

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

**“EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN NIÑOS  
DE 07 A 12 AÑOS, QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE  
CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT”**

**TANIA ELIZABETH GARCÍA LOTAN**

**GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013**

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

“EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN NIÑOS DE 07 A 12 AÑOS,  
QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL  
HOSPITAL ROOSEVELT”

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

POR

TANIA ELIZABETH GARCÍA LOTAN

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013

CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Abraham Cortez Mejía

**DIRECTOR**

M.A. María Iliana Godoy Calzía

**SECRETARIA**

Licencia Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

María Cristina Garzona Leal

Edgar Alejandro Córdón Osorio

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**



C.c. Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg. 153-12  
CODIPs. 1774-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

11 de octubre de 2013

Estudiante  
Tania Elizabeth García Lotan  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO PRIMERO (21º) del Acta CUARENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL TRECE (46-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 09 de octubre de 2013, que copiado literalmente dice:

**“VIGÉSIMO PRIMERO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN NIÑOS DE 07 A 12 AÑOS, QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Tania Elizabeth García Lotan**

**CARNÉ No.2006-11942**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Karla Emy Vela Díaz y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESIÓN del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

M.A. María Iliana Godoy Calzia  
SECRETARIA



/Gaby



Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC

**RECEBIDO**

FIRMA:

HORA:

Registro:

14:00

153-12

CIEPs 746-2013  
REG: 153-2012  
REG: 153-2012

INFORME FINAL

Guatemala 02 de octubre de 2013.

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN NIÑOS DE 07 A 12 AÑOS,  
QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL  
HOSPITAL ROOSEVELT.”**

ESTUDIANTE:  
**Tania Elizabeth García Lotan**

CARNÉ No.  
2006-11942

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 27 de septiembre del presente año y se recibieron documentos originales completos el 02 de octubre, 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. 747-2013  
REG 153-2012  
REG 153-2012

Guatemala, 02 de octubre 2013

Licenciada  
Mayra Friné Luna de Álvarez  
Coordinadora Unidad de Graduación  
Escuela de Ciencias Psicológicas

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

**“EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN NIÑOS DE 07 A 12 AÑOS, QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.”**

ESTUDIANTE:  
Tania Elizabeth García Lotan

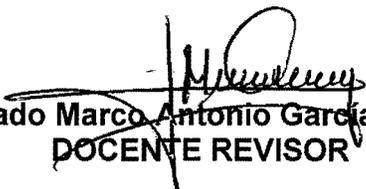
CARNÉ No.  
2006-11942

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

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
Licenciado Marco Antonio García Enríquez  
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala 22 de mayo de 2013

Licenciada Mayra Luna de Álvarez  
Coordinadora Centro de Investigaciones en  
Psicología – CIEPs - "Mayra Gutiérrez"  
Unidad de Graduación del  
Centro Universitario Metropolitano  
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de Investigación Titulado "Efectos psicológicos que se presentan en niños de 07 a 12 años, que se encuentran en el Área de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt", realizado por la estudiante TANIA ELIZABETH GARCÍA LOTAN, CARNÉ 200611942.

El trabajo fue realizado a partir del 21 de mayo del 2012, hasta el 16 de mayo del 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

MG/mg  
cc. Archivo



Guatemala 06 de junio de 20013

Licenciada  
Mayra Luna de Alvarez  
Coordinadora Centro de Investigaciones en  
Psicología –CIEPs – “Mayra Gutiérrex”  
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante TANIA ELIZABETH GARCÍA LOTAN, CARNÉ 200611942, realizó en esta institución 15 entrevistas a padres de familia y 15 aplicaciones del Cuestionario Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) a niños(as), como parte del trabajo de Investigación titulado **“Efectos Psicológicos que se presentan en niños de 07 a 12 años, que se encuentran en el Área de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt”** comprendido del 21 de febrero al 24 de marzo del presente año, en horarios de 8:00 a 10:00 horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente

---

Dr. Javier Bolaños  
Director del Área de Cirugía Pediátrica

PADRINOS DE GRADUACIÓN

JAQUELINE CONSTANZA MONZÓN LOTAN

MEDICO INTERNISTA

COLEGIADO 13457

JULIA AMPARO LOTAN GARZONA

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

COLEGIADO 18032

## ACTO QUE DEDICO

A Dios: por guiar mis pasos para llegar a culminar este triunfo tan importante en mi vida.

A mis padres: Verónica Lotan Garzona y Jorge García Gonzales por su amor, apoyo incondicional y gran esfuerzo, por cada palabra de aliento y guiarme en todo momento, que este pequeño triunfo sea una pequeña muestra de amor hacia ellos. Los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos: Pablo, Vivian y Eduardo, porque mi esfuerzo sea un ejemplo para sus vidas, gracias por estar conmigo, apoyarse y por sentirse orgullosos de mí. Los quiero mucho.

A mis abuelos: Salvador (+), Natalia (+), Julia (+), su recuerdo, ejemplo, amor y dedicación han sido fuente de inspiración en mi vida, a mi abuelo José Asunción por enseñarme que el esfuerzo y dedicación son fundamentales para salir adelante.

A mis tías: En especial a Elida (+), Ana, Tomasa, Amparo y Anabella, por ser un ejemplo de mujeres luchadores, por brindarme su ayuda y amor.

A mis tíos: en especial a Salvador, Marco Antonio, Juan Carlos y Manuel con todo cariño.

A la familia Monzón Lotan: Mauricio (+), Luz y Jaqueline, agradezco hacerme sentir parte de su familia, gracias por el apoyo incondicional por sus palabras y consejos y por enseñarme que nada es imposible.

A mis primos: (Amado, Sughey, Lucia, Alfonso, Yuli, Christa, Diego, Josué) en especial a Dulce y Alex, son un ejemplo de dedicación y perseverancia, los quiero mucho.

A mis sobrinos y ahijada: Con mucho amor y cariño

A mis amigos y amigas: es especial quiero agradecerla a Gabriela Juárez porque juntas recorrimos este camino, gracias por su amistad y cariño.

A usted: muy especialmente por acompañarme en este momento tan especial de mi vida.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios: por su infinita bondad y misericordia.

A la Tricentenaria Universidad De San Carlos de Guatemala: Templo de sabiduría y enseñanza, gratitud eterna.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas, fuente de mis conocimientos.

A la Clínica del Niño Sano, agradezco el apoyo durante la realización de la Práctica Supervisada.

Al Hospital Roosevelt, por el apoyo brindado durante todo el proceso de la investigación realizada.

M.A. Karla Emy Vela Díaz: por su orientación, apoyo y asesoramiento brindado, un cariño inmenso hacia ella.

Lic. Marco Antonio García; agradezco el apoyo y colaboración.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	
PRÓLOGO.....	
CAPITULO I	
I.    Introducción.....	4
1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico.....	4
1.1.1. Planteamiento del Problema.....	4
1.1.2. Marco Teórico.....	6
1.1.2.1 Desarrollo de los niño(a) de 7 a 12 años.....	6
1.1.2.2 Enfermedades comunes en la edad de 7 a 12 años.....	10
1.1.2.3 Cirugía Pediátrica.....	13
1.1.2.4 Hospitalismo.....	16
1.1.2.5 Reacciones emocionales antes de la cirugía.....	20
1.1.2.6 Efectos psicológicos que presenta el niño en el área de cirugía.....	22
1.1.2.7 Repercusiones psicológicas que presenta el niño después de una cirugía.....	36
1.1.2.8 Actitud de los padres ante la cirugía de los hijos.....	38
1.1.2.9 Intervención entre el equipo médico, paciente y familia....	40
1.1.2.10 Intervención del psicólogo.....	43
1.1.3. Hipótesis.....	46
1.1.4. Delimitación.....	46
II.    Técnicas e Instrumentos.....	48
2.1 Técnicas.....	48
2.1.1. Técnicas de muestreo.....	48
2.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
2.1.3. Técnicas de análisis estadístico de los datos.....	49

III.	Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	51
3.1	Características del lugar y la población.....	51
3.1.1.	Características del lugar.....	51
3.1.2.	Características de la población.....	52
3.2	Análisis cuantitativo.....	52
3.3	Análisis de Resultados.....	67
IV.	Conclusiones y Recomendaciones.....	71
4.1	Conclusiones.....	71
4.2	Recomendaciones.....	72
	Bibliografía.....	73
	Anexos.....	
	Anexo 1 Glosario	
	Anexo 2 Entrevista con los adres	
	Anexo 3 Escala de Ansiedad Estado (STAIC)	
	Anexo 4 Escala de Ansiedad Rasgo (STAIC)	

## RESUMEN

- **Título del proyecto:**

Efectos psicológicos que se presentan en niños de 7 a 12 años, que se encuentran en el área de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt.

- **Nombre de autor:**

Tania Elizabeth García Lotan.

La institución en la que se llevó a cabo la investigación, es el Hospital Nacional Roosevelt, ubicado en Calzada Roosevelt y 5ª. Calle de la zona 11, Ciudad de Guatemala. Se realizó con el objetivo general de identificar los efectos psicológicos que se producen debido a un proceso de hospitalización a causa de una cirugía en niños y niñas; y como objetivos específicos: identificar las conductas que se presentan en el niño(a) antes y después de una cirugía, analizar las repercusiones psicológicas que se observan en el niño(a) después de una cirugía e identificar cuáles son las consecuencias del cambio de vida que se genera debido a una hospitalización.

El trabajo de campo se realizó durante el año 2013 en los meses de febrero y marzo en un tiempo estimado de 1 mes, con asistencias de 3 horas por visita; durante la investigación se realizaron evaluaciones a los niños internados en la institución y entrevistas a los padres o encargados de los niños, se pudo observar que durante la hospitalización debido a una cirugía el niño presenta diversos efectos psicológicos negativos, como ansiedad, depresión y tristeza.

Las principales interrogantes fueron: ¿Cuáles son los efectos psicológicos que presenta el niño en el área de cirugía? ¿Cuáles son las reacciones emocionales del niño(a) antes de una cirugía? ¿Cuáles son las repercusiones psicológicas de la cirugía pediátrica? ¿Cómo influye la actitud de los padres en la recuperación del niño o niña luego de una cirugía? y ¿Cuáles son los aspectos psicoeducativos que se deben tomar en cuenta para la recuperación del niño(a)?

Los instrumentos utilizados son del tipo no estandarizado, los cuales constan en: entrevistas a los padres de familia y del tipo estandarizado como la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC).

La muestra fue seleccionada a través de la técnica de muestreo aleatoria por conglomerados, en este caso la unidad muestra fue la unidad hospitalaria de cirugía pediátrica. La población que se abarcó fue los niños entre 7 a 12 años de edad, hospitalizados y ubicados en el área e institución antes mencionadas.

## PRÓLOGO

El propósito de esta investigación fue identificar los factores psicológicos que se presentan en los niños de 7 a 12 años ingresados en el área de cirugía pediátrica del Hospital Nacional Roosevelt.

La misma se realizó en el Hospital antes mencionado ubicado en Calzada Roosevelt y 5ª. Calle, zona 11, Ciudad de Guatemala. El hospital ofrece servicios médicos y hospitalarios especializados de forma gratuita en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología y demás subespecialidades.

La investigación se realizó en el periodo comprendido del 21 de febrero al 24 de marzo del presente año con niños(as) ingresados por diferentes enfermedades que necesitan de una intervención quirúrgica, entre las más frecuentes podemos mencionar; apendicitis, insuficiencia renal, y cirugía por accidentes.

Esta investigación surgió de la necesidad a la que se enfrentan los infantes ingresados en el Hospital Nacional Roosevelt a causa de una cirugía, debido a que se encuentran vulnerables a presentar problemas emocionales, ya que las capacidades de afrontamiento están disminuidas.

La permanencia en el hospital, puede ocasionar efectos psicológicos que dañen el estado mental del infante, sobre todo cuando el niño(a) se enfrenta a una cirugía. Una de las principales fuentes transmisoras de los efectos psicológicos negativos, es la escasa información acerca del procedimiento a los padres o cuidadores del niño(a). La comunicación en este caso, por parte de las personas implicadas en la intervención (doctores, enfermeras, padres y el paciente), juega

un papel muy importante para tener conocimiento de lo que está sucediendo y reducir reacciones que alteren la conducta del paciente.

Una cirugía, trae como consecuencia un cambio de vida, que abarca a todas las personas que rodean al niño(a), así como también, se puede ver afectado el desarrollo psicomotor y el rendimiento en la escuela. Dependiendo del grado de riesgo que conlleve el procedimiento, así serán los efectos que se presenten. Por lo tanto, es importante detectar las reacciones que pueden tener los niños(as) ante tal situación, para proporcionar una intervención psicológica y así, reducir las conductas generadas por el proceso, lo cual generaría una recuperación más rápida, así como, reducción de conductas negativas ante tal situación.

Se pudo identificar que durante la hospitalización, las incapacidades físicas y psicológicas, adquieren mayor importancia, en particular cuando obstaculizan el desarrollo, es básico que el equipo multidisciplinario de una institución, esté enterado de ésta situación, he aquí la “necesidad e importancia del tratamiento psicológico en el niño(a) hospitalizado de manera que se le facilite la adaptación al medio familiar, social y escolar.

## **CAPÍTULO I**

### **1. Introducción**

#### **1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.**

##### **1.1.1 planteamiento del problema.**

Es un hecho que cualquier paciente sometido a un procedimiento quirúrgico presenta algún efecto psicológico negativo, ya que se enfrenta a una experiencia desconocida y a veces las expectativas que se tienen del procedimiento se perciben como una situación peligrosa.

Específicamente, en una cirugía, el niño(a) puede sentir que el procedimiento es debido a un castigo, y pueden presentarse sentimientos de culpa, poca aceptación y miedo, estos factores internos pueden provocar efectos psicológicos negativos que al mismo tiempo afectan el proceso quirúrgico, haciendo del proceso una experiencia desagradable provocando traumas y secuelas posteriores.

Según algunas investigaciones hechas por Collins y Leclere<sup>1</sup> el nivel socioeconómico está asociado a la salud; por lo que los niños(as) cuyos padres tienen una educación menor a la secundaria, están más propensos a ser hospitalizados debido a una intervención quirúrgica, por la falta de conocimientos sobre medidas preventivas o hábitos saludables, así como también por otras intervenciones que surgen como emergencias, que no han sido previstas por los padres y el niño(a) y debe ser hospitalizado.

En la ciudad de Guatemala existen dos hospitales públicos, uno de ellos es el Hospital Roosevelt, que cuenta con la especialidad de Cirugía Pediátrica.

---

<sup>1</sup>(Papalia, Duskin y Wendkos, Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia, Editorial MacWrag-Hill, España, 2009).

Diariamente ingresan niños y niñas que son sometidos a una intervención quirúrgica y dependiendo de la magnitud de la misma, será la estancia en el hospital, por tal razón mientras más riesgo conlleve la cirugía mayor será el tiempo que deberá estar hospitalizado.

Dada la situación del niño(a) ante una cirugía, es vital un trabajo interdisciplinario, que tome en cuenta el aspecto físico, emocional y social de éste. Por esta razón es importante conocer el estado emocional que se presenta en los pequeños para poder implementar estrategias que disminuyan la vulnerabilidad y potencien la capacidad en los procesos de recuperación durante la estancia hospitalaria debido a una cirugía.

Por medio del Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC), se evidenciaron los efectos psicológicos que presenta el paciente infante antes y después de la intervención. Uno de los objetivos primordiales, fue conocer qué pasa con los niños(as) que son hospitalizados debido a una cirugía. Anteriormente se pensaba que la enfermedad sólo repercutía en el componente biológico de la persona; con el surgimiento de la Psiconeuroinmunología “disciplina que estudia las relación entre el sistema inmunológico, sistema nervioso y endocrino” se conoce que la enfermedad altera el componente biopsicosocial y genera una serie de problemática<sup>2</sup>. Un niño(a) hospitalizado puede presentar un trauma psíquico en consecuencia del internamiento, que provoca un trastorno adaptativo.

En una intervención quirúrgica se pueden presentar reacciones psicológicas debido al procedimiento desconocido, las más frecuentes son: ansiedad, cólera, cooperación y sumisión.

---

<sup>2</sup>Oblitas L. y Oblitas Guadalupe L. Psicología de la salud y calidad de vida, CengageLearning, México, 2006

Las interrogantes que guiaron la investigación son las siguientes:

- ¿Cuáles son los efectos psicológicos que presenta el niño en el área de cirugía?
- ¿Cuáles son las reacciones emocionales del niño(a) antes de una cirugía?
- ¿Cuáles son las repercusiones psicológicas de la cirugía pediátrica?
- ¿Cómo influye la actitud de los padres en la recuperación del niño o niña luego de una cirugía?
- ¿Cuáles son los aspectos psicoeducativos que se deben tomar en cuenta para la recuperación del niño(a)?

