

En general a través de la relación que se estableció con los niños y niñas que fueron parte de la muestra se pudo observar que la experiencia de la hospitalización produce en el niño diferentes síntomas siendo estos: irritabilidad, angustia, sufrimiento, desesperanza, pesimismo, tristeza, llanto, ausencia de interés, baja autoestima, aislamiento, soledad, pérdida de energía, cambios de sueño y apetito, entre otros; al igual que desaparecen por un tiempo la casa, la escuela, los hermanos, los amigos y se interrumpen actividades normales como el juego, el estudio y el descanso.

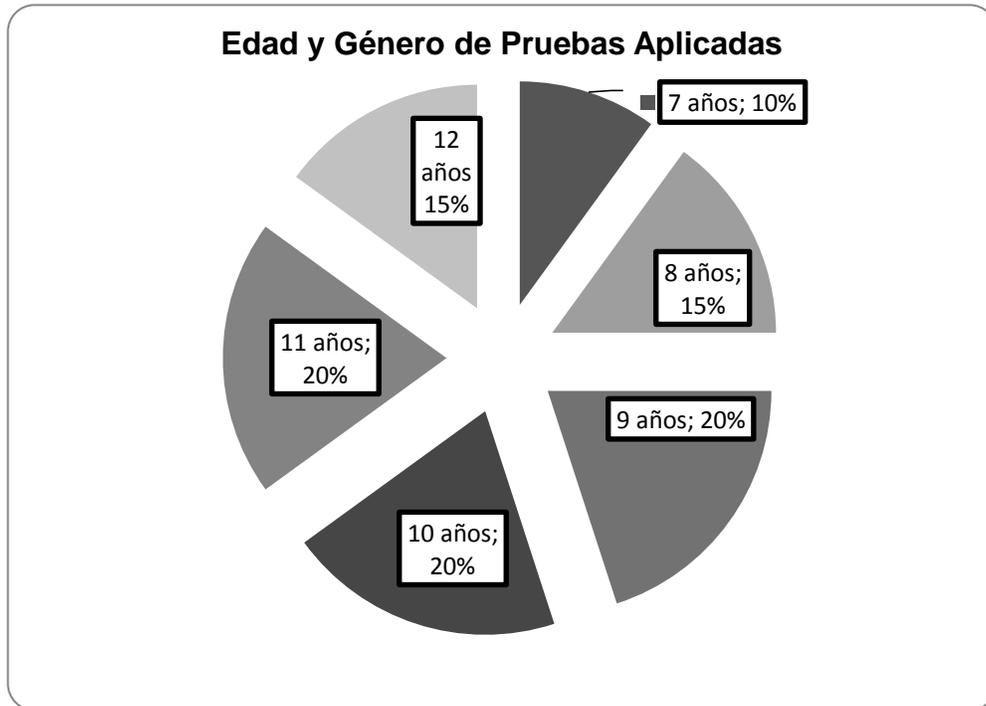
Gráfica No. 1



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Interpretación: La gráfica muestra que la mayor incidencia en las escalas que mide el cuestionario CECAD se encuentra la de depresión con el 45%, el 30% corresponde a la de irritabilidad y el 5% a la de síntomas psicofisiológicos. Esto implica que un 80% de las manifestaciones presentadas por los niños y niñas corresponden a un cuadro depresivo, en donde la inutilidad, la irritabilidad y los síntomas psicofisiológicos corresponden a aspectos clínicos relacionados con la depresión. El 20% restante corresponden a manifestaciones relacionadas con la ansiedad.

