

11237  
Zej  
172

"REACCIONES EMOCIONALES EN NIÑOS SOMETIDOS A CIRUGIA:  
INTERVENCION COMBINADA: PSICOTERAPIA-IMPRAMINA".

P R E S E N T A:

DR. JOSE LUIS VAZQUEZ RAMIREZ

*Pediatría Médica*

"UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO"

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E:

PAGINAS

1) INTRODUCCION-----	1- 11
2) PROBLEMA-----	12
3) HIPOTESIS-----	12
4) OBJETIVOS-----	12 Bis
5) JUSTIFICACION.	
6) MATERIAL Y METODOS-----	15
7) RESULTADOS ; ANALISIS DESCRIPTIVO-	25
8) ANALISIS ESTADISTICO-----	31
9) CUADROS-----	36
10) GRAFICA -----	39
11) CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS-----	40
12) BIBLIOGRAFIA-----	42

## I. INTRODUCCION.

Como la mayoría de los estudios el presente trabajo es fruto de un interés genuino en la problemática del paciente pediátrico candidato a cirugía. En el ámbito de la cirugía pediátrica se palpaba una carencia: la del cuidado emocional del paciente que será intervenido quirúrgicamente a corto, mediano o largo plazo. Existe la creencia errónea de la invulnerabilidad emocional del niño, por lo cual se menosprecia este aspecto tan importante, focalizándose en el acto quirúrgico. Tampoco hay que olvidar que la niñez representa una etapa -- en la que el ser humano está en pleno crecimiento y desarrollo, del cual depende el futuro como una adaptación exitosa y en la medida que resulten dañados dará por resultado la enfermedad como un fracaso en la adaptación con las consecuentes perturbaciones en el mecanismo infertil reflejándose en cualquiera de sus sistemas. Los estímulos perturbadores de índole física, psicológica o social pueden incidir sobre el niño para producir un desequilibrio adaptativo y la aparición de enfermedad. Los datos genéticos del individuo, sus características constitucionales y la naturaleza de su experiencia pasada contribuyen a su capacidad adaptativa. Esta capacidad, los estímulos nocivos y las circunstancias actúan para determinar el grado de la perturbación y el resultado adaptativo.

La enfermedad de un niño es afectada también por el equilibrio interpersonal de la familia. Hay dificultad para superar la reacción ante la lesión, que representa los efectos de los estímulos perturbadores en el nivel fisiológico, de la reacción ante la hospitalización y de esta al procedimiento quirúrgico que representan los estímulos desestabilizantes a nivel psicológico, biológico y de organización social(1).

Las reacciones emocionales que se presentan son respuestas en gran parte inadecuadas, relacionadas con la forma en la que el ambiente -familiar, parental, social y físico- ayuda al ni-

ño a manejar las consecuencias físicas y el significado simbólico de la lesión. Esta clase de respuestas se ve con frecuencia en niños que enfrentan un estrés psicológico, físico o social. Son trastornos principalmente situacionales o reactivos. Algunas desviaciones continuas del desarrollo, trastornos psiconeuróticos estructurados, trastornos crónicos de la personalidad e incluso trastornos psicóticos pueden ser despertados o exacerbados por esta clase de tensiones en niños biológicamente o experimentalmente predispuestos (2).

Dentro del equilibrio familiar, las reacciones específicas de los padres frente a enfermedades graves o incapacitantes tienden a ser paralelas a las reacciones del niño. El temor realista infantil inicial es seguido por 1) una fase de negación o descrédito que dura varias semanas; 2) miedo y frustración, asociadas con denegación culpa y autoreproche, con una intensificación de la conflictiva conyugal en algunas familias, cuando los padres tratan de dominar esa clase de sentimientos, culpándose mutuamente, inculcando al médico o a otros; 3) una inversión y plan inteligente que comprenden la necesidad de vivir con alguna incertidumbre (3).

El que la enfermedad o la lesión de un niño produzcan un efecto deletéreo sobre su adaptación o sobre el equilibrio familiar depende de varios factores: 1) el nivel evolutivo del niño; 2) la capacidad adaptativa anterior del niño; 3) la naturaleza anterior de la relación padres-niño; 4) el equilibrio familiar existente; 5) la naturaleza de la enfermedad o lesión, inclusive el sistema u órgano afectados, el grado de postración y dolor, el tipo de tratamiento, los cuidados en el hogar, y --o cualquier defecto o insuficiencia residual, y 6) el significado de la enfermedad para el niño y su familia, en función de sucesos inmediatamente precedentes y de su conexión real o fantaseada, la experiencia anterior con una enfermedad seme-

jante en algun integrante de la familia, su efecto sobre las capacidades social, escolar y atléticas del niño y las repercusiones sobre sus hermanos (4).

Las reacciones frente a la intervención quirúrgica: La respuesta inmediata puede variar según los sistemas orgánicos afectados y las correspondientes repercusiones a nivel psicológico o social.(5).

Efectos indirectos o reactivos: La regresión emocional o conductual, que se observa con frecuencia en niños preescolares pero que también se encuentra en niños en edad escolar y adolescentes y en menor grado en adultos. Esta regresión puede asumir la forma de reaparición de la succión del pulgar, una conducta mas exigente, adhesiva, negativa o agresiva; y el abandono de normas aprendidas como hablar, caminar, control de esfínteres. En los niños mayores la regresión produce la reaparición de normas sociales mas inadecuadas, las que incluyen una mayor dependencia de los padres, en particular de la madre y una conducta exigente o agresiva; limitaciones en la capacidad de compartir los cosas con sus hermanos o con los demás; y dificultades en la concentración y el aprendizaje. Este tipo de regresión parece proceder en parte de los efectos directos de la enfermedad sobre el yo del niño, y en parte a la necesidad de tener en los meses anteriores y más familiares de satisfacción o del abandono de funciones más altamente desarrolladas en una actitud adaptativa y reservada de fuerza (6).

Depresión: Puede surgir de los efectos directos de la enfermedad y en parte del desaliento o restricción de la actividad implícita, así como de la separación de los padres y hermanos a raíz de la hospitalización. Las perturbaciones en el comer y en dormir son frecuentes en niños pequeños como equivalente de la depresión, tal como son los cambios en la conducta motriz de birrectiva a birrectiva. En los niños mayores a manu

do aparecen amplias oscilaciones del ánimo. (tras respuestas emocionales frecuente mente asociadas con tendencias regresivas incluyen el resurgimiento de temores primitivos y sentimientos de impotencia o insuficiencia. Puede verse una conducta estereotipada de naturaleza compulsiva o ritualizada (7).