### **1.1.2. Marco Teórico**

#### 1.1.2.1. Desarrollo de los niños(as) de 07 a 12 años de edad

- **DESARROLLO FÍSICO**

En comparación con el acelerado ritmo en la niñez temprana, el crecimiento en estatura y peso durante la niñez intermedia se reduce considerablemente. Y aunque los cambios cotidianos tal vez no sean obvios, llegan a constituir una diferencia sorprendente entre los niños(as) de seis años de edad que aún son pequeños, y los de 11 años, muchos de los cuales empiezan ahora a parecerse a los adultos. Las niñas conservan algo más de tejido graso que los niños(as), característica que persistirá durante toda la niñez. Los niños(as) en lo individual varían mucho, tanto, que un niño(a) de estatura promedio a los siete años que no haya crecido en absoluto durante dos años, aún estaría en los límites normales de estatura a los nueve años de edad<sup>3</sup>.

La mayoría de los escolares tienen buen apetito y comen más que los niños(as) de corta edad. Para mantener el crecimiento continuo y esfuerzo

---

<sup>3</sup>(Buendía y Buendía V, Psicología clínica y salud: desarrollos actuales, EDITUM, 1991)

constante, los niños(as) necesitan, en promedio 2400 calorías diariamente más en el caso de los niños(as) mayores y menos en el de los de corta edad. El desayuno debe proporcionar cerca de una cuarta parte de las calorías totales. Los nutriólogos recomiendan una dieta variada que incluya abundantes granos, frutas y verduras, los cuales tienen muchos nutrientes naturales y niveles elevados de carbohidratos complejos, como los que se encuentran en papas, pastas, carne y cereales.

- **DESARROLLO MOTOR**

Durante la niñez intermedia, las capacidades motrices de los niños(as) siguen mejorando. Los niños(as) siguen fortaleciéndose, haciéndose más rápidos y adquiriendo una mejor coordinación y les complace mucho someter a prueba el cuerpo y aprender nuevas habilidades.

DESARROLLO MOTOR DE LA NIÑEZ INTERMEDIA	
EDAD	COMPORTAMIENTOS SELECTOS
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden equilibrarse en un pie sin ver.</li> <li>• Pueden caminar sobre barras de equilibrio de dos pulgadas de ancho.</li> <li>• Pueden saltar en un solo pie o brincar con precisión en pequeños cuadrados.</li> <li>• Pueden realizar ejercicios de precisión con títeres.</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienen una fuerza de sujeción de 5.4 kilogramos por precisión.</li> <li>• La cantidad de juegos en que participan ambos sexos es mayor a esta edad.</li> <li>• Pueden realizar saltos rítmicos alternados en un patrón de 2-2, 2-3 o 3-3.</li> <li>• Las niñas pueden lanzar una pelota pequeña a 12 metros.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños(as) pueden correr a 4.95 metros por segundo.</li> <li>• Los chicos pueden lanzar una pelota pequeña a 21 metros.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden juzgar e interceptar trayectorias de pelotas pequeñas lanzadas a distancia.</li> <li>• Las niñas pueden correr a 5.10 metros por segundo.</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el caso de los niños(as), pueden ser saltos generales de 1.5 metros sin carrera; 15 centímetros menos en el caso de las niñas.<sup>4</sup></li> </ul>

---

<sup>4</sup> Adaptado de Cratty, 1986.

- **DESARROLLO COGNOSCITIVO**

Alrededor de los siete años, los niños(as) entran en la etapa de las operaciones concretas, cuando están en posibilidades de realizar operaciones mentales para resolver problemas concretos<sup>5</sup>. En esta etapa, los niños(as) piensan ya en forma lógica, puesto que pueden considerar diversos aspectos de una situación. Sin embargo, aún se limitan a pensar en situaciones reales relacionadas con el aquí y ahora.

El niño(a) que atraviesa el estadio de las operaciones concretas, procesa la información de una manera más ordenada que el niño(a) de estadio preoperatorio. En el estadio de las operaciones concretas el niño(a) analiza percepciones, advierte pequeñas, pero a menudo importantes, diferencias entre los elementos de un objeto o acontecimiento, estudia componentes específicos de una situación y puede establecer una diferencia entre la información relevante y la irrelevante en la solución de problemas<sup>6</sup>.

**Conductas características:** en el estadio de las operaciones concretas del desarrollo cognitivo los niños(as) son capaces de hacer varias cosas:

1. Son capaces de conservar de un modo constante.
2. Son capaces de clasificar y ordenar cosas rápida y fácilmente.
3. Son capaces de experimentar de un modo cuasi – sistemático.

Se producen también cambios en las conductas egocéntricas, imitativas y repetitivas del estadio preoperatorio. Así también los niños(as) muestran una mejora en las habilidades de clasificación a medida que superan los primeros años de escuela<sup>7</sup>. En algún momento, durante el estadio de las operaciones concretas, los niños(as) perfeccionan esta habilidad hasta el

---

<sup>5</sup>(Reed, Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia, Cengage Learning, 2007)

<sup>6</sup>(Buendía y Buendía V, Psicología clínica y salud: desarrollos actuales, EDITUM, 1991)

<sup>7</sup>(Clifford M. Enciclopedia práctica de la pedagogía, Universidad de Iowa, Océano, S.A. 1987)

punto de que las conductas relacionadas con ella se parecen a menudo a las de los adultos.

- **DESARROLLO PSICOSOCIAL**

El crecimiento cognoscitivo que ocurre durante la niñez intermedia permite que los niños(as) desarrollen autoconceptos más complejos y comprendan y controlen las emociones. En la niñez intermedia, los juicios sobre el yo se vuelven más realistas, equilibrados, completos y se expresan de manera más consciente<sup>8</sup>.

**Autoestima:** un factor determinante de la autoestima es la percepción que el niño(a) tiene de la capacidad para el trabajo productivo. La disyuntiva que debe resolverse en la crisis de la niñez intermedia es la de industriiosidad versus inferioridad. La virtud que se gesta con la resolución exitosa de esta crisis es la competencia, darse cuenta de que uno es capaz de dominar habilidades y realizar ciertas tareas<sup>9</sup>.

Conforme crecen los niños(as), son más conscientes de los sentimientos y de los de las otras personas. Regulan mejor las expresiones emocionales en situaciones sociales y responden a las angustias emocionales de los demás (Saarni, 1998).

En la niñez intermedia, los niños(as) se vuelven más empáticos y tienden al comportamiento prosocial. Esta conducta es un indicio de adaptación positiva. Los niños(as) prosociales suelen actuar apropiadamente en las

---

<sup>8</sup>(Papalia, Duskin y Wendkos, Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia, Editorial MacWrag-Hill, España, 2009)

<sup>9</sup>(Reed, Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia, Cengage Learning, 2007)

situaciones sociales, están relativamente libres de emociones negativas y afrontan los problemas de manera constructiva<sup>10</sup>.

En este período, los niños(as) son muy conscientes de las reglas de la cultura en la que viven, respecto a las manifestaciones emocionales. Los padres comunican estas reglas culturales por medio de las reacciones a los sentimientos que manifiestan los hijos.

#### 1.1.2.2. ENFERMEDADES COMUNES EN LA EDAD DE 7 A 12 AÑOS

**Enfermedad:** La enfermedad es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración del estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas (del griego nósos: «enfermedad», «afección de la salud»<sup>11</sup>.

Las enfermedades infantiles más comunes son las infecciones, que se caracterizan por la rápida transmisión de un niño(a) a otro por vía oral y que están producidas por virus o bacterias. Las más frecuentes son las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas, que afectan al estómago.

La mayor parte de las infecciones víricas se previenen, actualmente, gracias a la vacunación. La aplicación de vacunas constituye la medida de prevención más efectiva contra algunas enfermedades graves de la infancia como la poliomielitis, tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos y sarampión. Las vacunas actúan reforzando las defensas del niño(a).

---

<sup>10</sup>(Papalia, Duskin y Wendkos, Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia, Editorial MacWrag-Hill, España, 2009)

<sup>11</sup>(Organización Mundial de la Salud, 1964)

Cada enfermedad se inicia con un síntoma distinto. Un dolor, una lesión, un malestar, las sensaciones raras, la debilidad o la dificultad de movimiento son algunas de las señales que indican que algo no funciona bien en el cuerpo de una persona.

El procesos de desarrollo infantil está sujeto a las interacciones entre el niño(a) y el ambiente; los estímulos de tensión física, psicológica o social pueden afectar al niño(a) y determinar una alteración del equilibrio adaptativo propiciando la aparición de un estado de enfermedad o malestar. De la capacidad adaptativa del niño(a) en el momento de la experiencia causantes del estrés, así como de la naturales, duración e intensidad del estímulo, va a depender que se produzca un estado de equilibrio o bien un importante colapso adaptativo con una descompensación temporal del crecimiento y desarrollo<sup>12</sup>.

Existen enfermedades que para el tratamiento se necesita de una cirugía, por esta razón el niño(a) debe ser intervenido, ya sea como parte de la programación que se está teniendo del tratamiento médico, o como una cirugía de emergencia debido a que la enfermedad se presenta repentinamente o no se toman en cuenta las precauciones con los síntomas que la enfermedad ha presentado, o un accidentes que requieren de una intervención de urgencia.

Es un hecho constatado, que las interacciones entre el niño(a) y el ambiente se alteran como consecuencia de una enfermedad y que la enfermedad física no puede entenderse sólo desde el punto de vista biológico ya que se desarrolla en un marco psicosocial; variando el peso de las variables sociales, culturales y psicológicas según el enfermo y el tipo de enfermedad<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup>(Oblitas L., y Oblitas Guadalupe L..Psicología de la salud y calidad de vida, Cengage Learning, México 2006)

<sup>13</sup>(Aguilar, M. J.,”Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos”, Elsevier Science, 3era edición, España, 2002)

Por otro lado, la orientación de la enfermedad que el niño(a) realice va a depender en gran medida del nivel de autoestima que posea en ese momento<sup>14</sup>.

No obstante, el modo en que la enfermedad va a afectar al normal proceso de desarrollo está influenciado por varios factores tale como<sup>15</sup>:

- La naturaleza de la enfermedad
- El pronóstico, limitaciones y retrasos asociados que conlleva.
- Los antecedentes personales, familiares e historia biográfica del niño(a) que padece la enfermedad, así como los rasgos de personalidad.
- La respuesta de la familia a la enfermedad y los refuerzos que el niño(a) recibe como consecuencia de la misma.

<p style="text-align: center;"><b>FACTORES QUE DETERMINAN LA INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD EN EL DESARROLLO DEL NIÑO(A)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La naturaleza de la enfermedad</li> <li>2. El momento evolutivo en que aparece</li> <li>3. El pronóstico y limitaciones</li> <li>4. Historial biográfica del niño(a)</li> <li>5. Personalidad del niño(a)</li> <li>6. Respuesta de la familia</li> <li>7. Refuerzos que recite el niño(a)</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>EFFECTOS PSICOLÓGICOS QUE PRODUCE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifica el autoconcepto infantil, el niño(a) tiene una baja autoimagen y se vuelve vulnerable y dependiente.</li> <li>2. Origina sentimientos de ansiedad, indefensión, depresión, miedo, inseguridad, etc.</li> </ol>

<sup>14</sup>(García, R, "Hospitalización de niños y adolescentes", Revista médica, Chile, 2005, vol.16)

<sup>15</sup>(Lizasoáin, O, "Educando al niño enfermo; Perspectivas de la pedagogía hospitalaria", Eunate, Pamplona, 2000)

### 1.1.2.3. CIRUGÍA PEDIÁTRICA

La cirugía pediátrica es una subespecialidad de la cirugía dedicada al diagnóstico, cuidado preoperatorio, operación y manejo postoperatorio de los problemas que presentan el feto, lactante, escolar, adolescente y joven adulto.

Los procesos quirúrgicos en la edad pediátrica pueden clasificarse según el grado de urgencia con que deba ser realizado el tratamiento (Hertl y Morales, 1989).

- **Cirugía urgente:** este grupo incluye aquellos procesos que requieren una actuación quirúrgica sin demora. Las causas pueden ser: malformaciones graves del recién nacido, obstrucciones, apendicitis, invaginación intestinal, etc.
- **Cirugía inmediata:** la cirugía es diferida, para mejorar las condiciones basales del paciente, o bien porque precisa un estudio diagnóstico profundo preoperatorio: masas, tumores, etc.
- **Cirugía electiva:** Incluye aquellos procesos en que la corrección quirúrgica se practicará a la edad óptima determinada. Esta viene determinada por unos factores que han de tenerse en cuenta, para que los resultados sean óptimos. De estos factores, unos indican el aplazamiento de la intervención, y otros, por el contrario, van a favor de un tratamiento precoz.

En la edad pediátrica, el momento idóneo para llevar a cabo una intervención quirúrgica no urgente depende de varios factores<sup>16</sup>:

---

<sup>16</sup>(García, R, "Hospitalización de niños y adolescentes", Revista médica, Chile, 2005, vol.16)

- Riesgo de la enfermedad y posibilidad de complicaciones durante el periodo de espera:
  1. Posibilidad de regresión espontánea de la enfermedad.
  2. Factores psicológicos: importancia de la separación del niño(a) de los padres, colaboración del niño(a) en el postoperatorio, variabilidad en la calidad del postoperatorio según la edad del niño(a), situación psicológica de los padres (miedo a la cirugía, ansiedad por la espera).
  3. Riesgo específico de la intervención.
  4. Aspectos técnicos de la intervención. Algunas cirugías complejas se retrasan hasta que disminuye la dificultad asociada con la edad y el tamaño del niño(a).

Mientras que los dos primeros factores permanecen inalterables y el tercero puede variar en cada caso en particular, los dos últimos están en continuo cambio, por el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, de la anestesia pediátrica y de los cuidados postquirúrgicos. Existe una tendencia a adelantar la edad de corrección quirúrgica en varias patologías.

Entre las enfermedades más comunes que se presentan en la infancia y que como tratamiento se necesita de una intervención quirúrgica podemos mencionar:

- Cirugía del aparato digestivo: Apendicitis, Atresia de vías biliares, Estenosis hipertrófica de píloro, Hernia inguinal, Hernia umbilical, Hidrocele, Invaginación intestinal, Pólipos rectales.
- Cirugía de boca: Operación de labio leporino.
- Cirugía de cerebro y sistema nervioso: Hidrocefalia.
- Cirugía ósea: Pectusexcavatum.

- Cirugía de oído, nariz y garganta: Fístulas y quistes branquiales, Fisura palatina y Quiste tirogloso.
- Cirugía de piel, pelo y uñas: Papiloma plantar y Uña encarnada.
- Cirugía de pulmón y aparato respiratorio: Estridor, Aspiración de cuerpo extraño y Hernia diafragmática.
- Riñones y aparato urinario: Fimosis, Hidrocele, Criptorquidea, Hipospadias, Reflujo vesicoureteral, Torsión de Hirátide testicular, Válvulas de uretra posterior y Varicocele.

- **ANESTESIA GENERAL**

Muchos pacientes expresan más aversión por ser anestesiados que por el procedimiento que lo requiere. Temen no volver a despertar o, por el contrario, que el efecto de la anestesia se desvanezca durante la cirugía y sentir dolor o percibir las maniobras que realizan dentro del cuerpo.

El temor a no despertar se basa en dos premisas. La primera es asimilar el sueño anestésico a un estado de muerte transitoria. Es preciso, entonces, reforzar que se trata de procesos totalmente diferentes y subrayar el dinamismo y la actividad que persiste en el interior del cuerpo, aunque externamente no se evidencien movimientos. Y asociar el estado anestésico con el dormir, haciendo hincapié en las semejanzas. También es recomendable, incluir temas referidos a hechos posteriores como una forma de reasegurar el despertar.

La segunda premisa es verdadera: mientras se encuentre bajo anestesia, perderá completamente el control sobre lo que se haga con él o lo que ocurra alrededor. Se agrega la posibilidad de sentirse en peligro por quedar a merced de otros que manipularán el cuerpo sin que pueda oponer resistencia. El hecho de que el dormir y el despertar sean inducidos

externamente activa, en algunos pacientes, sentimientos de desconfianza hacia las personas que poseen el poder de manejar el estado de conciencia.