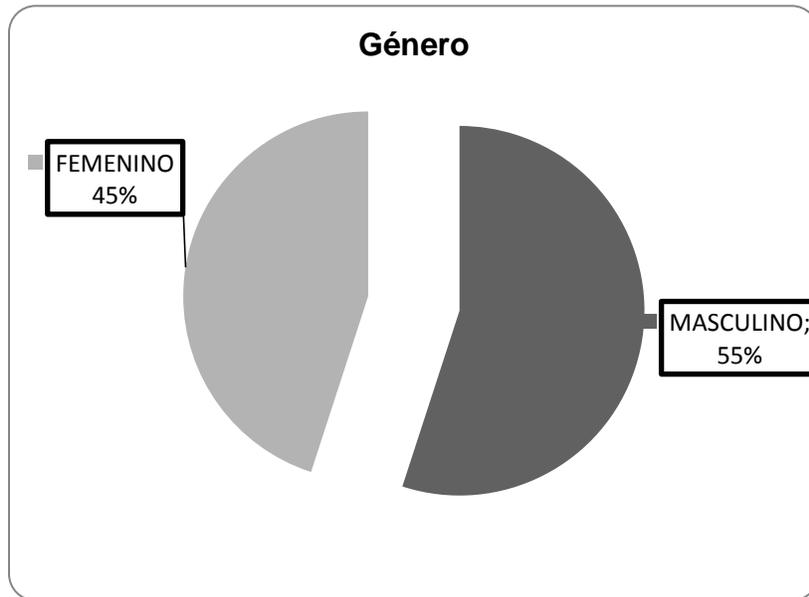
Gráfica No. 2



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Interpretación: La gráfica muestra que el 10% de los pacientes a quien se les aplicó el cuestionario son de siete años de edad, el 15% son de ocho años de edad, el 20% lo ocupan las edades de nueve a once años de edad y el 15% de doce años edad; de acuerdo a la aplicación del CECAD.

Gráfica No. 3



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

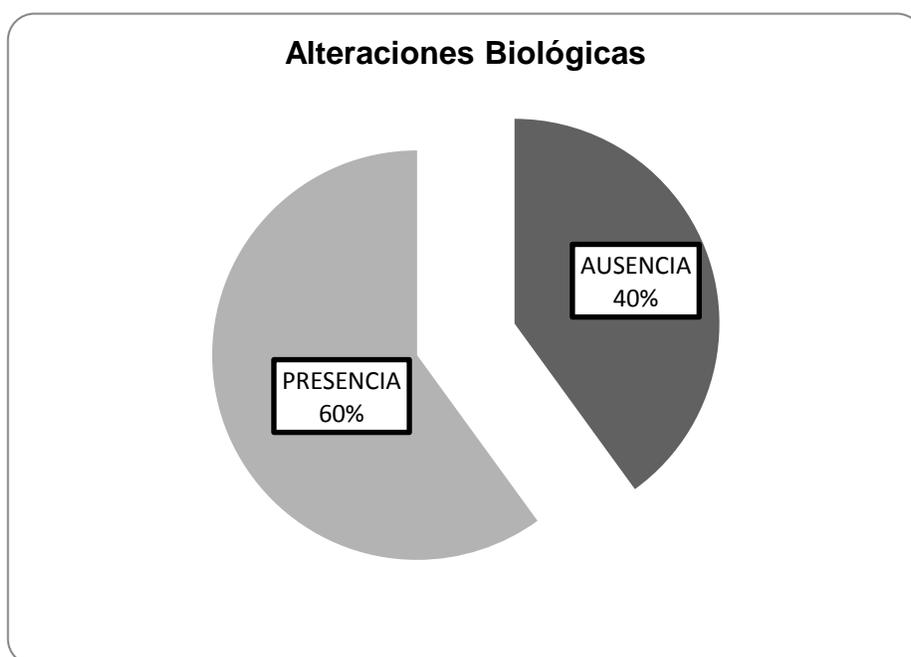
Interpretación: La gráfica muestra que el 55% de los pacientes fueron de género masculino y el 45% fueron de género femenino; a los cuales se les aplicó el CECAD.

Alteraciones Biológicas

ITEMS

- 2. Duermo peor que antes.
- 12. Tengo mucho sueño durante el día.
- 15. Ahora tengo menos ganas de comer que antes.

Gráfica No. 4



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Interpretación: En la gráfica se muestra que el 60% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de alteraciones biológicas, mientras que el 40% de las respuestas de los pacientes se encontró ausencia de éstas.