Errores de interpretación: La interpretación errónea del significado de la enfermedad o la lesión es muy común. Se debe a la limitada capacidad infantil de comprensión intelectual y de comprobación de la realidad, y su tendencia al pensamiento mágico o animista, en particular en el niño pequeño. Los niños preescolares más pequeños habitualmente ven al dolor o a la molestia que surgen del proceso quirúrgico como un castigo por transgresiones reales o imaginarias. Los preescolares mayores y en edad escolar muestran temores de mutilación corporal, relacionados con procedimientos terapéuticos. Esta clase de temores son más intensos cuando se hallan involucrados zonas sensibles, como la cabeza o los órganos genitales; los temores acerca de un daño sufrido por los órganos genitales se vinculan con la diferenciación sexual y el desarrollo psicosexual (8).

Concomitantes fisiológicos de la ansiedad: Los conflictos psicológicos acerca del significado de la enfermedad, acrecentados por tendencias regresivas, pueden dar por resultado la aparición de concomitantes fisiológicos de la ansiedad. Pueden presentarse taquicardia, palpitaciones, hiperventilación, diarrea y otros signos y síntomas. Este tipo de cambios fisiológicos, ordinariamente reversibles, pueden confirmar los efectos de la enfermedad predominantemente física, como en los efectos deletéreos sobre la función cardíaca insuficiente en la falla congestiva o la perpetuación de una diarrea originalmente de una infección bacteriana o parasitaria (9).

Reacciones de conversión: En niños en edad escolar y en adoles-

centes en relación con la enfermedad física incluyen las reacciones de conversión. Estas perturbaciones abarcan la musculatura estriada y el aparato somatosensorial, con su expresión inconscientemente simbólica del conflicto emocional. Los trastornos de naturaleza conversiva se manifiestan en una rica variedad de cuadros de personalidad, que van desde el niño relativamente normal, hasta la personalidad histérica clásica. Síntomas pasajeros de esta naturaleza de diferente intensidad se encuentran con frecuencia durante la convalecencia de una enfermedad predominantemente física, bloqueando la intensa necesidad del niño por realizarse escolar, atlética o socialmente. Bien la enfermedad puede precipitar un conflicto entre un deseo regresivo de continuar recibiendo los cuidados de la madre y la culpa por tales deseos, como resultado de la presión de retornar al área competitiva. Son frecuentes la prolongación del dolor, vómitos, cefaleas y disfonía y en sentido general la estenia y la fatigabilidad. A veces pueden aparecer síntomas del tipo de los desvanecimientos, o perturbaciones de la locomoción. Estos síntomas conversivos se resquebrajan en cierto tiempo, pero pueden persistir crónicamente en un niño de capacidad adaptativa limitada o cuya familia encuentre especial dificultad con la fase convaleciente de la enfermedad debido a insuficiente apoyo familiar afectivo (10).

Reacciones dissociativas: La amnesia y los estados pseudoalucinantes son muy poco frecuentes. Temporalmente puede observarse una conducta catatónica, sin la significación de una psicosis en niños normales o levemente perturbados, si las circunstancias físicas, psicológicas o sociales son lo suficientemente perturbadoras (11).

Retardos perceptivomotrices: Durante la fase de convalecencia pueden presentarse estos retardos, que pueden persistir durante varios meses o meses, sin daño aparente al sistema nervio

so central. Este clase de niños pudo haber sufrido una perturbación temeraria en el metabolismo cerebral, pueden presentar dificultades de aprendizaje después de su regreso a la escuela. Estas dificultades pueden tornarse crónicas, dando por resultado una resistencia al aprendizaje u otra perturbación de la conducta, si no se las identifica y requieren de la ayuda del médico, de los padres y del maestro para que el niño recupere gradualmente su rendimiento escolar óptimo (12).

Muchas de estas perturbaciones pueden surgir en relación con los procedimientos terapéuticos quirúrgicos, con efectos necesariamente mutilantes. Si un niño pequeño malinterpreta el procedimiento como un castigo o acto hostil, podrá tornarse agresivo en una autodefensa feroz; puede producirse miedo de retraimiento u otros tipos de conductas. En los niños mayores y en adolescentes, en particular los que poseen rasgos histéricos de personalidad, una necesidad inconsciente de sufrir producto de la culpa por sentimientos hostiles o sexuales que de producir dolor recurrente. La anestesia puede despertar temores de pérdida del autocontrol y los niños mayores pueden tener fantasías acerca de lo que podría hacerse a diversos órganos de su cuerpo bajo anestesia general. Niños de diversos niveles evolutivos responden diferentemente a la asociación pre o erótica; los preescolares a menudo resultan estimulados antes que sedados por ciertos barbitúricos. Una ansiedad <sup>6</sup> por los procedimientos quirúrgicos puede elevar el umbral de sensación o anestésico o ambos, reduciendo al mismo tiempo el margen de seguridad en pacientes con enfermedades cardíacas graves u otros estados debilitantes, aumentando el riesgo quirúrgico (13).

Por diversos motivos el niño está más preparado para la intervención quirúrgica, en una edad en la que las fantasías por lo general, corporales y los temores de castigo predominan. A ve

cer las circunstancias de estar en el hospital recibirán en muchos casos un ingreso precipitado, se dan poca explicación al niño, que se separa de sus padres, quedando en manos extrañas y se toman medidas sistemáticas y rutinarias.

Hay por lo menos tres fuerzas psicológicas en el niño que ayudan a perpetuar un abordaje violento contra el niño:

- 1) El miedo a la pasividad y a no hacer nada.
- 2) Hay una movilización en ambos padres de la agresividad y - hasta del proclama médico contra el niño, en un esfuerzo por -- convertirlo en un ideal proyectado.
- 3) El órgano blanco de la cirugía sirve de manera ideal para representar concretamente todos los impulsos o atributos indeseables proyectados en el niño y que se puede intervenir conjuntamente con relativa facilidad.