Los niños(as) de siete a ocho años tienen miedos adicionales de pérdida de control de impulsos verbales o físicos bajo la anestesia, y algunas veces temen que la inhabilidad pueda ser permanente<sup>17</sup>.

Cuando el niño(a) teme despertarse durante la cirugía enfatizamos que la profundidad del sueño se monitorea en forma constante, y que el despertar se produce de manera gradual, por lo que el anestesiólogo está a tiempo de controlar que el despertarse se produzca en el momento oportuno.

#### 1.1.2.4. HOSPITALISMO

Cuando se realiza una cirugía, el niño(a) debe permanecer varios días en el hospital, dependiendo del grado de la intervención que se le realizó, ya que se deben realizar los cuidados necesarios, así como mantener al paciente en observación para verificar que todo siga de acuerdo a lo planeado con la operación. Debido a la estancia en el hospital y las molestias que toda cirugía conlleva, el niño(a) presenta diversas reacciones y efectos psicológicos que en estos casos perjudican el estado emocional del niño(a).

Las reacciones del niño(a) a los hechos estresantes del hospital deben ser vistas como el resultado de una constelación compleja: la edad, el temperamento, el motivo de hospitalización, la contención familiar, el vínculo con el equipo médico y el dispositivo de tratamiento.

---

<sup>17</sup>(López Fernández, E, "Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil", Boletín pediátrico, Valladolid, 1995, Vol. 36 núm. 157)

Cada paciente responde a la enfermedad siguiendo un estilo propio. Algunos prestan atención a los detalles y requieren que se les brinde una información completa y minuciosa, mientras que otros emplean mecanismos represivos para bloquear parcialmente la experiencia. En todos los casos, si el niño(a) presenta psicopatología previa se incrementa la posibilidad de que se produzcan desajustes.

Los aspectos emocionales desencadenados por las vicisitudes de la enfermedad en el niño(a) y en los familiares son muy diversos, y por eso el tratamiento requiere dedicación atenta, paciente e individualizada.

La internación desorganiza la vida cotidiana del niño(a) y la familia, porque impone un conjunto de exigencias y obligaciones, y al mismo tiempo limita las habituales fuentes de gratificación.

La exposición a procedimientos dolorosos, el desarraigo, la falta de familiaridad con quienes convive transitoriamente en la sala, atestiguar el sufrimiento de los otros pacientes, la interrupción de la escolaridad y el motivo mismo de internación atentan ostensivamente contra la calidad de vida.

En la internación, el orden natural de los sucesos hogareños cambia. El ingreso de diferentes profesionales a la habitación, los procedimientos, los traslados imprevistos a sectores desconocidos del hospital y la ausencia de los hitos cotidianos representan para el niño(a) una importante carencia de estructura.

La rutina hogareña, pautada y ordenada, le provee un soporte emocional. Los horarios y actividades fijas hacen que el entorno sea previsible, y esto resulta tranquilizador. La secuencia “merienda, TV, tarea, juego, baño, cena,

acostarse” facilita al chico la regulación de la conducta a fin de funcionar en forma adecuada frente a las demandas de cada situación.

Otro factor de dificultad que conlleva la internación es que la percepción de poder que los niños(as) atribuyen a los padres se debilita. En el hospital, los padres no son los “dueños de la casa”, y por lo tanto no son los que mandan. Los médicos y enfermeros toman decisiones sobre lo que el niño(a) puede y debe hacer a diario. A menudo la pérdida de control sobre las indicaciones que se le dan hace sentir un intenso malestar a los padres y puede generar conflictos con el equipo tratante.

En un principio los niños(as), especialmente los pequeños, se dirigen a los padres buscando ayuda para evitar lo que les resulta doloroso o atemorizante. Pronto entienden que los padres también se encuentran a la espera de las indicaciones de otros. Y, a menos en los primeros días, quienes toman las decisiones no son para el niño(a) seres predecibles ni confiables.

En la situación de enfermedad e internación, el niño(a) necesita especialmente la contención parental, pero los padres suelen encontrarse en un estado de vulnerabilidad emocional que de un modo u otro afecta la capacidad de contención y ayuda. El niño(a) los percibe más sensible, preocupados y angustiados. En ocasiones los ve llorar. Muchas veces puede interpretar la irritabilidad o la expresión angustiada de los padres como una señal de que están enojados con él. Las exigencias que la hospitalización impone a los hermanos los puede hacer sentir culpables.

El motivo de la hospitalización determina en gran medida el grado de exigencia que deberá afrontar el paciente y la tolerancia que podrá esperarse de

él. La internación restringe la actividad lúdica a las que puedan realizarse desde una cama.

Hay edades en las que el juego se desarrolló principalmente a través del despliegue motor. El niño(a) internado no puede hacer la mayor parte de las actividades recreativas típicas. No puede correr, jugar a la pelota, andar en bicicleta, desplazar juguetes por el suelo, saltar a la soga, luchar cuerpo a cuerpo, bailar ni salir a pasear.

Para los niños(as) que prefieren espontáneamente actividades plásticas, mirar televisión o juegos de mesa, la limitación no es tan sentida. Los otros, en cambio, deben aprender una nueva modalidad de diversión para la que no estaban preparados. Deben adaptarse a las imitaciones para jugar, en lugar de adaptar el medio a los deseos como ocurre en el juego espontáneo.

<b>DEFINICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN</b>	Institución que proporciona servicios médicos especializados a los enfermos y unos locales adecuados en los cuales puedan funcionar dichos servicios.	
<b>SENTIMIENTOS QUE PROCA EN EL ENFERMO</b>	Positivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora, recursos para defenderse de la enfermedad.</li> <li>• Lugar en el que existen todos los medios: materiales, personales y técnicos para que se produzca la curación.</li> </ul>
	Negativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad ante el ingreso</li> <li>• Miedo ante el dolor, sufrimiento, desfiguramiento, muerte.</li> </ul>
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No es el niño(a) la persona que demanda la asistencia médica.</li> <li>• El niño(a) es llevado al hospital por los padres sin el consentimiento, es “abandonado” allí.</li> <li>• No recibe ningún tipo de información sobre los acontecimientos que vana suceder en el hospital y las rutinas hospitalarias.</li> <li>• Se establece una relación triangular: madre – pediatra – niño(a).</li> </ul>	
<b>EFFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO(A)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varían en función de la edad.</li> <li>• Puede ser más debilitante que la enfermedad en sí misma.</li> <li>• Todos los niños(as) presentan importantes trastornos de ansiedad, emocionales y de conducta.</li> </ul>	

#### 1.1.2.5. REACCIONES EMOCIONALES ANTES DE LA CIRUGÍA

Los niños(as) que son sometidos a una experiencia hospitalaria y a una intervención quirúrgica generalmente tienen fantasías de riesgo real o imaginario. Estas fantasías parecen que dependen de factores relacionados con el niño(a) mismo y con las circunstancias que rodeen el evento tales como: la edad y desarrollo psicosexual del niño(a), las experiencias previas, la información que se tenga sobre el evento y el apoyo de figuras significativas.

Estos niños(as) también presentan temores que se califican en cinco categorías<sup>18</sup>.

1. Miedo al daño físico o ataque del cuerpo en forma de incomodidad, dolor, muerte o mutilación.
2. Separase de los padres, y a la ausencia de adultos de confianza. Esto ocurre principalmente en niños(as) de dos a seis años.
3. lo desconocido, lo raro y a la posibilidad de imprevistos o sorpresas.
4. Miedo a la incertidumbre de lo que va a ser tomado como comportamiento “bueno” o “aceptable”
5. Miedo a la relativa pérdida de control, autonomía y competencia.

Muchos niños(as) muestran reacciones adversas a estas experiencias de estrés inmediatamente en el hospital o a largo plazo después que regresan a las casas<sup>19</sup>.

Estudios de las reacciones psicológicas de niños(as) que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas indican que estas reacciones pueden

---

<sup>18</sup>(Rodríguez-Sancristán, J, “El niño enfermo y sus reacciones psicológicas”, Anthropos , Zaragoza , 1994)

<sup>19</sup>(Lizasoáin, O, “Educando al niño enfermo; Perspectivas de la pedagogía hospitalaria”, Eunat, Pamplona, 2000)

manifestarse al exterior con emociones tales como angustia, miedo, enojo o depresión, o bien estos efectos pueden ser elaborados y deformados internamente por el individuo, de manera que la imagen pública del niño(a) no corresponda a las emociones subyacentes. Por otra parte, estas emociones sean expresadas o no, tienen concomitantes fisiológicos que pueden influir en la evaluación de la enfermedad y en la recuperación post- operatoria<sup>20</sup>.

Algunos niños(as) ven la cirugía como un castigo o como una consecuencia de una travesura. El que el niño(a) vea la enfermedad como castigo, puede ocurrir, sea una enfermedad benigna o seria, muchos niños(as) lo conciben como consecuencia de la desobediencia o prohibiciones. Algo que no debió comer o hacer.

Gran parte del temor de los niños(as) a las intervenciones médicas surge, independientemente de lo dolorosas que estas puedan ser, de la representación previa que han construido sobre la situación, incluso sin haberla atravesado todavía.

Pensar que será doloroso o impresionante, adjudicarle connotaciones de agresión o de castigo, sentirse indefenso, lo predisponen a magnificar los aspectos negativos de la intervención y a minimizar la propia capacidad de tolerancia.

Aunque la duración, la frecuencia y la intensidad son variables de exigencia que dependen más del procedimiento que del paciente, no existe un criterio universal para adjudicarle a una u otra intervención el nivel de dificultad. Cada niño(a) encuentra motivos particulares para rechazar más o tolerar mejor algunos procedimientos que otros. Cuando un niño(a) se siente frágil y percibe

---

<sup>20</sup>(Palomo del Blanco, M, "El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento", Pirámide, Edición ilustrada, Madrid, 1995)

los procedimientos que le aplican como algo que no es capaz de afrontar, tiene mayores probabilidades de fracasar en procedimientos posteriores. Al fracasar y, aun a pesar, se resiste, patalea o pierde el control, confirman la presunción de que se trata de algo superior a las fuerzas, del niño(a).

#### 1.1.2.6. EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE PRESENTA EL NIÑO(A) EN EL ÁREA DE CIRUGÍA

Diagnósticos y tratamientos médicos requieren intervenciones que a menudo generan dolor, molestias y miedo. Algunos exigen imperativamente la cooperación del paciente para poder realizarlos. Otros pueden aplicarse aun si el niño(a) se resiste, pero con un alto costo emocional que no debería atravesar.

Las experiencias de dolor o molestias intensas, cuando son sufridas repetidamente, pueden generar trastornos emocionales y conductuales a corto y mediano plazo. La aparición de ansiedad anticipatoria y un elevado nivel de estrés son habituales en pacientes que se han expuesto a intervenciones médicas repetidas, especialmente si no han logrado un adecuado afrontamiento en las primeras exposiciones.

Encontrarse enfermo u hospitalizado suele ser una situación que por sí solo demanda más recursos psicológicos que los utilizados ordinariamente por el niño(a). La exposición a procedimientos suma otra exigencia. Los niños(as) suelen referirla como la faceta de los tratamientos que más disgusto les provoca.

Entre las demandas del procedimiento se encuentran el dolor que produce, las molestias físicas concomitantes, la duración y la frecuencia con que debe realizarse. Todos estos componentes influyen en el nivel de exigencia de la situación y son solo parcialmente modificables.

Entre los recursos del paciente para lidiar con la situación se encuentran la motivación, el grado de sensibilidad al dolor, la capacidad de contención aparente y la implementación de estrategias específicas.

Las reacciones observadas con más frecuencia son: ansiedad, cólera, cooperación y sumisión<sup>21</sup>.

La regresión a formas primitivas para la solución de problemas de relación con las personas y el medio ambiente<sup>22</sup>, es otra reacción que se observa en niños(as) que han sido intervenidos, ellos retornan a actitudes previas, a vivir fantasías y conflictos ya pasados en la biografía. El elemento de regresión psicológica parece con más frecuencia cuando hay inmovilización prolongada, tales como procedimientos con moldes de yeso o tracciones esqueléticas. Esto se relaciona con el sentimiento de indefensa que provocan estas terapias, sensaciones que aumenta cuando hay dudas acerca del resultado del tratamiento.

- **REACCIONES EMOCIONALES**

El paciente internado experimenta una variedad de emociones y de sentimientos displacenteros.

Atento al objetivo de brindar una atención que contemple tanto aspectos físicos como psicológicos, el pediatra intentará paliar este tipo de emociones. Aun cuando aliviar sentimientos negativos excesivos sea necesario, y admitiendo que toda mejoría en el ánimo del paciente redundará en una mejor calidad de vida, no todos los sentimientos negativos que emergen en una situación de crisis pueden, ni deberían, ser mitigados. Al niño(a)

---

<sup>21</sup>(Rodríguez-Sancristán, J, "El niño enfermo y sus reacciones psicológicas", Anthropos , Zaragoza , 1994)

<sup>22</sup>(Farberman D. El psicólogo en el hospital pediátrico: herramientas de intervención, Paidós, Buenos Aires, 2010)

asustado con anterioridad a una cirugía o procedimiento lo ayudará una explicación realista respecto a la intervención y los beneficios, pero conservará en forma inevitable algún grado de expectativa ansiosa. La ausencia total de ansiedad podría estar indicando un grado de negación que incidiría en la evolución posquirúrgica.

El sentimiento de tristeza que acompaña a la pérdida o el deterioro de una función a partir de una enfermedad orgánica forma parte indispensable del proceso de duelo normal para una adecuada adaptación a la nueva condición.

El enojo expresado ante procedimientos dolorosos o invasivos puede cumplir la función de mantener un cierto grado de actividad y control en una situación que obliga a los niños(as) a someterse a las opiniones y acciones de otros.

Todas esas reacciones, entonces, no son patológicas en sí mismas. Se vuelven patológicas cuando sobrepasan un nivel de intensidad, cuando la expresión conlleva consecuencias negativas para la consecución de tratamiento médico o cuando se prolongan en el tiempo sin modificaciones.

Entre los efectos recurrentes que se pueden observar durante este período, podemos mencionar:

- **DEPRESIÓN INFANTIL**

Trastorno afecto; el niño(a) o adolescente que está en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo y del entorno y en ocasiones también furioso por todo ello.

La depresión es una reacción frecuente al estrés quirúrgico, que muchas veces puede retrasar los programas de rehabilitación post – operatoria que se tienen planeados para el paciente, como en el caso de las amputaciones.

### **Síntomas de la Depresión Infantil**

El cuadro sintomatológico de la depresión infantil ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ajustándose a las perspectivas de los paradigmas reinantes en cada momento.

Los síntomas más comunes se presentan en diferentes áreas son<sup>23</sup>:

- **Emocionales**

- Tristeza
- Pérdida de disfrute
- Ausencia brusca de humor
- Falta de sentido de humor
- Desesperanza
- Irritabilidad
- Ausencia de interés por las cosas

- **Motores**

- Inexpresividad
- Hipoactividad
- Letargo
- Enlentecimiento motor
- Hiperactividad
- Cognitivos
- Falta de concentración

---

<sup>23</sup>(López Fernández, E, “Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil”, Boletín pediátrico,Valladolid, 1995, Vol. 36 núm. 157)

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

- **Sociales**

- Aislamiento
- Soledad
- Retraimiento
- Incompetencia social

- **Conductuales**

- Protestas
- Riñas
- Desobediencia
- Rabietas
- Indisciplina escolar
- Delincuencia
- Droga
- Psicósomáticos
- Enuresis pérdida de energía
- Sentimientos de fatiga

- Pérdida de peso
- Dolores múltiples
- Pesadillas
- Cambios en el sueño y el apetito.

**Edad:** la depresión en los niños(as), como cualquiera otra conducta, se haya sometida a un proceso evolutivo. Los estudios transversales muestran un incremento de los porcentajes de depresión en los distintos niveles de edad: en general, a mayor edad, más depresión<sup>24</sup>.

#### • TRASTORNOS DEL SUEÑO

El sueño tiene una función reparadora para el psiquismo, por lo que es importante preservarlo. Es sabido que la interferencia de sueño puede producir síntomas emocionales y conductuales.

El más común de los trastornos del sueño es el que se produce por alteración de ritmo nictameral. Durante la internación pueden perderse los indicios habituales que diferencian día y noche, tal como suele ocurrir en la unidad de cuidados intensivos, constantemente iluminada en forma artificial. El niño(a) está expuesto a experimentar dificultades en la conciliación y el mantenimiento del sueño nocturno, parcialmente compensado con un exceso del sueño diurno.

En estos casos se indica, en primer lugar, recuperar las señales del entorno que favorecen la percepción adecuada del ciclo día/noche.