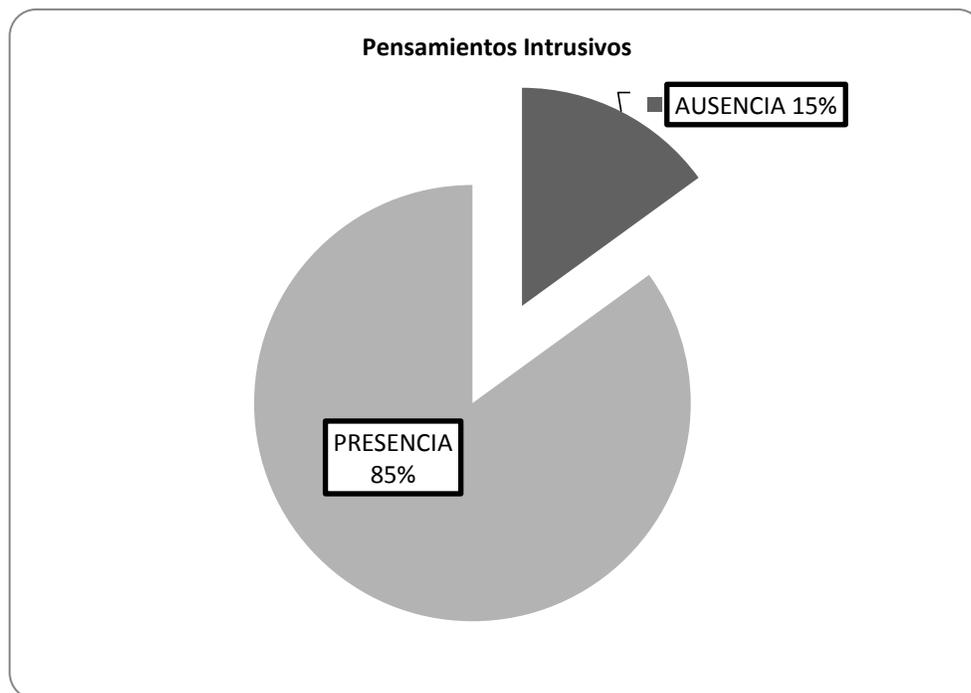
Pensamientos Intrusivos

ITEMS

25. Me vienen pensamientos molestos a mi cabeza, aunque yo no quiera.

32. Tengo pensamientos que no se me quitan y que me molestan.

Gráfica No. 5



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Interpretación: En la gráfica se muestra que el 85% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de pensamientos intrusivos, mientras que el 15% de las respuestas de los pacientes se encontró ausencia de éstos.

Alteraciones Emocionales

ITEMS

39. Me siento con rabia por dentro.

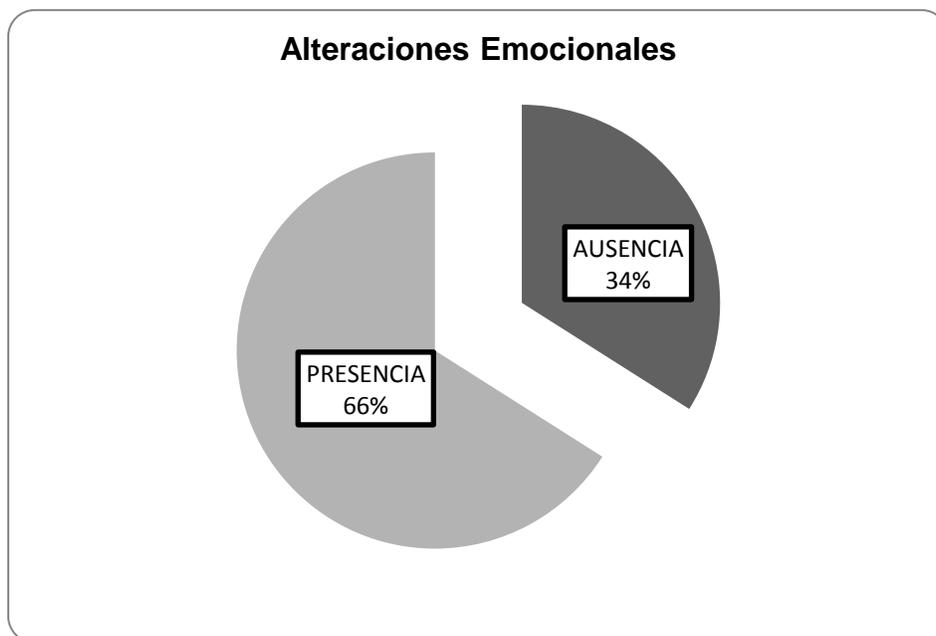
44. Me siento muy solo.