De todo lo anterior se desprende el interés en el niño de tales procedimientos quirúrgicos. El niño de esta forma distorsiona todo el procedimiento y utiliza esta distorsión como -- una representación externa activa de sus miedos y fantasías -- internas reprimidas. La anestesia puede ser considerada por el niño como otro ataque. Aumentan la ansiedad por separación y el miedo a la contracción, principalmente en niños precoculares. Los miembros del hospital son percibidos de manera inconsciente e consciente como alerentes atacantes, que castigan y atormentan al niño a la muerte. (14)

Se debe a partir de esta edad de muerte, irritabilidad, conducta agresiva, berrinches, miedos y terrores recurrentes. Las defensas psicológicas para afrontar esta ansiedad incluyen el mecanismo de negación y la formación reactiva: conductas telefónicas escabrosas. Durante los traumas quirúrgicos de este tipo se pueden formar rasgos psicóticos y caracteres del carácter. -- Esto fortunately puede ser evitado o atenuado en esos períodos e incluso convertirse en experiencia constructiva del niño. -- Cuando se trata de la edad de la muerte, el niño puede ser percibido como

que el pequeño soporte la tensión nerviosa generada por el procedimiento y continuar después vigilando las posibles secuelas emocionales y darles el tratamiento oportuno. (15)

El tratamiento y la prevención de las reacciones psicológicas patológicas comienzan con el diagnóstico oportuno y se hallan íntimamente comprendidas en la interpretación de los hallazgos diagnósticos y recomendaciones terapéuticas a los padres. Padres ansiosos y confusos requieren una explicación cuidadosa y oportunidad para interrogar repetidamente y ventilar sus conceptos erróneos, sus fantasías y sus temores. El médico debe evitar actitudes críticas y de enjuiciamiento de los padres y debe minimizar la culpa y recordatorios de los mismos. Preparar al niño pequeño requiere una breve explicación de los detalles concretos del procedimiento anestésico, quirúrgico y de la rutina hospitalaria, dándole una manifestación verbal con respecto a la naturalidad del acto que implican todos los procedimientos. Lo ideal es preparar a los padres, para que ellos posteriormente preparen al niño. Los programas de recreo en el hospital permiten que el niño descargue jugando sus ansiedades antes y después del proceso quirúrgico, teniendo un importante rol real. El personal escolar puede también proporcionar al niño una valiosa ayuda. Se debe fomentar la colaboración terapéutica con los padres. El manejo de los factores cruciales de la convalecencia debe haberse considerado previamente por los padres. Se les debe dar recomendaciones específicas a los médicos acerca de los conductos que probablemente presentará el niño en el postoperatorio, para que pueden ser capaces de considerar dichas reacciones como un comportamiento de la infancia de transición temporal, y no como un fracaso permanente del niño. (16).

Los efectos nerviosos de la hospitalización también incluyen: lagrimeo y el desmoronamiento, trastornos emocionales y alteraciones

en el área del lenguaje, sobretodo cuando hay hospitalizaciones prolongadas. Tanto la edad como la duración del internamiento son muy significativas: A menor edad del niño y a mayor duración del internamiento mayores serán por lo tanto las repercusiones. Se parte del hecho de que la hospitalización proporciona una experiencia de separación que duele, con de incremento la angustia, que se manifiesta en las diversas formas, se comprenderá por qué es para el niño una experiencia dolorosa (17).

En los niños escolares y preescolares la reacción al hospital es inmediata, en forma de llanto, gritos, negarse a quedar en el hospital, etc, que pueden presentarse posterior al procedimiento quirúrgico como: actitudes de castigo, rechazo, problemas de alimentación, trastornos del sueño, regresiones es-finterianas, etc. sin que los padres se expliquen estas conductas. Los principales miedos de la hospitalización son: el miedo de perder a la madre y el dolor y tener el tratamiento por un lado y por otro el privacional como consecuencia de la separación prolongada (18).

En estudios que han tratado de medir los efectos de la hospitalización (19,20). Vaughan encontró que un 75 % no se halla preparado para la hospitalización y las reacciones emocionales fueron frecuentes, siendo estas las dichas antes como "mal conductas" por parte del personal. Se hizo como parte observó que los niños tenían ideas variadas, extrañas, y siniestras sobre el hospital, tratándose de un grupo al cual le brindó explicaciones breves y sencillas obtuvo un beneficio significativo con tales ejercicios.

Lo mismo se puede decir reflejando el miedo de los padres y se puede relacionar que aquellos que presentaban una relación buena con sus madres y en especial con la madre, eran los niños que mostraban un mejor ajuste a la hospitalización y al tra-

temiento quirúrgico. Los niños con creencia limitada de adaptación muestran siempre una reacción emocional muy intensa ante la hospitalización (21).

Anna Freud (22) señala que el niño es incapaz de distinguir entre el sentimiento de sufrimiento que debe sufrir y el tratamiento a que va a ser expuesto, por lo tanto el niño se le somete a "todo", sin que comprenda "nada". Distingue tres factores importantes: a) Cuando el niño enfermo se va rodeado de atenciones, las cuales muchas veces son exageradas por la familia, esto como es de suponer tiene repercusiones psicológicas negativas, el niño le produce ganancias secundarias, que difícilmente pudiera abandonar y que desencadenan un modo de llamar la atención. Como resultado de lo anterior el niño puede tener una detención en su desarrollo, en su autonomía, en su independencia, y a causa de la introversión, pudiera tornarse de endiente. b) La restricción en su actividad motora le produce frustraciones que se manifiestan a través de una conducta irritable e inquisitiva. c) El temor a la intervención quirúrgica estimula el sentimiento de pérdida ante la integridad somática y la fantasía de castración y mutilación aparecen.