---

<sup>24</sup>(López Fernández, E, "Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil", Boletín pediátrico, Valladolid, 1995, Vol. 36 núm. 157)

Cuando las alteraciones se deben a preocupaciones relacionadas con la internación y la enfermedad, se observan dificultades para conciliar el sueño y lograr un descanso profundo y con efecto reparador.

La hospitalización a partir de un hecho traumático puede generar trastornos de sueño con presencia de pesadillas cuyo contenido repite la circunstancia vivida.

- **TRASTOROS DE ANSIEDAD**

La ansiedad es un sentimiento de aprensión natural que actúa como señal de la existencia de un peligro interno o externo y que obliga a implementar recursos defensivos de afrontamiento. Durante una hospitalización, la pérdida de control sobre el entorno y sobre sí mismo genera, sin excepción, montos variables de ansiedad.

La ansiedad podría considerarse como una forma de reacción de miedo que se diferencia del miedo normal en los siguientes puntos<sup>25</sup>:

1. Es de carácter difuso y no está limitada a situaciones u objetos.
2. No suele ofrecer indicios sobre la causa inmediata.
3. Suele experimentarse en términos de unas determinadas manifestaciones físicas.
4. Se inicia como una forma de anticipación ante amenazas futuras.
5. No está controlada por ningún tipo específico de mecanismo psicológicos de defensa

---

<sup>25</sup>(Rodríguez-Sancristán, J, "El niño enfermo y sus reacciones psicológicas", Anthropos , Zaragoza , 1994)

La capacidad para manejar la ansiedad es propia de cada individuo, y en el caso de los niños(as) está relacionada además con la capacidad de contención de los adultos que lo cuidan.

Cuando los recursos psicológicos del niño(a) se ven ampliamente excedidos, la ansiedad puede devenir en patología, generando una variada gama de síntomas, entre los que se encuentran: alteraciones del sueño y el apetito, irritabilidad, desasosiego, estado de hiperalerta, inquietud motriz y somatizaciones.

Los niños(as) no siempre son capaces de informar los motivos de la ansiedad, puesto que esta capacidad entraña habilidades metacognitivas que no están presentes en todas las edades ni en todos los niveles intelectuales.

Entre los distintos trastornos de ansiedad observados en niños(as) y adolescentes suele existir una gran superposición: un niño(a) teme que la madre abandone el hospital y al mismo tiempo se le presentan ideas de culpa en forma insistente.

La ansiedad por separación aparece asiduamente en el contexto de la internación, incluso en niños(as) que superaron arduamente el período evolutivo en que ésta es característica. En el hospital el niño(a) se ve expuesto a momentos dolorosos, contacto con desconocidos, y el hecho de encontrarse enfermo promueve la fantasía de que los seres queridos podrán también estar en riesgo.

La ansiedad suele presentarse enmascarada con síntomas somáticos que simulan una enfermedad médica y son interpretados de ese modo por el paciente. Estos síntomas corrientemente están asociados con un aumento

de tono autonómico, que incluyen taquicardia, palpitaciones, sudoración, rubor, boca seca, mareo y temblor. También son manifestaciones frecuentes la tensión muscular, las cefaleas, la fatiga, las náuseas y el dolor abdominal recurrentes.

Las crisis de angustia o pánico se diferencian de las somatizaciones en cuanto el propio niño(a) teme encontrarse en peligro muerte inminente. El paciente puede experimentar falta de aire, palpitaciones, opresión torácica, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco. Los episodios aparecen de manera súbita y duran unos minutos. La actitud hipervigilante sobre el cuerpo refuerza la creencia de encontrarse en peligro estableciendo un círculo vicioso.

Los síntomas somáticos de etiología ansiosa en el curso de la enfermedad médica pueden incidir en el tratamiento induciendo a la práctica de estudios innecesarios o prolongando la internación.

La aprensión despertada por elementos del hospital jeringas, guardapolvos, mascarillas llega ocasionalmente a convertirse en fobia. Al querer evitar el encuentro con estos objetos, a estadía en el hospital se torna insoportable. La fobia puede incluso instalarse sin que el niño(a) haya sido anteriormente expuesto a objeto temido: un paciente teme irracionalmente que se le practiquen extracciones de sangre sin haber pasado nunca por la experiencia y reacciona con llanto y aparentes berrinches cuando se lo conduce al laboratorio por primera vez.

La resistencia a hablar con ciertas personas es una de las formas de trastorno de ansiedad, denominado mutismo selectivo. La negativa a hablar se establece con los adultos más que con los pares, y con extrafamiliares

más que con los miembros de la propia familia. Se conserva una comunicación mínima a través de gestos, aunque también puede presentarse una negativa radical a entablar comunicación. En situación de internación, no es infrecuente que el niño(a) mantenga un obstinado silencio frente a los adultos que interactúan con él, sobre todo a aquellos que visten los uniformes hospitalarios. Esta situación afecta negativamente a la obtención de información que podría extraerse a través de la anamnesis y obstaculiza la relación médico/paciente.

- **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.**

Este trastorno tiene mayor probabilidad de desencadenarse cuando el motivo de la internación es un evento inesperado en que la vida o la integridad física de la persona ha sido amenazada, como en el caso de haber sido víctima de accidentes o catástrofes. La exposición a procedimientos cruentos, más aún si es en forma repetida, suele ser otro factor desencadenante en el ámbito hospitalario.

La situación traumática puede desencadenar, al principio tanto manifestaciones emocionales de gran intensidad como respuestas de evitación y negación. Por “ruidosas” que sean estas reacciones, pueden ser transitorias y expresar simplemente que el hecho inesperado ha impactado en un psiquismo “desprevenido” para la llegada de un suceso semejante. No obstante, es preciso intervenir lo antes posible para prevenir la instalación de estrés posttraumático. Solo la evolución del paciente permitirá establecer si el impacto está siendo superado o si, por el contrario, se desencadenó un trastorno franco.

Los síntomas de este trastorno consisten en:

- Reexperimentación de la situación traumática a través de imágenes intrusivas y pesadillas.
- Evitación de todo estímulo susceptible de asociarse al evento traumático y estado de hiperalerta y activación fisiológica.

De modo que un niño(a) traumatizado estará más despierto, pendiente y desconfiado del entorno, taquicardia, midriasis; por momentos reactivos de las situaciones recordadas o vivenciadas sin conexión con el momento actual, con dificultad para dormir por miedo a las pesadillas y temeroso de toda persona y elemento vinculados a estrés origen. El síndrome se presenta en forma completa o a través de algunos síntomas aislados.

Ante situaciones peligrosas y sorprendidas, los recursos psíquicos disponibles siempre resultan escasos. Al evocar el suceso repetidamente, el psiquismo busca alcanzar la preparación que evite encontrarse nuevamente desprevenido e iniciar la elaboración psicológica.

Con frecuencia el niño(a) relata espontáneamente el suceso en forma insistente, y no hay que impedirlo. En ocasiones prefiere no hablar de lo sucedido, y es mejor no instigarlo a que lo haga, pero hacerle saber que los adultos que lo cuidan están dispuestos a escucharlo si lo desea.

Es muy probable que el niño(a) sienta temor a que el hecho se repita. Hay que mostrarle que la situación ocurrió en el pasado y que ahora se encuentra fuera de peligro.

Especialmente cuando el niño(a) que sufre estrés postraumático ha sido víctima de un daño intencional, o cuando lo han sido otros miembros del grupo familiar suele ocurrir que ese entorno y/o los miembros de equipo asistencial sientan angustia frente a los relatos y reaccionen con una “repuesta silenciadora”, distrayéndolo para evitar que evoque a situación. No es esto lo que el niño(a) necesita; por eso es importante contactarlo con un psicólogo que se convierta en interlocutor, facilite la expresión de los afectos de miedo, impotencia, enojo y desamparo, y despeje los posibles sentimientos de culpa.

Procedimientos invasivos, repetidos o dolorosos, y cirugías también desencadenan estrés o empeoran un cuadro instalado. Como medida preventiva es preciso anticiparlos con información adecuada.

- **SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN (SGA)**

El estrés puede definirse como el estado manifestado por el síndrome general de adaptación. Hay estrés cuando existe el SGA y es causante de estrés todo agente que provoque el SGA<sup>26</sup>. El conjunto de fenómenos que se manifiestan en la reacción de emergencia, se observan sea cual sea el tipo de estrés aplicado, ya sea ambiental (debido al ambiente extraño del ámbito hospitalario), psicológico (el trauma de la separación de la madre) o fisiológico (la anestesia, intervención quirúrgica, experiencias de dolor).

Desde la perspectiva unitaria se consideran tres niveles fundamentales de organización del organismo: nivel fisiológico, psicológico y social. Estos niveles constituyen sistemas abiertos que se comunican entre sí, en virtud de complejas operaciones de retroacción mediante el sistema

---

<sup>26</sup>(Rodríguez-Sancristán, J, “El niño enfermo y sus reacciones psicológicas”, Anthropos , Zaragoza , 1994)

neuroendocrino y las interrelaciones con el aparato cerebral y mental, así como los demás sistemas del organismo. Los estímulos tensionales de naturaleza física, psicológico o social que inciden en el organismo pueden producir alteraciones de funcionamiento, ocasionando reverberaciones por retroacción a otros niveles<sup>27</sup>.

Cuando la enfermedad conlleva una hospitalización el estrés aumenta considerablemente, ya que el hospital es un agente estresor que conlleva a la vez gran cantidad de situaciones estresoras para el niño(a), procedimientos dolorosos, trauma por la separación de la madre, ambiente desconocido, etc<sup>28</sup>.

Existiendo dificultades para separar la reacción a la enfermedad o trastorno (que representa los efectos de los estímulos de tensión a nivel fisiológico) de la reacción ante la hospitalización o hacia las medidas de tratamiento (efectos de los estímulos de tensión a nivel psicológico y social<sup>29</sup>.

En el caso de intervenciones dolorosas, la incertidumbre sobre la aparición de un estímulo físico doloroso puede llegar a causar tensión y excitación en grado máximo. Parece ser que una buena información acerca del estrés inminente reduce la probabilidad que aparezca una reacción de ansiedad aguda<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup>(Papalia, Duskin y Wendkos, Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia, Editorial MacWrag-Hill, España, 2009)

<sup>28</sup>(Palomo del Blanco, M, "El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento", Pirámide, Edición ilustrada, Madrid, 1995)

<sup>29</sup>(Rodríguez-Sancristán, J, "El niño enfermo y sus reacciones psicológicas", Anthropos, Zaragoza, 1994)

<sup>30</sup>(López Fernández, E, "Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil", Boletín pediátrico, Valladolid, 1995, Vol. 36 núm. 157)

- **CONDUCTA AGRESIVA**

Ciertos pacientes pueden reaccionar agrediendo a sí mismos o al entorno frente a situaciones médicas que les generan rechazo. Tal es el caso de procedimientos dolorosos, consultas, etc., esta situación obliga a la realización de un diagnóstico diferencial respecto a un cuadro de posible excitación psicomotriz.

La conducta agresiva puede implicar una acción manipulativa dirigida a ganar dominio sobre el ambiente y/o evitar la concreción de aquello que se rechaza.

La pérdida del control sobre la conducta por parte del niño(a) es menor que en los cuadros de excitación psicomotriz y el comportamiento muestra más oscilaciones. El niño(a), por ejemplo, arremete al enfermo cuando van a realizarle un procedimiento, pero se calma inmediatamente cuando este abandona la habitación o ante el ofrecimiento de una recompensa inmediata. Este tipo de conducta expresa un alto monto de ansiedad sufrida, y estar facilitada por una tendencia del niño(a) a reaccionar excesivamente o por ineficiencia parental en la contención ofrecida, o por una combinación de ambas variables.

- **REACCIÓN PSICÓTICA BREVE**

Las psicosis son de muy rara aparición en la infancia y la adolescencia. En el contexto de una enfermedad médica o de una hospitalización pediátrica, el cuadro puede desencadenarse por la concurrencia de la labilidad psíquica en base con la situación altamente desorganizada que representa la internación.

Los trastornos psicóticos breves duran al menos un día y se resuelven como máximo en un mes sin dejar deterioro. Es importante indagar la existencia de antecedente psiquiátricos del paciente o entre los familiares de primero y segundo orden. Esto puede ayudar a dirimir si se trata de un cuadro reactivo o si es la presentación inicial de una esquizofrenia infantil o un trastorno bipolar.

#### 1.1.2.7. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS QUE PRESENTA EL NIÑO(A) DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA

Dependiendo del desarrollo y la madurez emocional y adaptativa, el niño(a) responde de diferentes maneras a la experiencia de la hospitalización y cirugía. Todas las situaciones de tensión, tanto de naturaleza física, quirúrgica como psicológica, producen en el niño(a) una alteración del equilibrio, pudiendo provocar una descompensación emocional temporal, o una restricción crónica en el crecimiento y desarrollo, que podría alterar el curso normal de la maduración emocional, algunas veces en forma irreversible<sup>31</sup>.

La ausencia escolar es otra fuente de estrés, especialmente cuando la hospitalización es prolongada. En estos casos el ausentismo conlleva el riesgo de repitencia, comprometiendo la permanencia en el curso regular.

Cuando el niño(a) afronta un procedimiento con éxito, descubre recursos propios que quizás ignoraba poseer; que es más fuerte, más valiente o menos sensible de lo que suponía. También puede constatar que la intervención era menos dolorosa de lo que preveía. Todo esto hace que pueda afrontar las intervenciones venideras con mayor seguridad y serenidad.

---

<sup>31</sup>(Farberman D. El psicólogo en el hospital pediátrico: herramientas de intervención, Paidós, Buenos Aires, 2010)

El decirle al niño(a) que todo va a estar muy bien después de la operación, es nutrir una esperanza que está muy lejos de la realidad, y solo le causan desilusión porque el período post – operatorio es generalmente incómodo. Los niños(as) podrían sentir gran hostilidad hacia aquellas personas que ellos perciben como responsables de la incomodidad y dolor.

Frecuentemente, tanto los niños(as) como los padres son admitidos al hospital para cirugía sin saber qué es lo que se espera de ellos. Algunos médicos creen que si dan explicaciones acerca del evento quirúrgico antes de la operación, ellos van a sustituir y provocar miedo. Ellos tienen la esperanza de que una vez pasada la experiencia hospitalaria y quirúrgica ésta podrá olvidarse pronto<sup>32</sup>. Sin embargo este tipo de enfoque podría conducir a trastornos conductuales de importancia durante el período post – operatorio, que a la vez retardaría el proceso de recuperación del paciente<sup>33</sup>.

Los conflictos del niño(a), el dolor y confusión, no deberían ser enfrentados con sedación sino con una actitud de veracidad y objetividad<sup>34</sup>. Los niños(as) que son suficientemente maduros para entender lo que les va a pasar deben ser manejados con respecto, tratando de establecer una relación honesta dentro de la cual el niño(a) pueda confiar en que siempre se le dirá la verdad. Algo menos que esto puede producir un aumento de las ansiedades y una disminución de la confianza que ellos han puesto en los padres y otros adultos. Si se falla en respetar los sentimientos, si se baja la autoestima y se equivoca, puede obtenerse como resultado mayor trauma psicológico.

---

<sup>32</sup>(Valdés C. y Flórez J., El niño ante el hospital: programa para reducir la ansiedad hospitalaria, Hospital de Oviedo, Madrid 1995)

<sup>33</sup>(Aguilar, M. J., "Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos", Elsevier Science, 3era edición, España, 2002)

<sup>34</sup>(García, R, "Hospitalización de niños y adolescentes", Revista médica, Chile, 2005, vol.16)

Lo que se debe decir al niño(a) acerca de la experiencia hospitalaria y operación, es realmente un problema de comunicación honesta (Becker, 1976). El comunicarle al niño(a) el diagnóstico, enfermedad y próxima operación es tarea que con mucha frecuencia se deja a la persona menos preparada para hacerlo. No es una responsabilidad agradable, y muchas veces provoca resistencia y ansiedad.

#### 1.1.2.8. ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LA CIRUGÍA DE LOS HIJOS

La hospitalización y la cirugía no solo provocan impacto en el niño(a) sino que también en toda la familia. La actitud de la familia hacia todo el evento es muy importante en la modulación de la respuesta emocional del niño(a). Algunos estudios sugirieron que cuando una familia está normalmente ansiosa, acepta ayuda, y prepara bien a los hijos para la operación, así como se adapta mejor a los sucesos post – operatorios<sup>35</sup>. Por el contrario cuando la familia experimenta niveles altos de ansiedad, las posibilidades de problemas operatorios aumentan considerablemente. Cuando la ansiedad del niño(a) es muy alta, y espera morir en la operación, él puede realmente morir por un mecanismo aún no esclarecido<sup>36</sup>. Esto permitiría postular que la ansiedad excesiva puede contribuir a la producción de un shock irreversible a través de un mecanismo hipotálamo – pituitario – adrenal, cuya existencia se ha tratado de comprobar por medios experimentales.