45. Aunque las cosas tengan una parte positiva y buena, yo suelo fijarme en la negativa o mala.

47. Me siento triste.

49. Me siento vacío.

Gráfica No. 6



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

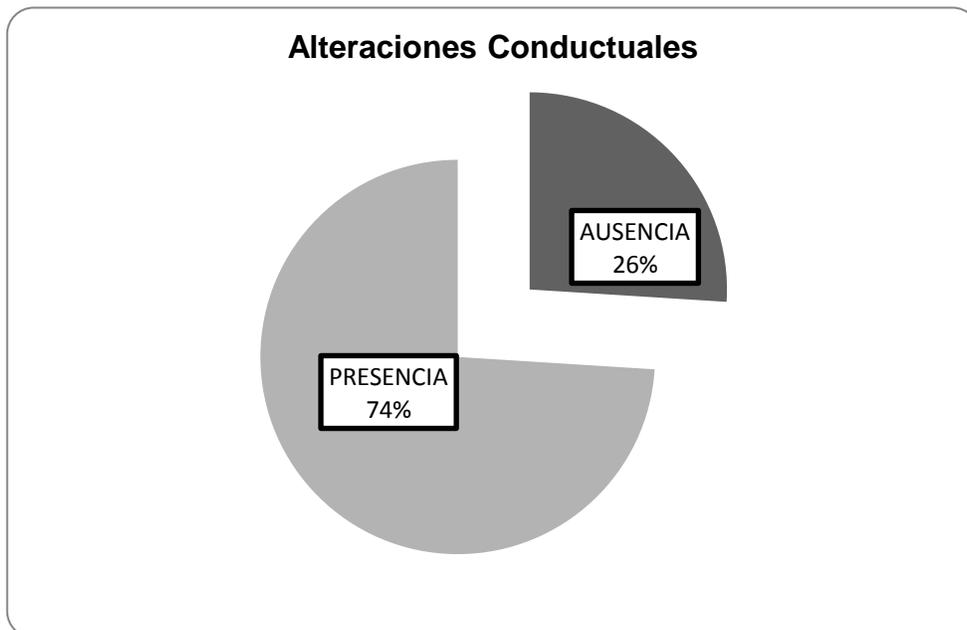
Interpretación: En la gráfica se muestra que el 66% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de alteraciones emocionales, mientras que el 34% de las respuestas de los pacientes se encontró ausencia de éstas.

Alteraciones Conductuales

ITEMS

- 5. Tan pronto estoy de buen como de mal humor.
- 11. Me enfado con facilidad.
- 17. Lloro con facilidad.
- 22. Cualquier cosa me irrita mucho.
- 28. Necesito que otros me ayuden para hacer las cosas bien.
- 29. Me enfado sin motivos.

Gráfica No. 7



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

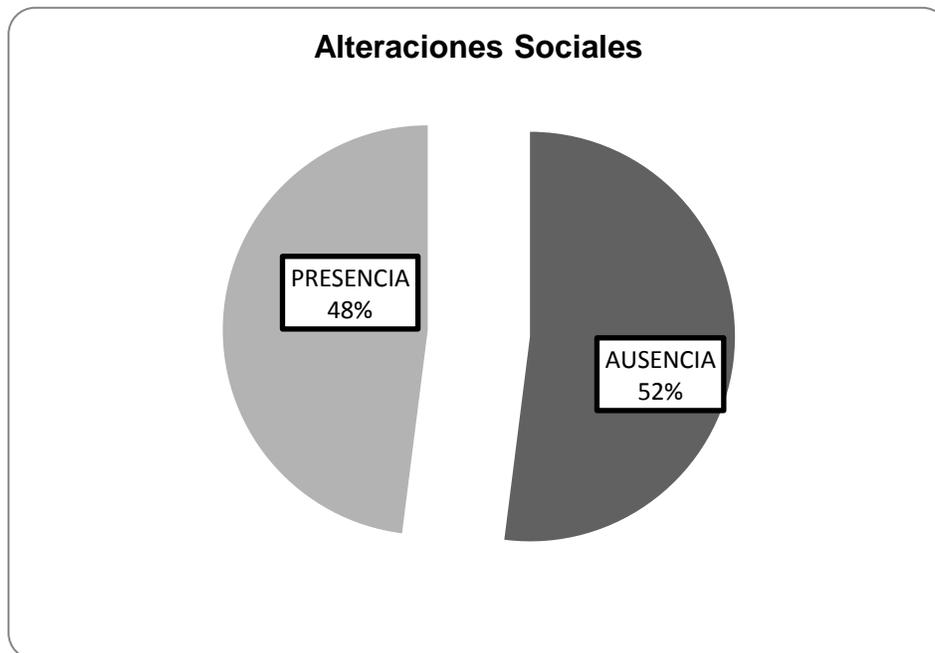
Interpretación: En la gráfica se muestra que el 74% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de alteraciones conductuales, mientras que el 26% de las respuestas de los pacientes se encontró ausencia de éstas.