Al analizar para finalizar esta introducción, la psicología del pequeño que enfrenta cualquier niño que ingresa al hospital, nos damos cuenta que recibe una serie de impresiones. Le introducen un medio completamente ajeno al hogar, donde se encuentran personas desconocidas (médicos, enfermeras, camareras, secretarías, laboratoristas, técnicos y otros científicos) repartidos ante de la obliquis a cambiar sus roles, enfrente de las desconocidas, por una bata que no cubre todo el cuerpo, lo hace lo cubren a una camilla que es transportada por otros desconocidos; es llevado al laboratorio de rayos X, para los estudios en radiografías, donde es atendido nuevamente por gente ajena con sujeta, al mismo tiempo se le plantea al doctor -

que no lo ve el dolor y a él le duele mucho. Se le paraliza  
- que no chille, ni grite. Al ser conocido e rayado y se  
tra con operatos raros y siniestros, se le pide calma y qui-  
tud. Finalmente es trasladado a su cuarto. Durante todo este  
tiempo el niño ha iniciado su adaptación al nuevo medio, la  
que no es completa por las múltiples y constantes expresiones  
de que fué objeto. El día de la cirugía y vive en las ex-  
presiones. Se desmiente con hambre y no le sirve alimento algu-  
no. Es llevado, después de largo espera, por la demora en el  
comer en nuestros hospitales, recibe la medicación anestésica  
por vía oral, pero con suerte intramuscular, resistiendo  
se es cometido por la fuerza. Pasó por fin al quirófano, donde  
los médicos desahuciados, visitan en forma extraña y se cubren  
los ojos al estar los niños, llorando y gritando. Al salir de  
la anestesia, le repentinamente se desmiente y le hacen que recupere  
vuelta el conocimiento. Al terminar la cirugía, y después de  
que pasa el efecto anestésico por a la sala de recuperación  
donde encuentra pacientes de todo tipo, unos quejándose, otros  
llorando, algunos gritando, otros desahuciados, veródes en dis-  
tintas partes del cuerpo. Desmiente y no recuerda nada de ocu-  
sas y al moverse siente dolor en la zona intervenida. Se le in-  
yecta para el dolor un analgésico y se le traslada a su cuarto,  
donde lo esperan sus angustiadas madres (23, 24).

Hasta aquí se ha dado el principio de un nuevo libro sobre  
el tratamiento de niños, en el marco de un ambiente hostil de  
desarrollo, nuestro objetivo con el ser humano que también su-  
fre y que es el niño.

Es otro caso con la ayuda de la psicoterapia de corte psicoanali-  
tico de tipo breve (24, 25, 26) que se ha desarrollado en los úl-  
timos años en el ámbito campo de la psiquiatría infantil (27)  
se ha pleneado poder a este tipo de pacientes. Utilizándol-  
en forma combinada con hipnotismo, como psicofarmacológico-antidre-  
sivo (28) siempre obtener los mejores resultados en el pre-  
sente estudio (29).

## 2) PROBLEMA:

LA MAYORÍA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CANDIDATOS A CIRUGÍA, DE CUALQUIER TIPO, NO RECIBE UNA PREPARACIÓN O VALORACIÓN DEL ASPECTO PSICOLÓGICO, MEDIANTE UNA TÉCNICA DE ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICA, LO CUAL REPERCUTE EN EL PSIQUISMO INFANTIL, DEBIDO A LA NATURALEZA TRAUMÁTICA DEL PROCESO CURATIVO IMPLICITO EN LA CIRUGÍA E INCLUSO DESDE LA HOSPITALIZACIÓN, ELEMENTO GENERADOR DE ANGUSTIA YA QUE LO SEPARA SUBITAMENTE DE SU MEDIO FAMILIAR Y LO ENFRENTA A UN MEDIO AMBIENTE DESCONOCIDO Y HÓSTIL, AUNADO A LOS ELEMENTOS MÉTODO ANESTÉSICO- QUIRÚRGICO, QUE EL NIÑO VIVENCIA COMO UNA MENAZA A LA INTEGRIDAD FISICA, CON LAS CONSECUENTES FANTASÍAS DE TEMOR AL DOLOR Y A LA MUERTE, SENTIMIENTOS DE CULPA Y CASTIGO A TRAVÉS DEL PROCESO CURATIVO QUIRÚRGICO.

ANTE TODO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EL NIÑO REACCIONA CON ANSIEDAD, ANGUSTIA Y SINTOMATOLOGÍA REACTIVA EN EL ARÉA AFECTIVA (LO CUAL SE MANIFIESTA COMO ALTERACIONES EN EL SUEÑO, HÁBITOS ESFINTERIANOS, ALIMENTACIÓN, COMUNICACIÓN CONDUCTA Y APRENDIZAJE) LA CUAL SE PUEDE PRESENTAR DESDE ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O BIEN POSTERIOR A ESTA.

CON EL FIN DE EVITAR LA ELEVADA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL NIÑO SOMETIDO A CIRUGÍA ES NECESARIO CONTAR CON ASESORÍA PAIDOPSIQUIÁTRICA Y PSICOTERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y ASI PODER BRINDAR UNA ADECUADA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PREQUIRÚRGICA, ASI COMO DETECCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO O TEMPRANO MEDIANTE EL ABORDAJE TERAPÉUTICO COMBINADO, PSICOTERAPÉUTICO-FARMACOLÓGICO.

## 3) HIPOTESIS:

"LOS TRASTORNOS EMOCIONALES REATIVOS, ANTES Y DESPUÉS DE UN -

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, SE PRESENTAN ASOCIADOS FRECUENTEMENTE CON NULA O DEFICIENTE PREPARACIÓN PSICOTERAPEÚTICA. - EL ABORDAJE TERAPEÚTICO COMBINADO, PSICOTERAPIA-FARMACOLÓGICA, PRE Y POSTOPERATORIA, DISMINUYE LA INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES REACTIVOS, AL DISMINUIR EN EL NIÑO - LA ANGUSTIA, EL TEMOR A LA MUTILACIÓN Y DE MUERTE ANTE EL - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO".

#### 4) OBJETIVOS ESPECIFICOS Y GENERALES:

1) DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES - EN EL NIÑO, ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

2) TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES MEDIANTE EL - ABORDAJE COMBINADO PSICOTERAPEÚTICO-FARMACOLÓGICO, PRE Y POS - TOPERATORIO EN NIÑOS (GRUPO I).

3) TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES MEDIANTE PSI - COTERAPIA EN NIÑOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚR - GICA (GRUPO II).

4) TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES MEDIANTE IMI - PRAMINA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL - NIÑO (GRUPO III).

5) DETECTAR LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS EMOCIONALES EN PA - CIENTES QUE NO RECIBIRÓN TERAPEÚTICA ALGUNA (GRUPO IV).

6) COMPARAR LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS EMOCIONALES EN LOS CUATRO GRUPOS ANTERIORES.

7) INVESTIGAR LA RELACIÓN EXISTE ENTRE EL TIPO DE CIRUGÍA Y LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL NIÑO.

8) ESTABLECER LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL MÉDICO TRATANTE- - ANESTESIOLOGO-PSIQUIATRA Y PACIENTE-SISTEMA FAMILIAR.