Hay madres cuyo interés y atención son capturados por completo por la enfermedad del hijo. En el comienzo, dedican mucho tiempo a la asistencia de las necesidades porque sienten que, si algo malo les pasará, ellas mismas no

---

<sup>35</sup>(Rodríguez-Sancristán, J, “El niño enfermo y sus reacciones psicológicas”, Anthropos , Zaragoza , 1994)

<sup>36</sup>(Farberman D. El psicólogo en el hospital pedátrico: herramientas de intervención, Paidós, Buenos Aires, 2010)

podrías sobrevivir. Pero, transcurrido un tiempo, el cuidado del niño(a) enfermo es la única actividad. Estas madres no conciben para sí mismas una función distinta a la de bregar por la seguridad de los hijos, y terminan cercenando en ellos toda posibilidad de autonomía e independencia. Los hermanos del paciente también se ven afectados por esta actitud que los priva de recibir una atención equitativa.

Hay quienes depositan en la enfermedad del hijo la culpa por faltas cometidas. Presumen que se trata de un castigo y asumen una actitud de sacrificio que deja poco o nulo lugar a la espontaneidad. También en estos casos la enfermedad pasa a ser la ocupación central de las vidas.

Una de las situaciones más temidas por los niños(as) es la de ser alejados de la familia. La presencia de los padres ofrece una garantía frente a los peligros a los que se siente expuesto por la internación.

En el pasado se creía que los niños(as) separados de los padres se comportaban mejor frente a los procedimientos. Si bien esto es parcialmente cierto, el aparente buen comportamiento en general, debido a sentimientos de pánico y paralización que ponen en evidencia el carácter traumático de la experiencia.

Sin duda en presencia de los padres los niños(as) son más proclives a expresar los temores y aversiones, pero la expresión de los mismos disminuyen el riesgo patógeno de la vivencia.

#### 1.1.2.9. INTERVENCIÓN ENTRE EL EQUIPO MÉDICO, PACIENTE Y FAMILIA

El profesional de salud mental deberá considerar especialmente la calidad de la relación médico/paciente, detectando las interferencias en la comunicación cuando las hubiere e implementando estrategias para la resolución.

La rotación permanente de médicos residentes y la participación de varios especialistas en la atención de un mismo caso pueden generar que padres y pacientes se sientan desorientados o poco acompañados.

Tiempos breves o nulos dedicados a brindar información sobre la evolución de la enfermedad también influyen negativamente en la relación médico/paciente. La comunicación insuficiente es fuente de conflicto potencial, ya que los padres angustiados por la desinformación, o por no saber a quién dirigirse para disipar las dudas suelen terminar enojándose ante cualquier hecho hospitalario aun trivial.

El sufrimiento de padres y niños(as) ante el dolor por procedimientos también puede frecuentemente convertirse en un obstáculo para la relación entre el paciente, los padres y el personal hospitalario. Este punto es especialmente conocido por los enfermeros, quienes mayor trato diario tienen con el paciente.

En algunos casos, la preparación para lograr una mayor tolerancia a los procedimientos dolorosos, con intervenciones puntuales y focalizadas.

La comunicación entre el médico y los padres del paciente debe desarrollarse desde el comienzo y mantenerse en el transcurso de la hospitalización. Del mismo modo que los niños(as) toleran mejor las situaciones

difíciles apoyándose en el vínculo seguro y establece con los padres, los segundos afianzan sentimientos de confianza y competencia cuando pueden apoyarse con continuidad en la figura del médico.

Las convicciones de los pacientes acerca de la enfermedad y lo que consideran que puede curarlos son un factor de peso en la comunicación médico/paciente. Inciden fuertemente en el desarrollo del tratamiento y, si no coinciden con lo que la medicina propone, pueden generar desentendimiento entre pacientes y profesionales.

- **TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Los niños(as) deben ser informados sobre lo que les está sucediendo y sobre lo que se les hará como parte del diagnóstico y tratamiento. La información puede ser provista por el médico, por los padres o por ambos. En ocasiones, se evita informar a los niños(as) para evitarles preocupaciones que podrían deprimirlos o debilitarlos. Se considera que si el niño(a) supone, por ignorancia o desinformación, que nada malo está sucediendo, podrá cooperar con mejor ánimo.

Por el contrario, la desinformación no impide al niño(a) tomar conocimiento de lo que acontece a través de los múltiples indicadores provenientes del ambiente: el rostro preocupado de los padres, las frecuentes salidas para hablar con los médicos fuera de la presencia y la cantidad de tratamientos y estudios que se le práctica. Lejos de evitarles preocupaciones, la desinformación obliga al niño(a) a crear los conocimientos faltantes a través de fantasías, que por lo general son más amenazantes que la realidad. Por añadidura, el engaño promueve en el niño(a) una actitud hipervigilante y desconfiada.

Muchas prácticas que se realizan en la hospitalización pueden ser experimentadas por el paciente como amenazas a la integridad física. Anticipar estas sensaciones permite instrumentar defensas y comprender que, aunque desagradables, son experiencias que contribuyen a la recuperación. En este sentido, forman parte de actividades psicoprofilácticas toda las que informan con antelación los hechos y sensaciones que pueden acontecer.

Cuando se informa sobre los aspectos que no podrán ser mejorados y las indicaciones que el paciente deberá cumplir posteriori.

El niño(a) que ingresa a la internación engañado o sin contar con ningún tipo de información puede presentar problemas de adaptación. El engaño y el ocultamiento por parte de los padres revelan las dificultades para atender las necesidades emocionales del hijo.

Hay situaciones en que es imposible esperar para dar información, y además este debe brindarse de una sola vez. Tal es el caso de una cirugía urgente que debe decidirse dentro del quirófano en la medida en que se presentan complicaciones inesperadas. Es entonces aún más importante ofrecer a los padres la posibilidad de formular preguntas y chequear si lo esencial ha sido comprendido.

La información que se brinda nunca debe omitir ni minimizar los riesgos de la enfermedad o procedimientos. Una actitud benevolente o engañosamente optimista dejaría al paciente desprevenido o indefenso frente a eventuales complicaciones. Al mismo tiempo, la honestidad acerca de los riesgos siempre debe dejar lugar a la esperanza.

### 1.1.2.10. INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO

Debido al impacto que provoca la hospitalización y la cirugía tanto en el niño(a) como en la familia que se hace necesario intervención psicológica.

Es importante recordar que cuando un niño(a) llega al hospital, él no es solo el portador de una enfermedad que debe ser curado. Él no es una hernia, una apendicitis o una amigdalitis. Él es un ser humano impresionable, y es miembro de una familia que está interesado no solo en el recuento de glóbulos blancos, sino que más profundamente en el aspecto humano<sup>37</sup>.

Brindar la información sustancial sobre lo que se hará mientras se encuentra anestesiado, y especialmente el objetivo en relación a la salud, dar lugar a que exprese toda fantasía sobre lo que podrán hacer y tranquilizarlo al respecto, referirse a los médicos del quirófano como miembros del mismo equipo de los doctores en que el niño(a) ha depositado la confianza, son algunas alternativas que pueden tranquilizarlo.

Es de esperarse que antes de ingresar al hospital el niño(a) tenga algunas preocupaciones importantes y razonables; sin embargo, cuando el niño(a) habla de ellas, muchas veces él no recibe una respuesta honesta sino más bien evasiva, que aunque no son mal intencionadas le causan más tensión y miedo.

Los niños(as) que reciben una preparación psicológica sistemática y apoyo continuo durante una intervención quirúrgica, muestran menos trastornos en la conducta<sup>38</sup>, menos problemas de ajuste hospitalario y más cooperación que aquellos que no la reciben

---

<sup>37</sup>(Farberman D. El psicólogo en el hospital pediátrico: herramientas de intervención, Paidós, Buenos Aires, 2010)

<sup>38</sup>(García, R, "Hospitalización de niños y adolescentes", Revista médica, Chile, 2005, vol.16)

Discutir con el médico los temas que lo preocupan, contar con una adecuada contención, recibir información realista y corregir distorsiones cognitivas produce en estos pacientes alivio y disminución de la ansiedad. A menudo se hace necesario la intervención de un psicoterapeuta que lo ayuda a elaborar temores no específicos

Para pasar de la mera reexperimentación a la elaboración, es preciso ayudar al paciente ligar el impacto emocional; a representaciones verbales; hablar con él sobre lo ocurrido estableciendo relaciones con las emociones que experimentan.

Hay una fuerte relación entre la preparación psicológica y el apoyo durante el período operatorio con la respuesta psicológica post – operatoria. Una preparación psicológica pre – operatoria estimula la participación en el tratamiento, disminuye la tensión y ansiedad, y lleva a una recuperación post – operatoria más rápida<sup>39</sup>.

Una preparación psicológica disminuye la ansiedad en niños(as) que enfrentan la hospitalización y cirugía<sup>40</sup>. Se han usado varios tipos de preparación psicológica para aliviar la ansiedad que puede causar la hospitalización y la cirugía.

Los objetivos de la preparación psicológica son tres:

1. Dar información

---

<sup>39</sup>(Farberman D. El psicólogo en el hospital pediátrico: herramientas de intervención, Paidós, Buenos Aires, 2010)

<sup>40</sup>(Lizasoáin, O, “Educando al niño enfermo; Perspectivas de la pedagogía hospitalaria”, Eunate, Pamplona, 2000)

2. Estimular la expresión emocional
3. Establecer una relación de confianza con el personal del hospital<sup>41</sup>.

Al darse información, diciéndole al niño(a) lo que se espera de él en cada actividad, él forma una expectativa real de lo que sucederá, y le dará la oportunidad de que puede movilizar la conducta adaptativa anticipándose a los eventos amenazantes, lográndose así que el niño(a) sienta que participa activamente y tiene control parcial de lo que sucede.

#### PREMISAS:

- En los años treinta la separación del niños hospitalizado constituía una agresión que producía secuelas de diferentes gravedad en función de los casos, sujetos y duración.
- La enfermedad es un acontecimiento común en la vida del ser humano. Desde la primera infancia e incluso desde la concepción la persona está expuesta a la experiencia del enfermar, que produce sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de procesos corporales desconocidas y una inexplicable pérdida de control de algunas partes o funciones del cuerpo.
- No existe una respuesta universal a la hospitalización. Existen determinadas variables (motivo de ingreso, edad del niño(a) estadio de la enfermedad, etc.) que van a influir en la respuesta individual.
- Solo las repetidas hospitalización de periodos superiores a las dos semanas, especialmente en niños entre 1 a 3 años puede actuar como

---

<sup>41</sup>(Farberman D. El psicólogo en el hospital pedátrico: herramientas de intervenció, Paidós, Buenos Aires, 2010)

sensibilización a patologías mentales en el futuro.

- La compañía de los padres conlleva ventajas económicas (reduciendo el trabajo del auxiliar de enfermería), disminuyendo el estrés el niño, e incluso, la estancia hospitalaria.

### 1.1.3. HIPÓTESIS

Los niños(as) que se encuentran en el Área de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt presentan repercusiones psicológicas durante la hospitalización

VARIABLES:

INDEPENDIENTES: repercusiones psicológicas

INDICADORES: hospitalización

Niños

DEPENDIENTES: sufren repercusiones psicológicas

INDICADORES: depresión

ansiedad

miedo

### 1.1.4. DELIMITACIÓN

El trabajo de campo se realizó durante los meses de febrero a marzo del año 2013, en el Área de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt que ofrece atención de lunes a domingo, las veinticuatro horas del día. Se encuentra ubicado en Calzada Roosevelt y 5ª calle, zona 11, ciudad de Guatemala. La

muestra fue de quince niños(as) y niñas que se encontraban hospitalizadas debido a una intervención quirúrgica, comprendidos entre los siete y doce años, para ello se procedió de la siguiente forma: Primero. Se solicitó autorización al Director de Cirugía Pediátrica. Segundo. Se asignó el Área en donde se iba a trabajar. Tercero. Se seleccionó al azar la población objetivo, hubo consentimiento informado ya que, se explicó individualmente al cuidador informal del propósito de la investigación. Cuarto. Se observó el aspecto físico del niño(a) así como, el estado de ánimo. Quinto. Se realizó la entrevista al cuidador informal. Sexto. Se aplicó la Escala de Ansiedad Estado Rasgo (ESTAIC) a niño(a) o niñas seleccionadas. Séptimo. Se realizó un diagnóstico individual de los quince casos estudiados.

## **CAPÍTULO II**

### **2. Técnicas e Instrumentos**

#### **2.1 Técnicas**

##### **2.1.1 Técnica de muestreo**

Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio por conglomerados ya que permitió seleccionar de manera aleatoria un cierto número de conglomerados, es necesario para alcanzar el tamaño muestra establecido, a través de esta técnica se utilizó una unidad muestra perteneciente a un grupo de elementos de la población que forman una unidad. En este caso fue la unidad hospitalaria de cirugía pediátrica.

El tamaño de la muestra fue de 15 niños, la mayoría de la muestra eran personas ubicadas en un nivel socioeconómico bajo, debían tener un encargado, en la mayor parte de los casos era la madre y todos presentaban alguna enfermedad por la cual habían sido intervenidos quirúrgicamente.

La muestra seleccionada debía cumplir los siguientes criterios, debieron ser niños de 7 a 12 años ingresados en la cirugía pediátrica del hospital nacional Roosevelt.

##### **2.1.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Se inició con la observación para poder identificar quienes eran los niños(as) que aún no habían sido intervenido quirúrgicamente y estaban en la espera de la cirugía, esto con el fin de conocer el estado emocional que se encontraban antes de la cirugía y poder identificar si existía algún cambio luego de la intervención

Se utilizó una entrevista estructurada, para el familiar o acompañante del niño(a) que se encontraba en el área de cirugía pediátrica. La entrevista tuvo como objetivo iniciar el primer contacto tanto con el paciente como con la persona que se encontraba acompañando al niño(a). Esta es una técnica versátil, que permite obtener información de los sujetos de manera personal y directa, favoreciendo el rapport y la confianza entre el investigador y es un método de recolección de datos.

Luego se aplicó el test de STAIC de Spielberger que tuvo como objetivo medir la ansiedad en el niño(a) que se genera debido a la situación en la que se encuentra. Este cuestionario consta de dos escalas. La primera mide ansiedad – estado y se compone de 10 reactivos positivos y 10 negativos. La segunda escala mide ansiedad – rasgo y está compuesta de 20 reactivos positivos, los que poseen el mismo valor numérico que los positivos de la escala de ansiedad estado.

### **2.1.3 Técnicas de análisis estadístico de los datos.**

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

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

Los gráficos también son un componente esencial de la estadística descriptiva. Los gráficos no reemplazan la información que se coloca en

las tablas de resultados numéricos, sino más bien, ofrece una alternativa más atractiva.

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

## **CAPÍTULO III**

### **3. Presentación, análisis e interpretación de resultados**

#### **3.1 Características del lugar y de la población**

##### **3.1.1 Características de lugar**

El Hospital Roosevelt es un centro asistencial que atiende a personas que habitan en la ciudad capital y en el resto del país, referidos desde los hospitales departamentales y regionales.

De igual forma, se brinda atención a ciudadanos de otros países que viven o están de paso por Guatemala. Ofrece servicios médicos y hospitalarios especializados de forma gratuita en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología y demás subespecialidades.

También se atiende a pacientes en medicina nuclear, diagnóstico por imágenes y laboratorios clínicos. Proporcionamos, a la población guatemalteca, atención de emergencias pediátricas y de adultos/as las 24 horas del día, todos los días del año.

En el Hospital Roosevelt son más de 3 mil 100 colaboradores distribuidos entre personal médico, de enfermería, auxiliar, técnico, nutrición, trabajo social, atención al usuario y usuaria, personal de seguridad, intendencia y administrativo.

### **3.1.1. Características de la población**

La población estudiada fue: quince niños(as) y niñas, comprendidos de siete a doce años de edad, que se encontraban en el Área de Cirugía Pediátrica, debido a una intervención quirúrgica, por enfermedad o accidente.

Se aplicó la entrevista y la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) a un total de quince niños(as) internados en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt, entre las edades de 7 a 12 años, la edad promedio fue de 8.8 años, equivalente al 40% de la población entrevistada. El 80% fueron hombre y el 20% mujeres.