Alteraciones Sociales

ITEMS

- 3. Me encuentro mal cuando estoy entre gente.
- 16. Cuando estoy entre gente procuro marcharme a otro lugar.
- 42. Quiero estar solo.

Gráfica No. 8



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

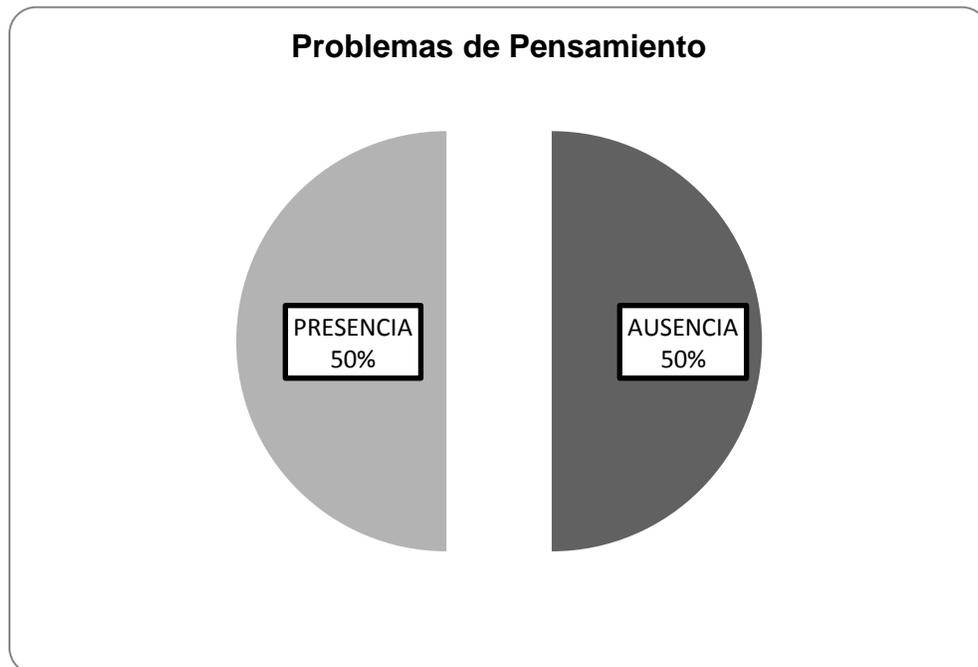
Interpretación: En la gráfica se muestra que el 52% de las respuestas de los pacientes hubo ausencia de alteraciones sociales, mientras que el 48% de las respuestas de los pacientes se encontró presencia de éstas.

Problemas de Pensamiento

ITEMS

- 4. Pienso en hacerme daño a mí mismo.
- 18. Me preocupa perder el control de mí mismo.

Gráfica No. 9



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Interpretación: En la gráfica se muestra que el 50% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de problemas de pensamientos, mientras que el otro 50% de las respuestas de los pacientes se encontró ausencia de éstos.