5) JUSTIFICACION: LOS ESTUDIOS ELABORADOS Y REPORTADOS EN LA LITERATURA PSIQUIATRICA MUNDIAL, POR CIERTO MUY ESCASA ,HAN -

abordado solo el aspecto psicoterapéutico en pacientes pediátricas candidatas a cirugía mayor, con pobres resultados, después de un estudio efectuado en Buenos Aires en 1969 por Boucher y Rinaldi (24), un trabajo en niños con cardiopatía congénita que ameritaban cirugía mayor, reportando una baja tasa de reacciones emocionales.

En México en 1978 un estudio efectuado en la Cd de Monterrey por Barroso y col con un grupo de niños candidatos a cirugía correctora, el cual dividí en 2 grupos, uno que tuvo apoyo e información antes y después de la intervención y otro grupo que no recibió apoyo, ni información, después se presentaron aparentemente más reacciones emocionales, pero sin datos concluyentes, persiguiendo abierta la perspectiva en este campo para la psicoterapia (25). Surge entonces la posibilidad de proporcionar algún mayor beneficio combinando la intervención terapéutica de corte psicoanalítico breve y el uso de un medicamento del tipo de la imipramina, por sus cualidades antiséptica-antidresiva (30). Este abordaje terapéutico se justifica por la naturaleza traumática, física y psicológica, del proceso quirúrgico correctivo y la crisis de ansiedad afectiva emocional, producto de la ansiedad, angustia, miedo, culpa. El empleo de la imipramina tiene varias ventajas con el proceso psicoterapéutico, como: A) Disminución de la preocupación y focalización y exteriorización del componente de angustia y ansiedad. B) Disminución del sentimiento de culpa. C) Aumentación y liberación de los impulsos reactivos. D) Abierta y característica del estado de ánimo, lo que evita por un momento los trastornos depresivos y por otro su efecto antitímico en conductas bien establecidas e en las no detectadas. No hay modificación de las características básicas de la personalidad. El uso de la imipramina en combinación con la psicoterapia favorece el proceso de control y autocontrol del biológico-emocional (31).

La imipramina inhibe la angustia, fortalece al Yo, aumentando la capacidad de diálogo, facilita la catarsis, favoreciendo la capacidad para afrontar las situaciones de cambio, sin elevar el nivel de ansiedad, disminuyendo el monto de agresión, ansiedad y culpa, y las fantasías de castigo, mutilación y muerte (32). En resumen el uso de la imipramina no solo no antagoniza los efectos psicoterapéuticos, sino que los favorece teóricamente, evitando la emerjencia de las reacciones emocionales postquirúrgicas. Por otro parte en el marco institucional si lo anterior es válido, el uso de psicoterapia e imipramina acorta el tiempo de asistencia psicoterapéutica individual, aumentando así la cobertura, favoreciendo a una mayor población de pacientes.

El uso en el presente estudio de un grupo testigo de control no justifica en base a lo no han sido concluyentes las estadísticas con psicoterapia breve, ni con el uso de imipramina, y tampoco hay certeza que la combinación psicoterapia-imipramina sea superior al uso por separado, en forma tal que persiste la incertidumbre sobre la utilidad de tales abordajes, surriendo así la necesidad de incluir un grupo testigo.

## 6) MATERIAL Y METODOS.

El estudio se realizó en el C.H. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. en una población de 100 niños, pacientes canalizados por los diferentes servicios encargados de aplicar terapéutica quirúrgica al paciente pediátrico.

C. Pediatría.

Otorrinolaringología.

Oftalmología.

Urología.

C. Plástica.

Ortopedia y T.

Los pacientes se seleccionaron de acuerdo a los siguientes - criterios de inclusión:

- a. Niños de ambos sexos, cuya edad abarque de los 4-14 años.
- b. Que presenten patología que amerite tratamiento quirúrgico no urgente (que puede ser a mediano o largo plazo).
- c. Con un riesgo quirúrgico intermedio (o sea que no implique un riesgo elevado), al tratarse de un procedimiento quirúrgico mediano (descartando la cirugía mayor y también la cirugía menor).
- d. No presentar antecedentes o manifestaciones clínicas de daño neurológico o de cuadros de tipo psiquiátrico severo.
- e. Sospecha clínica de reacción emocional ante la perspectiva de la terapéutica quirúrgica.
- f. Que no exista compromiso del estado general (ni otras enfermedades que pudieran comprometerlo).

Métodos de estudio.-

El estudio se realizó en el lapso comprendido del 28 de mayo de 1985 al 4 de diciembre del mismo año.

El seguimiento de cada paciente abarcó de 12-20 semanas en

promedio.

El personal que colaboró fué del propio hospital: Médicos de los servicios de Cirugía pediátrica (principalmente residentes). Residentes de Psiquiatría (encargados de aplicar un cuestionario en busca de trastornos emocionales reactivos). Un psiquiatra-psicocanalista de niños y dos psicoterapeutas de niños.

- La selección del personal encargado de la evaluación psicológica estuvo a cargo del Departamento de Pruebas Psicológicas - del Hosp. Psiq. Inf. "Juán N. Navarro" S.S.A. para el análisis de la Prueba del Dibujo de la Figura Humana de E. Koppitz.

- Formación de grupos de los pacientes estudiados: Para la formación de los grupos se usó un método randomizado simple (utilizando papeletas marcadas con el grupo al que sería asignado el paciente, reunidas en un recipiente se mezclaban las 100 papeletas y el paciente escogía una donde figuraba el grupo al que pertenecería), formando los siguientes grupos:

I.- Pacientes que recibirían Psicoterapia-Imipramina (20 en total).

II.- Pacientes que recibirían psicoterapia breve individual exclusivamente (20 en total).

III.- Grupo de 20 pacientes que recibirían únicamente Imipramina.

IV.- Grupo de 40 pacientes que no recibirían Psicoterapia, ni Imipramina (Grupo testigo o de control).