Los diagnósticos fueron: apendicitis, cirugía por accidente, insuficiencia renal, tumor en el cerebro, cálculos en el riñón, ulcera y malformación en el área genital. En promedio, los niños(as) estuvieron 16 días hospitalizados en el servicio referido. Las entrevistas fueron aplicadas de forma individual, tanto con padres de familia como con los niños(as), con una duración de treinta minutos en promedio por cada niño(a) y adulto.

Los resultados, se dividieron en cuantitativos y cualitativos. Se muestran los resultados cuantitativos del Cuestionario de Evaluación de Ansiedad Estado – Rasgo en niños(as) y de las entrevistas hechas a los padres de familia.

### **3.2. Análisis cuantitativo**

Al realizar el análisis de la frecuencia de cada indicador de la escala de Ansiedad – Rasgo se apreciaron diferencias mínimas en cada respuesta, por lo que se puede concluir que los niños(a) que participaron presentan una Ansiedad – Rasgo moderada, también aparecieron en el grupo algunos factores inductores

de Ansiedad – Estado, como por ejemplo que en algunas ocasiones los niños(as) se preocupan por las cosas que puedan ocurrir, cometer errores, así como ocasionalmente les cuesta trabajo tomar decisiones y enfrentarse a los problemas.

Se realizó un análisis de frecuencia de cada indicador del STAIC. Los resultados encontrados muestran diferencias en el porcentaje de niños(as) que presentaron algunos indicadores de ansiedad. Primero se analizó la escala de Ansiedad Estado pre y post a la intervención, encontrándose clara la diferencia en varios de los componentes de la escala.

Después se examinó la escala de Ansiedad – Rasgo para encontrar factores de personalidad que influyeron en la aparición de la ansiedad. Estos resultados concuerdan con los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a cada familiar o encargado, en lo que se pueden ver indicadores de ansiedad hospitalaria en los niños(as) como: dificultad para dormir desde que fueron internados en el hospital. El 60% de los niños(as) les costó trabajo conciliar el sueño, también se encontró que el 100% de los niños(as) manifestaron deseos de ir a casa

La prueba del STAIC aplicada con el objetivo de evaluar rasgo de personalidad que predispusieran la aparición de ansiedad y analizar la diferencias en los niveles de Ansiedad – Estado pre y post a la cirugía, no resultó ser suficientemente sensible para medir la ansiedad en la población infantil hospitalizada.

La prueba no arrojó datos significativos en el puntaje de cada escala, refiriendo que los niños(as) tenían una Ansiedad – Estado moderada antes y después de la intervención. Se considera que el nivel educativo de los niños(as)

y la situación deteriorada influyeron en la comprensión de algunos indicadores en el momento de contestar, por lo que la tendencia a responder fue “algo”, lo que constituye a un punto neutro.

Debido a que no se encontraron datos significativos en los valores de las escalas se realizó un análisis de cada indicador, en el que sí pudieron encontrarse resultados relevantes para la evaluación.

En la Escala de Ansiedad – Rasgo, presentó algunos factores que pudieron predisponer a una Ansiedad – Estado como: preocupación por las cosas que ocurran y por cometer errores, dificultad para resolver conflictos, tomar decisiones y enfrentarse a los problemas.

En los indicadores de la escala de Ansiedad – Estado se manifestaron emociones negativas transitorias como respuesta a estímulos estresantes de la hospitalización, caracterizadas por: nerviosismo, miedo, temor, angustia y preocupación.

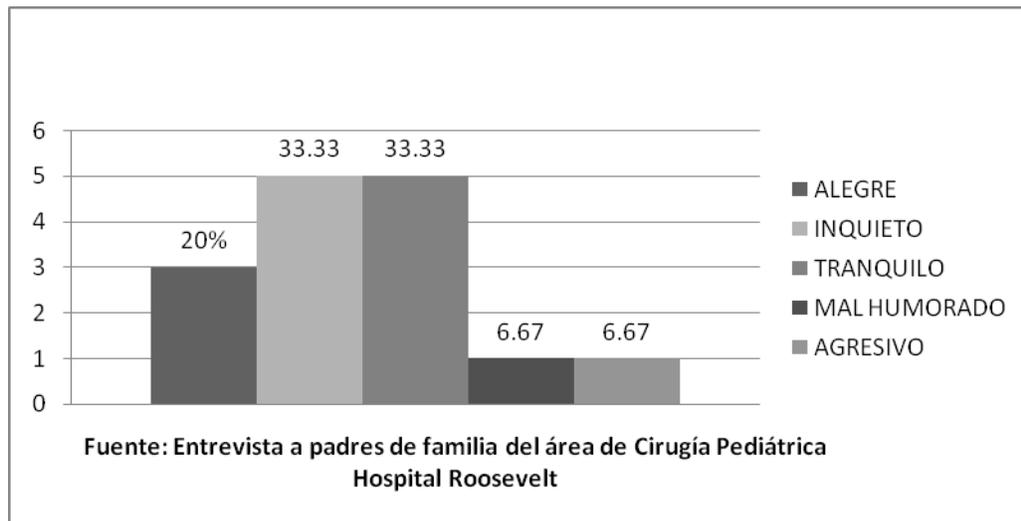
Es importante mencionar, que no es suficiente medir los cambios de una variable a partir de una intervención un solo instrumento, porque las características que identifican a una población son heterogéneas y varían de población en población; por esta razón pueden surgir factores imprevistos que afecten la medición de la variable.

## ANTES DE LA HOSPITALIZACIÓN

**Gráfica No. 1**

En la presente gráfica de barras, se muestran los resultados de la encuesta realizada a los padres de familia o tutores acerca del estado de ánimo de los pacientes internados en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt.

¿Por lo general cómo es el estado de ánimo del niño(a)?

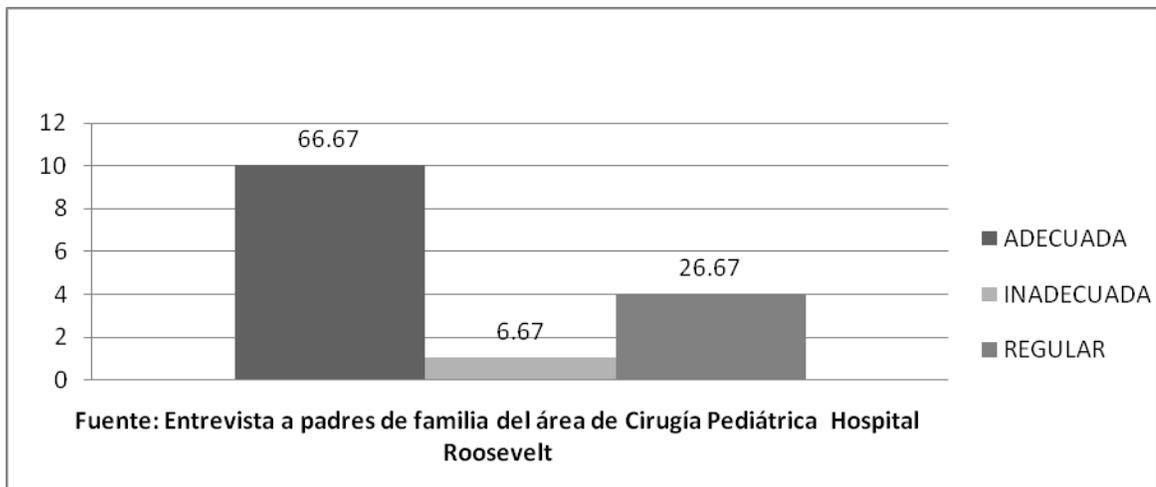


Se puede observar que el 33.33% de los padres o encargados, refirió que los niños o niñas se encontraban inquietos o tranquilos, el 20% mencionó que se encontraban alegres y el 6.67% refirió que los niños(as) se encontraban de mal humor o agresivos.

## Gráfica 2

En la presente gráfica de barras, se presentan los resultados de la encuesta realizada a los padres de familia o tutores acerca de la relación que tienen con el paciente internado en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt.

¿Cómo es la relación entre usted y el niño(a) en casa?



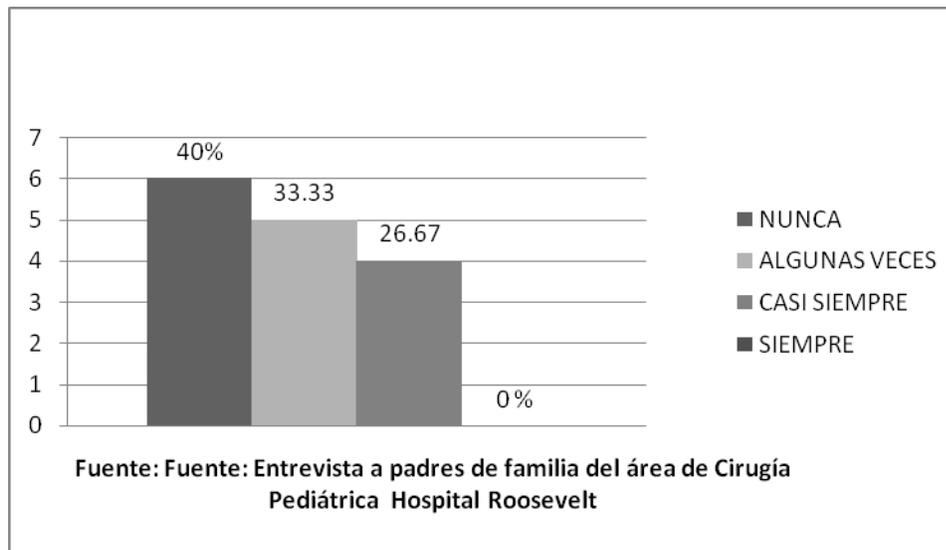
Se puede observar que el 66.67% de la muestra refiere que la relación con el niño(a) es adecuado, el 26.67 la relación es regular y el 6.67% menciona que la relación es inadecuada. Cabe mencionar que muchas veces no son los padres los que se encuentran con el niño(a) durante la estadía en el hospital, por lo que esto puede interferir en la respuesta. Así también los que mencionaron tener una relación inadecuada con los pacientes fueron frecuentemente padres de niños(as) de 11 años, esto puede repercutir debido a que se encuentran en una etapa pre adolescente y por lo tanto la relación se ve interferida por los cambios conductuales que está pasando el niño o niña

## DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

### Gráfica No. 3

En la presente gráfica de barras, se presentan los resultados de la encuesta realizada a los padres de familia o tutores sobre la forma de conciliar el sueño el paciente internado en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt.

¿Ha notado que el niño(a) duerme mal últimamente?

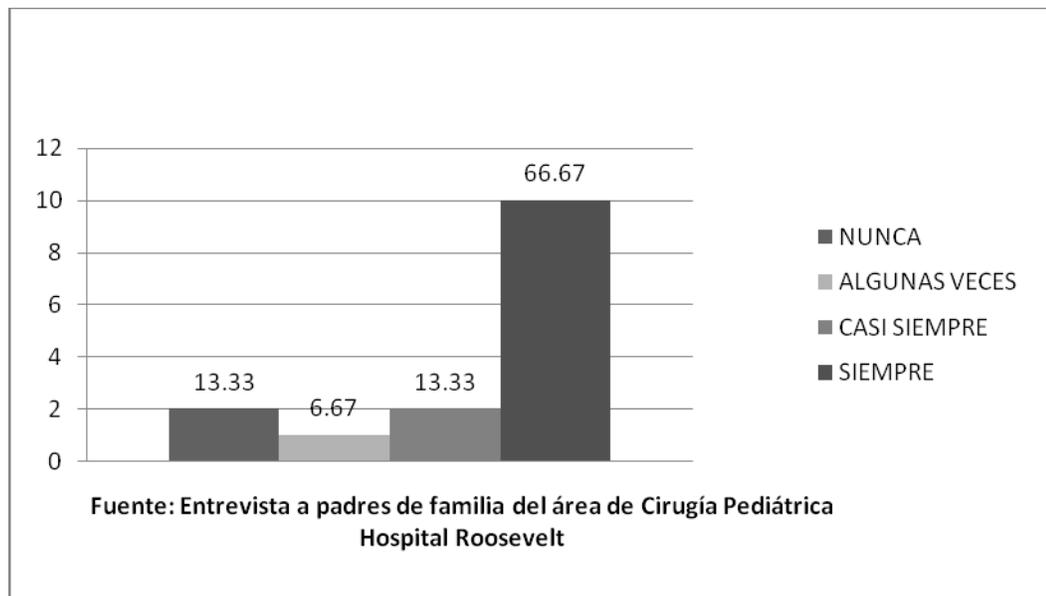


El 40% de la muestra, refiere que el niño(a) nunca ha tenido dificultades para dormir, el 33.33% algunas veces y el 26.67% casi siempre, podemos mencionar que el 60% que menciona que tiene dificultades para dormir, se debe a que el cambio de ambiente, el ruido, el llanto de otros pacientes, el dolor y las curaciones realizadas afecta el sueño del niño(a).

#### **Gráfica No. 4**

En la presente gráfica de barras, se presentan los resultados de la encuesta realizada a los padres de familia o tutores sobre la alimentación del paciente internado en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt.

¿El niño(a) tiene hambre a la hora de la comida?

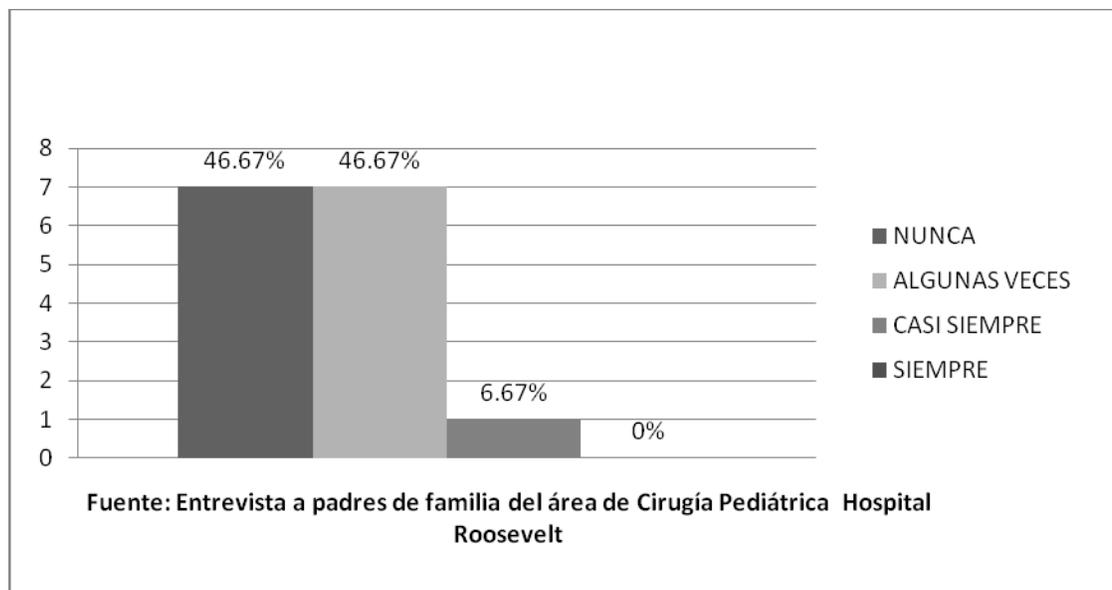


Se puede observar que el 13.33% de la muestra mencionan que nunca han tenido hambre a la hora de la comida, el 66.67% algunas veces, el 13.33% casi siempre y el 66.67 siempre. Los pacientes que nunca tienen apetito es ocasionado debido a que el alimento no es del agrado del paciente o debido a la enfermedad y los síntomas provocados no generan en el niño(a) la necesidad de alimentarse.

### **Gráfica No. 5**

En la presente gráfica de barras, se presentan los resultados de la encuesta realizada a los padres de familia o tutores sobre el estado de ánimo del paciente internado en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt.

¿Ha estado triste el niño(a) a partir de la hospitalización?