Síntomas Internalizados

ITEMS

- 19. Los demás pueden hacer la mayoría de las cosas mejor que yo.
- 21. Creo que soy un inútil.
- 24. Pienso que todo lo hago mal.
- 30. No sirvo para nada.
- 31. Tengo miedo a no saber hacer bien las tareas.
- 35. Me cuesta trabajo ponerme a pensar sobre las cosas.
- 50. Pienso que no valgo para nada.

Gráfica No. 10



Fuente: Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Interpretación: En la gráfica se muestra que el 58% de las respuestas de los pacientes hubo presencia de síntomas internalizados, mientras que el 42% de las respuestas de los pacientes se encontró ausencia de éstos.

Basado en el análisis que se realizó en el Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD), la mayoría de respuestas fueron muy significativas por lo que se aprueba la hipótesis.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- a. Se acepta la hipótesis que existe depresión infantil en niños y niñas de 7 a 12 años de edad hospitalizados por más de cinco días, no importando la procedencia y diagnóstico médico que presenten en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt.
- b. El 80% de las manifestaciones presentadas por los niños y niñas corresponden a un cuadro depresivo, en donde la inutilidad, la irritabilidad y los síntomas psicofisiológicos corresponden a aspectos clínicos relacionados con la depresión.
- c. Se puede concluir que de cada veinte pacientes hospitalizados en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt, dieciséis presentan un cuadro depresivo.
- d. Al momento de realizar el trabajo de campo se pudo determinar a través del análisis cuantitativo, que la mayor incidencia de niños hospitalizados son de género masculino.
- e. El 66% de los casos presentados en las alteraciones emocionales están relacionadas con la depresión, ya que presentan pérdida de energía y disminución en la capacidad para pensar.
- f. El 74% de los casos presentados en las alteraciones conductuales están relacionadas con la irritabilidad, ya que tienen una alta capacidad para enfadarse y una sensación interna de irritación ante las situaciones cotidianas.
- g. El 87% de los casos manifiestan en los pensamientos intrusivos que están relacionados con problemas de pensamiento, ya que tienen tendencia a valorar las cosas desde una perspectiva negativa.

4.2 Recomendaciones

- a. Se recomienda que al hacer investigaciones similares a ésta, se dé un seguimiento psicológico a los pacientes que presenten depresión infantil, ya que se evaluó y se determinó que si existe esta problemática dentro del Área Pediátrica del Hospital Roosevelt.
- b. Se recomienda que se realicen actividades dentro del Área Pediátrica donde el niño o niña aprenda a expresar los sentimientos a través de palabras, para poder manejar la irritabilidad y a sí mismo enfrentarse a las tareas cotidianas de su contexto vital, para así poder responder de manera positiva ante estímulos que dañan el bienestar o el estado natural del mismo.
- c. Prevenir la presencia de depresión infantil en el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt a través de actividades lúdicas y charlas informativas; dirigidas a los pacientes que se encuentren internados en ese momento, propiciando un ambiente agradable para el niño o niña.
- d. Realizar estudios por género sobre la presencia de depresión infantil en el Área Pediátrica, para conocer la diferencia y obtener hallazgos más significativos.
- e. Que la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Escuela de Ciencias Psicológicas junto con el Área Pediátrica del Hospital Roosevelt, continúen investigando nuevos temas para poder ir ampliando los conocimientos y así poder tener una base de datos de las investigaciones realizadas, para establecer comparaciones con estudios posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, Julián, **MANUAL PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO**, MASSON, S.A., Ediciones España, Año: 1998, Páginas: 487.

American Psychiatric Association, (APA), 2000, DSM-IV-TR, Barcelona: Masson, La Depresión Infantil, Páginas: 1088.

Clifford, Margaret M., **ENCICLOPEDIA PRÁCTICA DE LA PEDAGOGÍA**, Ediciones Océano S.A., Editorial Océano S.A., Barcelona, España, 2000, Páginas: 465.

Collados Zorraquino, José, **LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**, Madrid, España, Año: 2001, Páginas: 223.

De Zubiría Samper, Miguel, **CÓMO PREVENIR LA SOLEDAD, LA DEPRESIÓN Y EL SUICIDIO EN NIÑOS Y JÓVENES**, Santillana Ediciones, Bogotá, Colombia, Año: 2007, Páginas: 198.