-Herramientas psicodiagnósticas: Para el diagnóstico de trastorno emocional reactivo a la contingencia quirúrgica, se emplearon dos herramientas: EL primero fué la prueba del Dibujo de la figura Humana (D.F.H.) de Elizabeth M. Koppitz y la segunda fué un cuestionario de 11 puntos para detectar sintomatología emocional reactiva. Revisaremos cada uno con detalle:

A. La prueba del D.F.H. (Koppitz)

Se utiliza en niños de 4 a 14 años de edad, como prueba que

analiza y tabula los indicadores sobre la evolución de la maduración mental y como prueba proyectiva de las ansiedades, temores y preocupaciones, así como las relaciones interpersonales de los niños. El DPH es una técnica proyectiva que permite el análisis a través de signos sobre las necesidades inconscientes y los conflictos y rasgos de personalidad. La interpretación implica un conocimiento profundo tanto de los indicadores emocionales, como de los evolutivos, e interpretarlos en relación a la dinámica de la personalidad. Los DPH revelan las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas, reflejando los temores y ansiedades que pueden afectarlo consciente o inconscientemente. El valor de esta prueba radica en su sensibilidad para detectar los cambios en el niño los cuales pueden ser evolutivos y emocionales, mostrando el "retrato interior" del niño en un momento y circunstancias determinadas y que es susceptible de cambio en forma dinámica. La prueba consta de 30 indicadores emocionales (ver tabla 3). Un indicador emocional es definido como un signo en la prueba DPH que cumple con los criterios siguientes(33):

a. Tener validez clínica, o sea que pueda diferenciarse los DPH de niños con problemas emocionales, de los DPH de niños que no los tienen.

b. Debe ser inusual y darse con escasa frecuencia en los DPH de niños normales que no son pacientes psiquiátricos, es decir el signo debe estar presente en menos del 16 % de los niños en un nivel determinado.

c. No debe estar relacionado con la edad y la maduración es decir su frecuencia de ocurrencia no debe incrementar únicamente en base al crecimiento cronológico del niño.

Para la calificación del DPH se consideran dos tipos de resultados: Negativo 0-1 (Alfa). Positivo (Beta) 2 o mas indicadores de trastorno emocional.

: LISTA DE INDICADORES EMOCIONALES EN D.F.H. DEL NIÑO  
(Válidos para niños y niñas de 4-14 años de edad).

Signos cualitativos:

1. Integración pobre de las partes (niños 7 años, niñas 6)  
Una o más partes no están unidas al resto de la figura, una de las partes sólo está unida por una raya, o apenas se toca con el resto.
2. Sombreado de la cara: Sombreado deliberado de toda la cara o de parte de la misma, inclusive "pecas", "sarempión" etc; un sombreado suave y parejo de la cara y las manos para representar el color de la piel no se computa.
3. Sombreado del cuerpo o extremidades: (Niños 9 años, niñas 8).
4. Sombreado de las manos o el cuello: (niños 8 años, niñas, 7 años).
5. Asimetría grossera de las extremidades: Un brazo o pierna difiere marcadamente de la otra en la forma. Este ítem no se compute si los brazos o las piernas tienen forma parecida, aunque esten disparejos en tamaño.
6. Figuras inclinadas: El eje vertical de la figura tiene una inclinación de  $15^{\circ}$  o más con respecto a la perpendicular.
7. Figura pequeña: La figura tiene 5 cm o menos de altura.
8. Figura grande: (Desde los 8 años en ambos sexos) Figuras de 23 cm o más de altura.
9. Transparencias: Se computan las transparencias que comprenden las porciones mayores del cuerpo o extremidades. No se computan las rayas o cuando las líneas de los brazos atraviezan el cuerpo.

Detalles especiales:

10. Cabeza pequeña: La altura de la cabeza es menos de un de cimo de la figura total.

11. Ojos bizcos o desviados: Ambos ojos vueltos hacia adentro o desviados hacia afuera. Las miradas de reojo no se computan.
12. Dientes: Cualquier representación de uno o más dientes.
13. Brazos cortos: Apéndices cortos a modo de brazos, brazos que no llegan a la cintura.
14. Brazos largos: Brazos excesivamente largos, pueden llegar debajo de las rodillas (o donde supuestamente estarían éstas).
15. Brazos pegados al cuerpo: No hay espacio entre el cuerpo y los brazos.
16. Manos grandes: Manos de un tamaño igual o mayor al de la cara.
17. Manos omitidas: Brazos sin manos ni dedos; no se computan las manos ocultas detras de la figura o en los bolsillos.
18. Piernas juntas: Las piernas estan pegadas, sin ningún espacio entre sí; en los dibujos de perfil se muestra una sólo pierna.
19. Genitales: Representación simbólica o realista de los genitales.
20. Monstruo o figura grotesca: Figura que representa una persona ridícula, degradada o no humana; lo grotesco de la figura debe ser buscado deliberadamente por el niño, y no el resultado de su inmadurez o falta de habilidad para el dibujo.
21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras: Varias figuras que no estén interrelacionadas o realizando una actividad significativa; dibujo repetido de figuras, cuando se le solicito una sola persona; no se computa el dibujo de un varón y una niña, o la familia del niño.
22. Nubes: Cualquier representación de nubes, lluvia nieve o pájaros volando.

Omisiones:

23. Omisión de los ojos: Ausencia total de ojos; ojos cerrados o vacíos no se computan.
24. Omisión de la nariz: (niños de 6 años, niñas de 5).
25. Omisión de la boca.
26. Omisión del cuerpo.
27. Omisión de los brazos: (Niños de 6 años, niñas de 5).
28. Omisión de las piernas.
29. Omisión de los pies: (Niños, 9 años; niñas 7).
30. Omisión del cuello: (Niños, 10 años; niñas 9).

Después de haber recibido la información sobre la primera herramienta psicodiagnóstica, pasaremos al cuestionario clínico empleado en la detección de sintomatología afectiva reactiva - (cuestionamiento planteado a los padres del niño, e inclusive con preguntas dirigidas al niño):

B. Cuestionario para la detección de sintomatología emocional reactiva : Fuerón los 11 apartados siguientes.

1. Trastornos en la alimentación: ¿Ha presentado alteración en el apetito, aumento, disminución u otro, antes o después de la operación?
2. Trastornos en el sueño: ¿ Ha tenido el niño problemas para conciliar el sueño (insomnio), o ha despertado llorando, muy asustado, sudoroso (pesadillas y terrores nocturnos) o habla dormido en forma notoria, o rechina los dientes desde antes o poco después de la operación?.
3. Trastornos en los hábitos esfinterianos: ¿ Ha mojado la cama el niño por la noche, (enuresis), o se ha defecado el estar dormido o despierto (encopresis), poco antes o después de la operación ? .
4. Trastornos del lenguaje y la comunicación: ¿ Se ha mostra-

do poco comunicativo, callado, con un hablar "añinado" o tartamudea, o le cuesta trabajo entablar pláticas o pronunciar palabras, antes o después de la operación ?.