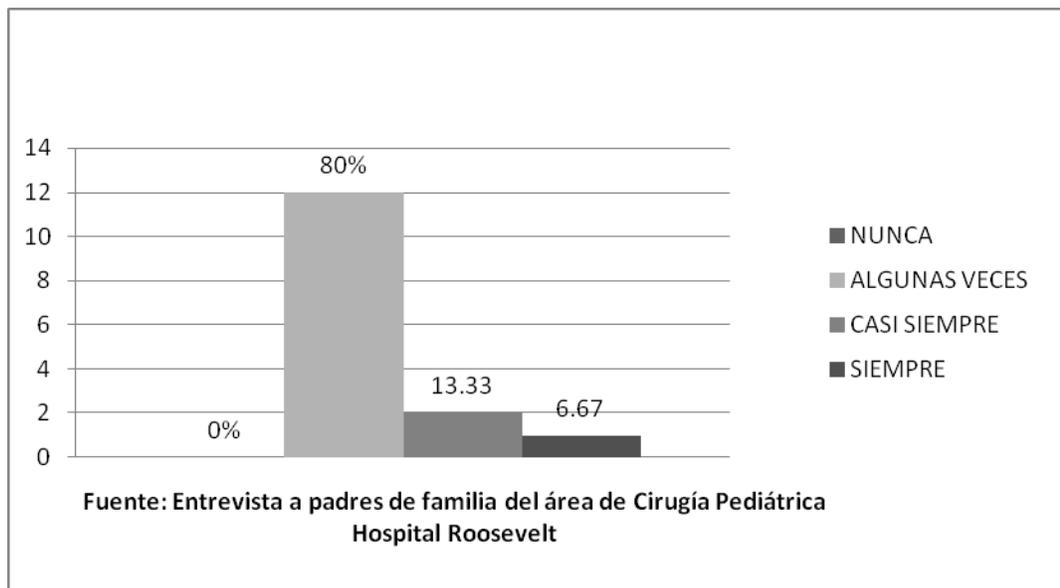


El 46.67% de la muestra refiere que el niño(a) nunca ha estado triste durante la hospitalización, el 46.67% algunas veces y el 6.67% casi siempre. El 53.34% que refiere que en alguna ocasión el paciente está triste, es debido a que muchas veces el niño(a), se ve afectado por el desprendimiento del padre o madre, así como el cambio de ambiente, ya que no se encuentra en la casa, y que debido al internamiento el niño(a) no puede asistir a la escuela. El sentido del humor del paciente depende mucho también de la enfermedad y los procedimientos a los que es sometido.

### **Gráfica No. 6**

En la presente gráfica de barras, se presentan los resultados de la encuesta realizada a los padres de familia o tutores sobre la conducta del paciente internado en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt cuando se le inyecta o se le hace una curación.

¿El niño(a) llora cuando lo inyectan o le hacen alguna curación?

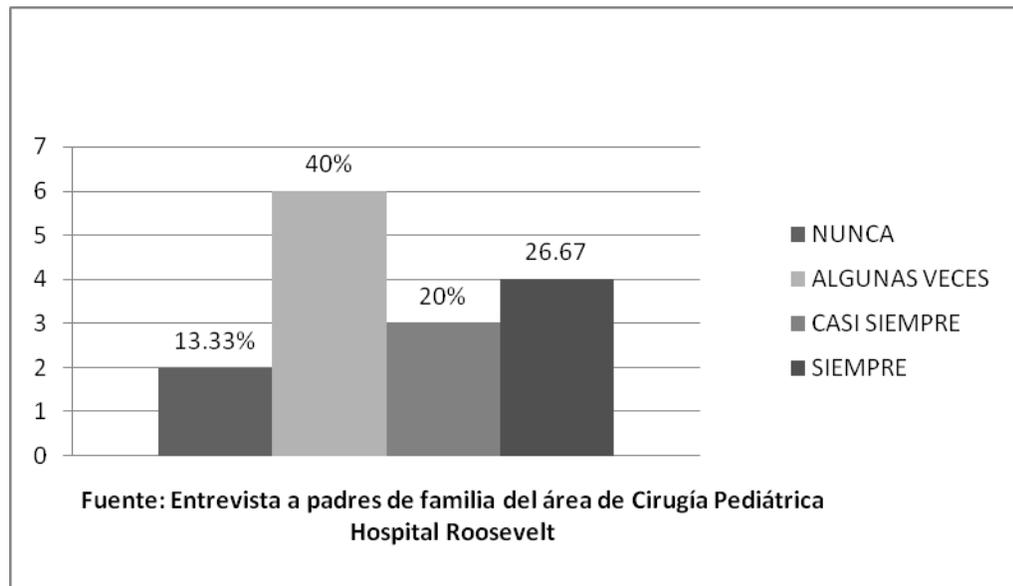


Los padres de familia refieren que el 80% de los niños y niñas algunas veces lloran cuando se les inyecta o se les realiza una curación, el 13.33% casi siempre y el 6.67% siempre. Las curaciones o inyecciones, siempre representan para el niño(a) miedo y dolor, por lo que el 100% de los pacientes lloran al realizarle cualquier intervención que represente dolor.

### **Gráfica No. 7**

En la presente gráfica de barras, se presentan los resultados de la encuesta realizada a los padres de familia o tutores sobre el tipo de dolor o malestar del paciente internado en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt cuando se le inyecta o se le hace una curación.

¿El niño(a) se queja por algún tipo de dolor o malestar?

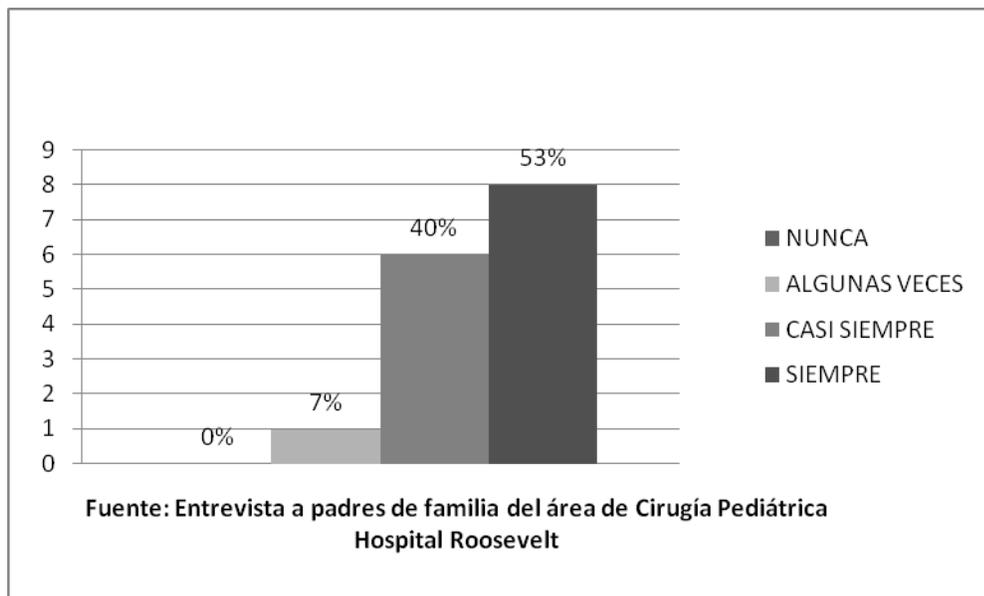


Se puede observar que el 13.33% de los pacientes nunca se quejan de algún dolor, el 40% algunas veces, el 20% casi siempre y el 26.67% siempre, entre los dolores podemos mencionar, los dolores de donde se realizó la cirugía, dolor de cabeza, estómago, etc. Esto dependerá del lugar en el que se hizo la intervención quirúrgica.

### **Gráfica No. 8**

En la presente gráfica de barras, se presentan los resultados de la encuesta realizada a los padres de familia o tutores sobre los deseos de ir a casa del paciente internado en la Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt cuando se le inyecta o se le hace una curación.

¿Refiere verbalmente deseos de ir a casa?



El 7% de la muestra, refiere que los niños(as) algunas veces manifiestan deseos verbales de querer ir a casa, el 40% casi siempre y el 53% siempre. La estancia del niño(a) en el hospital para el niño no es nada agradable, por lo que mientras mayor es el tiempo más es la necesidad del paciente de regresar al hogar, sobre todo debido al ambiente en el que se encuentra ya que no están las cosas personales de niño, el espacio y sobre todo la falta de los seres queridos.

## DATOS DE STAIC

Para hacer el análisis de STAIC se aplicaron estadísticos descriptivos como media y moda. Para obtener los puntajes de la Escala Ansiedad Estado se cuantificaron los indicadores negativos y los positivos por separado mediante la operación  $(A - B) + 40$ . Donde A, es la suma de los indicadores positivos: y B, es la suma de los indicadores negativos, los cuales se restan y al resultado se le suma la constante 40. En el caso de la escala de Ansiedad Rasgo no fue necesario aplicar esta operación porque todos los indicadores son negativos, por lo que sólo se suman de acuerdo al valor numérico correspondiente para cada respuesta.

TABLA NO. 1

NIÑO (A)	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	DÍAS DE ESTANCIA	ESTADO		RAGO
					PRE	POST	
1	7 años	M	Malformación en el pene	1 día	36	31	38
2	7 años	M	Úlcera	13 días	43	32	35
3	7 años	M	Accidente (Cirugía Craneal)	32 días	41	29	32
4	7 años	F	Apendicitis	1 día	29	29	40
5	7 años	F	Apendicitis	35 días	27	26	30
6	8 años	M	Tumor en la cabeza	32 días	35	35	30
7	9 años	F	Tumor en la cabeza	9 días	36	29	39
8	9 años	M	Apendicitis	1 día	36	29	36
9	9 años	M	Insuficiencia Renal	29 días	33	30	39
10	9 años	M	Insuficiencia Renal	21 días	35	38	29
11	9 años	M	Accidente (lesión en el cráneo)	4 días	29	30	40
12	10 años	M	Apendicitis	1 día	35	37	26
13	10 años	M	Lesión en el pene	9 días	36	31	38
14	11 años	M	Lesión en la pierna	4 días	31	27	42
15	11 años	M	Cálculos en el riñón	52 días	30	36	35

Fuente: Aplicación de la Escala Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) a niños(as) del área de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt.

A partir de los resultados del STAIC de cada niño que se muestran en la tabla 9, la Ansiedad – Estado presentada por los niños(as) antes de la intervención, el porcentaje obtenido a nivel grupal es de 32.7%; este dato significa que los niños(as) presentaron una ansiedad estado moderada.

En cuanto a la ansiedad – Rasgo; los niños(as) presentaron ocasionalmente factores de personalidad que predispusieron a la ansiedad, porque obtuvieron un valor promedio de 35.8%, de acuerdo a los parámetros de Spielberger corresponde a una ansiedad moderada.

TABLA 2

La escala de Ansiedad Estado fue dividida para la evaluación en indicadores negativos, los cuales son componentes cognitivos de la ansiedad.

No.	Indicador	Escala Pre			Escala Post		
		Nada %	Algo %	Mucho %	Nada %	Algo %	Mucho %
2	Me encuentro inquieto	46.7 (7)	53.3 (8)	0	20 (3)	80 (12)	0
3	Me siento nervioso	40 (6)	53.3 (8)	6.7 (1)	66.7 (10)	33.3 (5)	0
5	Tengo miedo	46.7 (7)	33.3 (5)	20 (3)	53.3 (8)	40 (6)	6.7 (1)
7	Estoy preocupado	40 (6)	40 (6)	20 (3)	53.3 (8)	40 (6)	6.7 (1)
12	Me siento molesto	46.7 (7)	46.7 (7)	6.7 (1)	33.3 (5)	66.7 (10)	0
14	Me encuentro atemorizado	40 (6)	53.3 (8)	6.7 (1)	60 (9)	40 (6)	0
15	Me siento confundido	40 (6)	60 (9)	0	66.7 (10)	33.3 (5)	0
17	Me siento angustiado	33.3 (5)	60 (9)	6.7 (1)	60 (9)	40 (6)	0
19	Me encuentro contrariado	53.3 (8)	46.7 (7)	0	86.7 (13)	13.3 (2)	0
20	Me siento triste	46.7 (7)	53.3 (8)	6.7 (1)	80 (12)	13.3 (2)	6.7 (1)

Fuente: Aplicación de la Escala ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) a niños(as) del área de Cirugía Pediátrica del hospital Roosevelt

Se puede observar un cambio importante en el 25% de los indicadores cognitivos pertenecientes a un estado de ansiedad. Por ejemplo en el indicador 3 de la escala se encontró que el nerviosismo disminuyó un 66.7% de los casos, a comparación el 33.7% que refirió sentirse “algo o muy nervioso”. El 53.3% de los pacientes señaló, previo de la intervención quirúrgico tener “poco y mucho miedo” comparado con el 46.7% de los pacientes en los que el miedo continuó después de la intervención.

Así también en el 53.3% de los niños(as) desapareció la preocupación luego de la intervención, en comparación con el 46.7% que señaló sentirse preocupado “algo y mucho” antes de la intervención.

TABLA 3

No.	Indicador	Escala Pre			Escala Post		
		Nada %	Algo %	Mucho %	Nada %	Algo %	Mucho %
1	Me siento calmado	6.7 (1)	66.7 (10)	26.6 (4)	6.7 (1)	60 (9)	33.3 (5)
4	Me encuentro descansado	13.3 (2)	66.7 (10)	20 (3)	13.3 (2)	40 (6)	46.7 (7)
6	Estoy relajado	13.3 (2)	80 (12)	6.7 (1)	6.7 (1)	53.3 (8)	40 (6)
8	Me encuentro satisfecho	0	46.7 (7)	53.3 (8)	6.7 (1)	46.7 (7)	46.7 (7)
9	Me siento feliz	6.7 (1)	20 (3)	73.3 (11)	0	20 (3)	80 (12)
10	Me siento seguro	0	86.7 (13)	13.3 (2)	6.7 (1)	60 (9)	33.3 (5)
11	Me encuentro bien	26.6 (4)	20 (3)	53.3 (8)	0	33.3 (5)	66.7 (10)
13	Me siento agradable	13.3 (2)	60 (9)	26.7 (4)	6.7 (1)	86.7 (13)	6.7 (1)
16	Me siento animado	0	80 (12)	20 (3)	13.3 (2)	66.7 (10)	20 (3)
18	Me encuentro alegre	0	40 (6)	60 (9)	0	26.7 (4)	73.3 (11)

Fuente: Aplicación de la Escala ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) a niños(as) del área de Cirugía Pediátrica del hospital Roosevelt

Se puede observar un cambio en la percepción de bienestar, ya que el 10% de los pacientes refirieron que se “sentían bien” después de la intervención quirúrgica, comparado con un 73.3% que dijo “sentirse nada bien” antes de la cirugía. Además el 93.3% de los pacientes se sintió calmado después de la cirugía.

TABLA 4

No.	Indicador	Escala		
		Casi Nunca %	A Veces %	Frecuentemente %
1	Me preocupa cometer errores	20 (3)	73.3 (11)	6.7 (1)
2	Siento ganas de llorar	46.7 (7)	53.3 (8)	0
3	Me siento desafortunado	80 (12)	20 (3)	0
4	Me cuesta tomar decisiones	26.6 (4)	60 (9)	13.3 (2)
5	Me cuesta enfrentar mis problemas	26.6 (4)	60 (9)	13.3 (2)
6	Me preocupa demasiado	46.7 (7)	40 (6)	13.3 (2)
7	Me encuentro molesto	53.3 (8)	46.7 (7)	0
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	46.7 (7)	33.3 (5)	20 (3)
9	Me preocupan las cosas de la escuela	13.3 (2)	66.7 (10)	20 (3)
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	13.3 (2)	73.3 (11)	13.3 (2)
11	Noto que mi corazón late más rápido	40 (6)	53.3 (8)	6.7 (1)
12	Aunque no lo diga, tengo miedo	13.3 (2)	53.3 (8)	33.3 (5)
13	Me preocupo por cosas que pueda ocurrir	6.7 (1)	73.3 (11)	20 (3)
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	26.7 (4)	40 (6)	33.3 (5)
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	66.7 (10)	26.7 (4)	6.7 (1)
16	Me preocupa lo que otros piensen de mi	33.3 (5)	40 (6)	26.7 (4)
17	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	33.3 (5)	40 (6)	26.7 (4)
18	Tomo las cosas demasiado en serio.	40 (6)	20 (3)	40 (6)
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida.	26.7 (4)	50.3 (8)	20 (3)
20	Me siento menos feliz que los demás niños(as)	60 (9)	33.3 (5)	6.7 (1)

Fuente: Aplicación de la Escala ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) a niños(as) del área de Cirugía Pediátrica del hospital Roosevelt

### 3.3. Análisis Cualitativo

ESTADO FÍSICO	ESTRESORES	ESTADO EMOCIONAL	AFRONTAMIENTO
Deteriorado	1. Procedimientos médicos dolorosos	Alteración mixta de ansiedad - depresión	Emoción.
	2. Limitación en la movilidad	Trastorno adaptativo (CIE 10)	
	3. Información deficiente		
	4. Instalaciones deterioradas del hospital		

La hospitalización, como factor central trae consigo distintos retos para afrontar. Los procedimientos clínicos dolorosos, fueron referidos por los niños(as) como el estresor más impactante, ya que las cirugías, inyecciones y las curaciones, les produjeron ansiedad y miedo. Las limitaciones en la movilidad, la pérdida de independencia y el aislamiento, constituyeron la segunda causa de estrés. El siguiente estresor tiene relación con la información médico – paciente ya que es escasa, debido al lenguaje técnico que suelen utilizar los médicos, y que muchas veces los niños(as) no comprenden, lo que les causó angustia e incertidumbre al no saber qué les iba a pasar. Las instalaciones deterioradas del hospital llegan a ser un estresor ya que la incomodidad de las camas, los alimentos que muchas veces no son del agrado de los pacientes, el mal olor en el hospital, así como el trato despersonalizado influye como estresor en el niño(a).