Del Barrio Victoria, **DEPRESIÓN INFANTIL; CAUSAS, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO**, Editorial Pirámide, Madrid 2008, Páginas: 267.

Marcelli, D, **MANUAL PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO**, MASSON, S.A., 3º. Edición, Barcelona, España, Año: 1996, Páginas: 553.

Myers, David G, **PSICOLOGÍA**, Séptima Edición, Buenos Aires, Médica Panamericana, 2005, Páginas: 136.

López Fernández, M.N. & Álvarez LLanez García E., **REVISTA BOLIVIANA PEDIÁTRICA**, Editorial La Patria, Bolivia, 1995, Páginas 30.

Ortigosa, J.; Méndez, F. **HOSPITALIZACIÓN INFANTIL, REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS**, Editorial Losada, Biblioteca Nueva, Segunda edición, Madrid, 2000, Páginas:30.

Palomo Del Blanco, María Pilar, **EL NIÑO HOSPITALIZADO**, Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, España, Año: 1995, Páginas: 178.

Palomo Del Blanco, María Pilar, **EL NIÑO HOSPITALIZADO, CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO**, Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, España, Año: 1999, Páginas: 268.

Papalia, Diane E., Wendkos Olds, Sally, Duskin Feldaman Ruth; **PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO**, Editorial Mc. Graw Hill, Novena edición, Páginas: 897.

Rodríguez Sacristán, Jaime, **PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**, Editorial Universidad de Sevilla. Año: 1998, Páginas: 746.

Valdés Sánchez, Carmen Ana & Flórez Lozano, José Antonio, El niño ante el hospital: **PROGRAMAS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD HOSPITALARIA**, Editorial Pirámide, España, Año 2006, Páginas: 314.

ANEXO 1

Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Nombre y apellidos del niño o niña: _____

Sexo: _____

Fecha de evaluación: _____

		1	2	3	4	5
1	Estoy nervioso.					
2	Duermo peor que antes.					
3	Me encuentro mal cuando estoy entre gente.					
4	Pienso en hacerme daño a mí mismo.					
5	Tan pronto estoy de buen como de mal humor.					
6	Me despierto muchas veces durante la misma noche.					
7	Tengo la sensación de que me falta el aire para respirar.					
8	Me relajo con dificultad.					
9	Se me quedan dormidos los brazos, manos, pies o piernas.					
10	Me cuesta mucho dormir.					
11	Me enfado con facilidad.					
12	Tengo mucho sueño durante el día.					
13	Siento dolores en el pecho.					
14	Me siento mal en los lugares donde me es difícil escapar (ascensor, autobús, aula...)					
15	Ahora tengo menos ganas de comer que antes.					
16	Cuando estoy entre gente procuro marcharme a otro lugar.					
17	Lloro con facilidad.					
18	Me preocupa perder el control de mí mismo.					
19	Los demás pueden hacer la mayoría de las cosas mejor que yo.					
20	Tengo la sensación de hormigueo en algunas partes del cuerpo.					
21	Creo que soy inútil.					
22	Cualquier cosa me irrita mucho.					
23	Se me nubla la vista.					
24	Pienso que todo lo hago mal.					
25	Me vienen pensamientos molestos a mi cabeza, aunque yo no quiera.					

		1	2	3	4	5
26	Tiendo a pensar lo peor.					
27	Me tiemblan las manos.					
28	Necesito que otros me ayuden para hacer las cosas bien.					
29	Me enfado sin motivos.					
30	No sirvo para nada.					
31	Tengo miedo a no saber hacer bien las tareas.					
32	Tengo pensamientos que no se me quitan y que me molestan.					
33	Siento una opresión en el pecho que me corta la respiración.					
34	Durante el día paso con facilidad de estar alegre a estar triste.					
35	Me cuesta trabajo ponerme a pensar sobre las cosas.					
36	Me siento preocupado por cosas que me pueden ocurrir.					
37	Cuando me levanto por las mañanas me siento cansado.					
38	Tengo miedo de que la gente se burle de mí.					
39	Me siento con rabia por dentro.					
40	Me canso más rápido que los demás.					
41	Cuando tengo que realizar una tarea dudo si hacerla de una forma o de otra.					
42	Quiero estar solo.					
43	Me agobio en los sitios con mucha gente (centros comerciales, cines, etc.).					
44	Me siento muy solo.					
45	Aunque las cosas tengan una parte positiva y buena, yo suelo fijarme en la negativa o mala.					
46	Tengo pesadillas y terrores nocturnos.					
47	Me siento triste.					
48	Siento dolores por diferentes partes de mi cuerpo.					
49	Me siento vacío.					
50	Pienso que no valgo para nada.					