5. Trastornos en el aprendizaje: ¿ Le cuesta trabajo a su hijo concentrarse en la realización de sus tareas, o - ha recibido recados, o le ha comunicado el profesor sobre problemas en el rendimiento escolar por falta de atención (distracción) o aparente falta de interés (retraimiento), desde un poco antes, o después de la operación?
6. Trastornos de conducta: ¿ Ha notado cambios en la conducta de su hijo, como agresividad, irritabilidad, aislamiento o alguno otro no descrito, que se presenta en el hogar o en la escuela, desde la operación o desde que le anunciaron la misma ?.
7. Sintomatología física: ¿ El niño se ha quejado de dolores o molestias en alguna parte de su cuerpo, o en especial que se queje de alguna enfermedad, o alteración de algún órgano de su cuerpo, que se haya manifestado antes o después de la operación ?.
8. Sintomatología por ansiedad (neurovegetativa): ¿ Ha notado inquietud en el niño, o lo ha notado temeroso o angustiado, o el niño externa temores o preocupaciones?.
9. Sintomatología depresiva: ¿ Ha notado al niño triste, o llora frecuentemente, o lo nota decaído desde que le notificaron que se le operaría, o poco después de esta?.
10. Otro tipo de alteraciones: (Pueden ser de naturaleza - conversiva, disociativa, o reacciones psicóticas. Incluyendo otros datos regresivos (succión del pulgar, pedir biberón, dormir con los padres, etc), o de tipo ansioso (onicofagia, tricotilomanía, mitomanía, desaliño, etc).  
¿ Ha notado en su niño algún cambio a raíz de la operación, que no haya presentado anteriormente ?.

11. DINAMICA FAMILIAR: Investigando la funcionalidad (funcionalidad/disfuncionalidad) y su relación con la anatomía de la familia (completa/incompleta): ¿Existe actualmente algún problema familiar, en cuestión de comunicación, emocional, o algún evento familiar que haya podido repercutir en las relaciones familiares, o alguna pérdida o separación de alguno de los integrantes de la familia ?.

Esta herramienta es utilizada en esta investigación para comparar los hallazgos con la Prueba del D.F.H. de Koppitz, y para determinar el tipo de reacciones emocionales que pudieran presentarse en los diferentes grupos de estudio.

-Herramientas terapéuticas: Como se estableció anteriormente los grupos se dividieron para su estudio en : Grupo I que recibiría Psicoterapia e Imipramina. Grupo II que recibiría solo Psicoterapia. Grupo III que sería tratado a base de Imipramina. Grupo IV pacientes que no recibirían terapéutica. Analizaremos ambos abordajes: Primero el psicoterapéutico y después el farmacológico a base de Imipramina.

1) Psicoterapia: Aplicada en el grupo I y II, fué Psicoterapia breve individual, de corte psicoanalítico (35).

Frecuencia y duración: La frecuencia de las sesiones fué de una vez a la semana, de 30-40 minutos de duración cada una, durante 12-20 semanas en promedio. Cuyos objetivos fueron:

- a. Disminuir el nivel de angustia y ansiedad mediante la información adecuada sobre el proceso curativo al que se le sometería (médico-anestésico-quirúrgico) evitando así trastornos emocionales reactivos. El objetivo inmediato en el preoperatorio sería: La intervención quirúrgica en el niño en las mejores condiciones posibles del estado psíquico.

b. Objetivo mediato: Evitar trastornos emocionales reactivos serios, que pudieran interferir el crecimiento y desarrollo biopsico-social de un individuo en continua evolución. Esto se consigue detectando conflictos secundarios a la cirugía, elaborando la pérdida o corrección de alguna parte u órgano del cuerpo y la aceptación satisfactoria, adaptandose a dichas contingencias de un modo normal, (36).

II) Farmacológico: El uso de la imipramina en el grupo I siguió los siguientes lineamientos:

Dosis y duración: Se inició en todos los casos con una dosis de 25 mg cada 24 horas, iniciando 72 hrs- 2 semanas previas a la cirugía. Incrementando la dosis a 50 mg después del tratamiento quirúrgico, manteniendo esa dosis en promedio, con una dosis máxima de 75 mg/día, durante un lapso de 12-18 semanas. El ajuste y control de la dosificación, detección de posibles reacciones secundarias y efectos colaterales amerita una consulta de 10-20 minutos de duración, cada 7 días (1 vez a la semana). En base a los siguientes objetivos terapéuticos:

1. La imipramina actúa disminuyendo el monto de ansiedad.
2. Disminuye y orienta los diversos impulsos agresivos.
3. Disminuye el sentimiento de culpa.
4. Permite enfrentar situaciones de cambio, sin que aumente el nivel de ansiedad.
5. Inhibición de la angustia y robustecimiento del Yo.
6. Incremento en la capacidad de diálogo.
7. Facilita el contacto en la relación terapéutica y permite la catarsis.
8. Favorece el insight y la integración.
9. Cambios en la dirección de las preocupaciones: Estos pasan de los objetos internos a los externos.

10. Reorganización secundaria de las cargas de objeto.
11. Supresión de sintomatología ansiosa e depresiva per se.
12. LA IMIPRAMINA NO INTERFIERE CON LA PSICOTERAPIA, SINO -  
LA FAVORECE.

El uso de las dos herramientas terapéuticas, ya sea combinadas (como en el Grupo I), o por separado (como en los grupos II y III, con psicoterapia exclusivamente, e Imipramina respectivamente) persigue los mismos objetivos mencionados para cada uno por separado.

Desarrollo del estudio: Sobre los aspectos terapéuticos del estudio se han especificado en los apartados previos, quedando pendiente la evolución de los aspectos psicodiagnósticos.

Prueba del D.F.H de Koppitz: Se aplico antes de la cirugía y posteriormente (2 semanas después de la intervención, y finalmente al mes y a los 2 meses de haberse realizado la cirugía), en 3 ocasiones. Esta prueba se aplico a todos los pacientes - que integran la muestra de estudio de los 4 grupos formados.