Los estresores referidos provocaron que los niños(as) se mostraran vulnerables y que las capacidades de afrontamientos se vieran disminuidas: por tales motivos sufrían de una alteración mixta de ansiedad y depresión, misma que terminó conformando un trastorno adaptativo. Durante la hospitalización, el estado anímico se observó deteriorado.

El promedio de edad de los pacientes era de 8.8 años y se encontraban cronológicamente en la etapa de las operaciones concretas, (Piaget, 1972). Por tal razón mostraron un pensamiento de carácter más simbólico.

La capacidad cognitiva lógica – abstracta se encuentra minimizada en los niños(as) hospitalizados, no sólo por el nivel educativo, sino por la situación en la que se encuentran sobre todo si es una enfermedad grave. Por tal razón hay una menor habilidad para diferenciar la fantasía de la realidad, no sabe con claridad si lo que pasa es real o un sueño.

Las personas hospitalizadas sufren de estrés por no encontrar un entorno físico adecuado, debido al mobiliario que afecta la posición corporal o la falta de accesorios de comodidad (Ortega, Mercado y Estrada, 2005). Aunque existe dentro del hospital un sin número de factores que afectan la tranquilidad del individuo hospitalizado. Para los niños(as) que participaron en la investigación, los tratamientos dolorosos se convirtieron en una de las principales fuentes de estrés hospitalario, porque después de un cierto tiempo de exposición las respuestas se condicionaron negativamente, hasta convertirse en eventos fóbicos en algunos casos.

Otro estresor de mayor impacto para los niños(as) fueron las limitaciones en la movilidad. La postración, el aislamiento y la falta de espacios recreativos dentro del hospital, repercuten directamente en la percepción de bienestar al

sentir los niños(as) una pérdida de independencia, enojo miedo y ansiedad. De manera indirecta estos factores agravan el malestar físico, que de por sí se encuentra agudizado por la enfermedad.

La experiencia hospitalaria se vive como difícil porque el aislamiento y la postración en la cama restringen también la socialización del niño(a) y la independencia.

Otro de los factores que maximizó la percepción de incomodidad, provocando enfado y desesperación en los niños(as), es la despersonalización en el trato que algunos médicos tienen hacia ellos. La falta de información, el lenguaje profesional y el no saber qué va a pasar, todo esto provoca incertidumbre o expectación en los niños(as) y hace que la comunicación entre ellos y el personal médico sea deficiente.

Los estresores, producto de la hospitalización, se encuentran presentes durante todo el internamiento de los niños(as). Los estresores reducen la capacidad de afrontamiento, así como desestabilizan el estado físico y las emociones. Los niños(as) evaluados, presentaron una sintomatología mixta de ansiedad y depresión, tipología contemplada en el CIE 10 como Trastorno Adaptativo (F43.2). Este trastorno se acompaña de alteraciones emocionales subjetivas, aunque en el caso de los niños(as) hospitalizados también existieron las objetivas, producto de tratamientos dolorosos y malestares físicos, mismas que interfieren en el proceso de adaptación a un nuevo acontecimiento estresantes. Todo ellos altera la socialización del niño(a) y de la familia.

Las manifestaciones de este trastorno fueron: humor depresivo, ansiedad, preocupación, miedo, incapacidad para afrontar los problemas, o de poder continuar en la situación presente y deterioro en la forma de actuar ante la

actividad cotidiana. En algunos de los casos los niños(as) mostraron reacciones agresivas

Los niños(as) percibieron la cirugía como una amenaza, por lo que muestran: ansiedad, miedo, mal humor, sentimientos de huida. También aparece la negación de lo vivido, dependencia y regresión.

Un trauma psíquico derivado de la hospitalización puede prolongarse semanas, meses o años después de la salida del hospital, lo cual puede verse reflejado en deseos de no hablar. Cuando la enfermedad modifica la imagen corporal, la autoestima se ve afecto porque la autoimagen es otra. El niño(as) se da cuenta de los cambios físicos, sin embargo, las principales fuentes de referencia para el niños(as) son los padres y las personas que se encuentran alrededor; ellos en muchas ocasiones, sin darse cuenta emiten mensajes negativos al niños(as), como expresiones no verbales de lástima o negación, aspectos que impactan en la percepción de sí mismo.

Los nuevos aprendizajes, permiten a los niños(as) revalorar la actividad frente a la vida, para actuar diferente y lograr cambios positivos en ella. Una cirugía representa miedo en el niño(a), pero también significa el alivio de la enfermedad por la que están atravesando

## CAPÍTULO IV

### **4. Conclusiones y recomendaciones**

#### **4.1 Conclusiones**

La mayoría de los niños(as) que ingresan al Área de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt, presentaron miedo ante la separación del hogar, tendencia a la depresión y ansiedad.

Las reacciones emocionales más frecuentes del niño antes de una cirugía son miedo, nerviosismo, inquietud, preocupación confusión angustia y tristeza, La estancia en el hospital provoca una disminución en el tono afectivo, lo cual repercute en el estado emocional del niño(a).

Existen muchos factores que impactan al niño(a) hospitalizado debido a una cirugía y que son derivados de la enfermedad, así que la cirugía impacta poderosamente en el autoestima, produciendo sentimientos depresivos o de tristeza.

Debido a la profunda relación entre padres e hijos y los problemas de salud, la ansiedad de la familia ante la hospitalización, requiere tanta atención como la del niño(a).

Durante la hospitalización, las incapacidades físicas y psicológicas, adquieren mayor importancia, en particular, cuando obstaculizan el desarrollo, es básico que el equipo multidisciplinario de una institución, esté enterado de esta situación, he aquí la “necesidad e importancia del tratamiento psicológico en el niño(a) hospitalizado de manera que se le facilite la adaptación al medio familiar, social y escolar, si este fuera el caso”. Podemos mencionar que la estancia en el hospital provoca una disminución en el tono afectivo lo cual repercute en el estado emocional del niño(a).

## 4.2. Recomendaciones

Debido al miedo que provoca el ser intervenido quirúrgicamente, así como el temor ante la separación del hogar y la familia, es importante dar a conocer al niño(a), las razones por las que deben estar en el hospital así como el motivo de la cirugía.

Es importante que se le informe al niño sobre cada intervención que se le realizará, esto ayudará a que el estado de ánimo del paciente mejore y comprenda lo que se le está realizando, ya que muchas veces al no tener conocimiento de lo que se le está haciendo el niño(a) presenta conductas agresivas así como el rechazo de cualquier intervención.

Desarrollar programas de estimulación psicológica en las salas de Cirugía Pediátrica, para reducir los efectos psicológicos que se presentan en el niño(a) antes y después de la cirugía.

Es necesario que los padres de familia preparen a los hijos sobre la hospitalización, esto reducirá un poco la aflicción que le causa a un niño la situación hospitalaria, así también capacitar a familiares de los pacientes, para que también colaboren en la rehabilitación de los pacientes dentro y fuera del hospital.

Es importante que exista una mejor comunicación y coordinación con todos los miembros del equipo de salud, en atención de los niños(as). Es de vital importancia el tratamiento multidisciplinario, tanto físico como psíquico de los niños(as) y pacientes en general.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aguilar, M. J., "*Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos*", Elsevier Science, 3era edición, España, 2002, 1260 páginas.
- Lizasoáin, O, "*Educando al niño enfermo; Perspectivas de la pedagogía hospitalaria*", Eunate, Pamplona, 2000
- Buendía José y Buendía Vidal José, "Psicología Clínica y Salud: Desarrollos Actuales" , Edición EDITUM, España, Universidad de Murcia, 1991, 291 páginas.
- Clifford M, trad. Diorkl, "Enciclopedia práctica de la Pedagogía", Universidad de Iowa: OCEANO-EXITO. S.A, Ediciones, S.A, 1987, 296 páginas.
- Del Barrio M, "Tratando depresión infantil: Recursos terapéuticos"  
Editor Leila Nomen Martín, Edición Pirámide, 2008, 128 páginas.
- Farberman D, "El psicólogo en el hospital pediátrico", herramientas de intervención, Volume 280 de Biblioteca de psicología profunda, Cuadernos clínicos , Edición Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2010, 247 páginas.
- García, R, "*Hospitalización de niños y adolescentes*", *Revista médica*, Chile, 2005, vol.16, 241 páginas.
- Guillamet, A. y Jerez J, "Enfermería quirúrgica: planes de cuidados", , Edición Springer-Verlag Iberica, Barcelona , España, 1999, 285 páginas.
- López Fernández, E, "Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil", *Boletín pediátrico*, Valladolid, 1995, Vol. 36 núm. 157
- Oblitas Guadalupe, L, "Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria", Edición PSICOM, Bogota, Colombia, 2005, 265 páginas
- Oblitas L. y Oblitas Guadalupe L, "Psicología de la Salud y calidad de vida", Segunda edición, Editorial Cengage Learning, Mexico, 2006, 447 páginas.

- Ortigosa, J. M, “ *Hospitalización Infantil: Repercusiones Psicológicas: Teoría y Práctica*”, Biblioteca Nueva,Edicion ilustrada, Madrid, 2000, 230 páginas.
- Palomo del Blanco, M, “*El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento*”, Pirámide,Edicion ilustrada, Madrid, 1995, 180 páginas.
- Papalia D, Wendkos O. y Duskin R, “Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia”, Edición McGraw-Hill/Interamericana de México, 2009, España, 287 páginas.
- Reed, D, “Psicología Del Desarrollo: Infancia Y Adolescencia”, Edición Cengage Learning latin américa, Mexico , 2007, 641 páginas.
- Rodríguez-Sancristán, J, “*El niño enfermo y sus reacciones psicológicas*”, Anthropos , Zaragoza , 1994, 497 páginas.
- Valdés, C. y Flórez J, “El Niño Ante el Hospital: Programas para Reducir la Ansiedad Hospitalaria”, Universidad de Oviedo, Edicion Oviedo, Madrid, España, 1995, 277 páginas.

# ANEXOS

## **ANEXO No. 1**

### **GLOSARIO**

**Criptorquidea:** Se da este nombre a la falta de descenso de uno o ambos testículos. Generalmente se diagnostica en el primer día de vida por el pediatra.

**Estenosis:** En medicina, estenosis o estegnosis es un término utilizado para denotar la estrechez o el estrechamiento de la luz de un orificio o conducto, tanto de origen adquirido como congénito.

**Estridor:** sonido de tono alto que se escucha mejor durante la inspiración.

**Fimosis:** es una anomalía de los anexos cutáneos del pene que altera la mecánica de este órgano.

**Hidrocele:** es la acumulación patológica de líquido seroso en el interior de una cavidad en el cuerpo humano.

**Industriosidad:** la etapa en que el niño(a) desarrolla y usa las destrezas para hacer tareas en la escuela y en la vida

**Hipertrofia:** La hipertrofia es el nombre con que se designa un aumento del tamaño de un órgano cuando se debe al aumento correlativo en el tamaño de las células que lo forman; de esta manera el órgano hipertrofiado tiene células mayores, y no nuevas.

Hipoactividad: cualquier actividad del cuerpo o de los órganos anormalmente disminuida, como la disminución del gasto cardíaco, de la secreción tiroidea o del peristaltismo.

Hipospadias: es una anomalía congénita por la que el pene no se desarrolla de la manera usual. El resultado es que la abertura del pene (el agujero de orinar o, en términos médicos, el meato urinario) se localiza en algún lugar en la parte inferior del glande o tronco, o más atrás.

Lúdico: es un adjetivo que califica todo lo que se relaciona con el juego, derivado en la etimología del latín "ludos" cuyo significado es precisamente, juego, como actividad placentera donde el ser humano se libera de tensiones, y de las reglas impuestas por la cultura.

Metacognición: Manera de aprender a razonar sobre el propio razonamiento, aplicación del pensamiento al acto de pensar, aprender a aprender, es mejorar las actividades y las tareas intelectuales que uno lleva a cabo usando la reflexión para orientarlas y asegurarse una buena ejecución.

Noxas: Se denomina noxa a cualquier elemento del medio ambiente que actúa sobre el organismo afectando la salud. Es cualquier agente etiológico o biológico que un organismo no reconoce como propio.

Psicomotricidad: el término psicomotricidad constituye en sí mismo, partiendo por el análisis lingüístico, un constructo dual que se corresponde con la dualidad cartesiana mente-cuerpo. Refleja la ambigüedad de lo psíquico (psico) y de lo motriz (motricidad) así como de las complejas relaciones entre estos dos polos.

Psicosis: es un término genérico utilizado en la psicología para referirse a un estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad. A las personas que lo padecen se les llama psicóticas.

Tirogloso: conducto embrionario que conecta la glándula tiroides y la lengua. También llamado tirolingual. Relativo al tiroides y a la lengua.

Tracción: como término general, tracción significa halar sobre una parte del cuerpo.

## ENTREVISTA CON LOS PADRES

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Cama No. \_\_\_\_\_  
Fecha de hospitalización: \_\_\_\_\_ Días de estancia: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

### ANTES DE LA HOSPITALIZACIÓN

1. ¿Por lo general cómo es el estado de ánimo del niño?

Alegre ( ) Inquieto ( ) Tranquilo ( ) Mal humorado ( ) Agresivo ( )

2. ¿Cómo es la relación entre usted y el niño (a) en casa?

Tutor ( ) a. Buena  
Tíos ( ) b. Mala  
Abuelos ( ) c. Regular  
Madre ( )  
Padre ( )

### DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

3. ¿Ha notado que el niño(a) duerme mal últimamente?

Nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( ) Siempre ( )

4. ¿El niño(a) tiene hambre a la hora de la comida?

Nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( ) Siempre ( )

5. ¿Ha estado triste el niño(a) a partir de la hospitalización?

Nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( ) Siempre ( )

6. ¿El niño llora cuando lo inyectan o le hacen alguna curación?

Nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( ) Siempre ( )

7. ¿El niño se queja por algún tipo de dolor o malestar?

Nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( ) Siempre ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

8. ¿Refiere verbalmente deseos de ir a casa?

Nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( ) Siempre ( )

## ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO - RASGO (STAIC)

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

DESCRIPTIVOS DE ANSIEDAD ESTADO STAIC	PRE			POST		
	NADA	ALGO	MUCHO	NADA	ALGO	MUCHO
Me siento calmado.						
Me encuentro inquieto.						
Me siento nervioso.						
Me encuentro descansado.						
Tengo miedo.						
Estoy relajado.						
Estoy preocupado.						
Me encuentro satisfecho.						
Me siento feliz.						
Me siento seguro.						
Me encuentro bien.						
Me siento molesto.						
Me siento agradablemente.						
Me encuentro atemorizado.						
Me encuentro confundido.						
Me siento animado.						
Me siento angustiado.						
Me encuentro alegre.						
Me encuentro contrariado.						
Me siento triste.						

## ESCALA DE ANSIEDAD RASGO STAIC

DESCRIPTIVOS DE ANSIEDAD RASGO STAIC	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE
Me preocupa cometer errores			
Siento ganas de llorar.			
Me siento desafortunado.			
Me cuesta tomar una decisión.			
Me cuesta enfrentar a mis problemas.			
Me preocupo demasiado.			
Me encuentro molesto.			
Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan.			
Me preocupan las cosas de la escuela.			
Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer.			
Noto que mi corazón late más rápido.			
Aunque no lo diga, tengo miedo.			
Me preocupo por cosas que puedan ocurrir.			
Me cuesta quedarme dormido por las noches.			
Tengo sensaciones extrañas en el estómago.			
Me preocupa lo que otros piensen de mí.			
Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo.			
Tomo las cosas demasiado en serio.			
Encuentro muchas dificultades en mi vida.			
Me siento menos feliz que los demás niños.			