ANEXO 2

GLOSARIO

- 1. Angustia de separación:** se refiere a las despedidas con llantos y rabietas, son habituales en los primeros años de vida de un niño. Muchos niños, cuando alcanzan la edad de un año aproximadamente, desarrollan ansiedad a separación y se sienten mal cuando los padres intentan dejarlos con otras personas.
- 2. Depresión infantil:** es un estado de humor o ánimo y se refiere a sentimientos de tristeza, desesperación y desaliento. Es una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de dos semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes.
- 3. Deprivación afectiva:** se refiere a aquellas situaciones en que la madurez de la personalidad del niño se detiene por la falta grave de estimulación afectiva.
- 4. Equipo multidisciplinar:** es el conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, para resolver un problema complicado, es decir tienen un objetivo común. Trabajan en conjunto bajo la dirección de un coordinador.
- 5. Estrés hospitalario:** se refiere cuando el niño, enfrenta situaciones generadoras de estrés, que se originan de diferentes fuentes, que en algunos casos no podemos modificar pero que en otros sí; entre ellos están: enfermedad, procedimientos, organización del hospital y las relaciones personales.
- 6. Factores de la hospitalización:** cuatro factores que son independientes pero que se determinan e interrelacionan unos con otros. En primer lugar, y por su importancia, tenemos al niño con sus particularidades, en

segundo lugar a la familia con sus características, en tercer lugar al equipo asistencial con sus dinámicas y en cuarto lugar, el hospital o institución de asistencia con su organización.

7. **Falta de afecto maternal:** se caracteriza por producir en el niño un estado psicológico de avidez afectiva y miedo de pérdida o de ser abandonado, tanto si ha padecido en la realidad una privación afectiva de la madre.
8. **Función curativa:** se refiere a la ayuda para afrontar situaciones difíciles, como una vía saludable para toda persona con algún tipo de dificultad emocional o física.
9. **Hospitalismo:** Spitz descubrió que era la ausencia de estimulación benigna para los niños pequeños. Es un conjunto de conductas debido a una larga estancia en el hospital
10. **Hospitalización:** se refiere a la experiencia que permita favorecer el desarrollo infantil, o la posibilidad de intervenir para prevenir, disminuir o eliminar los efectos dañinos.
11. **Internación pediátrica:** se debe de dar en amplias y modernas habitaciones individuales, con equipamiento acorde a este nivel de complejidad, y en donde los padres pueden acompañar a sus hijos con la comodidad necesaria.
12. **Paciente pediátrico:** se refiere a los pacientes quienes son infantes, niños y adolescentes menores que la mayoría de edad.
13. **Psicosomática:** se puede definir como el proceso psíquico que tiene influencia en lo somático; la medicina reconoce la importancia de los procesos emocionales en la aparición y desarrollo de algunas enfermedades, pero este extremo es difícil de medir y precisar por depender de factores y variables difíciles o imposibles de estudiar con el método científico.

14. Síndrome de deprivación materna: es un trastorno que se caracteriza por retraso del desarrollo que se produce como resultado de una deprivación física o emocional. Afecta sobre todo a lactantes. Los síntomas son la falta de crecimiento físico, malnutrición, aislamiento, silencio, apatía e irritabilidad junto con una postura y un lenguaje corporal características con una rigidez poco natural y una reacción de respuesta frente a los otros muy lenta.

15. Teoría del apego: se refiere al proceso del desarrollo psicológico del animal, incluyendo el humano, que se desarrolló como una tendencia de adaptación para mantener proximidad a la figura del padre o de la madre. La necesidad del bebé de estar próximo a la madre, de ser adormecido en brazos y protegido.