Cuestionario para detectar sintomatología afectiva-reactiva Se aplico a todos los pacientes que integrarán el presente estudio, en los 4 diferentes grupos. La aplicación se ajusto al número e intervalo de la prueba del D.F.H. Esto es se aplico antes de la cirugía, y en 3 ocasiones subsecuentes (e las 2 - semanas posteriores a la realización de la cirugía, y al mes, finalmente a los 2 meses).



Ortopedia y T.: Extracción de cuboides.....	1
TOTAL.....	1
<u>TOTAL GLOBAL 100</u>	

Observandose que el tipo mas frecuente de cirugía fué:

1) Adenoamigdalectomía.....	TOTAL.....	41
2) Corrección de estrabismo.....	TOTAL.....	16
3) Rinoseptoplastia.....	TOTAL.....	15
4) Orquidopexia.....	TOTAL.....	14
TOTAL.....	T.....	86

En el cuadro 1 figuran los diferentes servicios y su asignación a los 4 grupos de estudio. Sobresale la asignación del paciente sometido a mastectomía unilateral, al grupo - III (Imipramina) y la del paciente para extracción de cuboides incluido en el grupo II (pilocarpina). La distribución resulto homogénea para los demás grupos de los servicios - de (R.L. (y C. plástica), C. Pediátrica (y Urología) y Oftalmología.

En el cuadro 2 se observa la relación entre los 4 grupos de estudio (terapéutica) y los resultados al aplicar la prueba del D.F.H. de Koppitz después de la cirugía, observandose - dos tipos de resultados :Alfa o negativa (normal de 0-1) y Beta o positivo (2 o + indica trastorno emocional). Analizando este cuadro observamos lo siguiente:

-Se observa una diferencia marcada entre el grupo I el cual presento solo 2 paciente con datos positivos de trastorno emocional reactivo, contra 31 pacientes del grupo IV que presentaron evidencias positivas de trastorno emocional en la Prueba del D.F.H..

-En cuanto a las respuestas alfa (o negativas) encontramos que que no hay diferencias significativas en ninguno de los grupos I, II y III, (con 18, 16 y 15 respectivamente, pacientes con re

sultados negativos de patología emocional), inclusive si tomamos en cuenta que el grupo testigo presentó solo 9 pacientes con respuesta alfa del D.F.H. el contraste no es del todo impresionante, por lo cual puede resumirse que los resultados alfa se presentaron en el 75-90 % en los grupos con terapéutica (I, II y III), pero que entre ellos no hubo diferencias marcadas, y en el grupo IV la respuesta alfa determinada a través del D.F.H. fué de un 22.5 % es decir solo 9 sujetos no mostraron datos de patología emocional reactiva.

Por otra parte la tasa de respuestas beta o positivas de trastorno emocional fué del 77.5 % (31 pacientes), en cambio en los grupos con terapéutica (I, II, III) fué del 10 al 25 % (2, 4 y 5 pacientes con respuesta beta en el D.F.H.).

Observando la cifra global de respuestas alfa (en todos los grupos) resultó total de 58 %, contra 42 % de resultados beta.

Cuadro 3: Relación grupos de estudio (I, II, III y IV) y los grupos de edad/sexo:

-Los pacientes que integraron el grupo I, fueron en su mayoría del sexo masculino, 10 niños cuya edad oscilo de 4-10 años, y 5 pacientes del sexo femenino cuya edad comprendía de los 7-10 años, sumando ambos el 75 % del grupo, con un 15 % para el grupo de edad de 11-14 años para ambos sexos.

-Los pacientes que formaron el grupo II fueron en su mayoría niños un 75 %, comparado con el 25 % del sexo femenino, donde no hubo ninguna en el rango de 11-14 años de edad.

-En el grupo III se encontró formado por 12 varones (60 %), con discreto predominio del grupo de edad de 04-06 años 5 pacientes (25 %), en comparación con el 40 % de pacientes femeninos (8 en total) sin predominio por grupo de edad.

-Grupo IV: Integrado en un 60 % por varones (24 pacientes) y un 40 % de niñas (16 pacientes), nutriendose en un 45 % (18

-Grupo III: Se computaron 33 síntomas, siendo los más frecuentes los relacionados con la alimentación (8 casos) y de índole física (6 casos también), siguiéndoles los de tipo conductual (6 pacientes) y del sueño (solo 3 casos), con solo 2 casos -- con sintomatología esfinteriana y 2 en el área del aprendizaje. Con respecto a la dinámica familiar se encontró: Un 45 % con familias completas y funcionales (9 casos); 25 % (5) con familias incompletas, pero funcionales; 25 % (5 casos) con familia completa, pero disfuncional, y un 5 % (1 paciente) con familia incompleta y disfuncional. La tasa de funcionalidad igual a 70 % contra disfuncionalidad 30 % no explica el incremento -- en el número de síntomas reactivos de tipo emocional.

-Grupo IV: Presentó un total de 138 síntomas. Siendo los más -- frecuentes los que reflejaban ansiedad (31 casos); después los de la alimentación (26 casos); luego los de tipo físico (18 pacientes); seguidos por los conductuales (16 casos); los del aprendizaje (13 casos); seguidos de cerca por los trastornos del sueño (12 pacientes); los esfinterianos (8 casos); los de la esfera depresiva (7 pacientes) y finalmente los trastornos del lenguaje, 4 casos y otra sintomatología con 3 reportes. -- En lo referente a la dinámica familiar se observó una tasa de funcionalidad de 62.5 %, contra una de disfuncionalidad de -- 37.5 % lo cual significa que las reacciones emocionales no es tuvieron relacionadas con disfunción en la dinámica familiar y que se vincularon posiblemente al evento quirúrgico.

Para finalizar analizaremos los resultados mostrados en la tabla (cuadro) 5: Reacciones emocionales por edad y sexo en relación al tipo de cirugía efectuada:

-Adenoamigdalectomía: Se presentaron un total de 16 pacientes con sintomatología emocional reactiva, predominando en el grupo de edad de 7-10 años, 6 niñas y 5 niños.

-Corrección de estrabismo: En 7 pacientes se detecto sintomatología emocional, siendo mas frecuente en el sexo masculino (5 pacientes), en comparación con los 2 casos reportados en niñas del grupo de edad de 4-6 años.

-Oroidopexia: Se diagnosticó en 3 casos trastorno afectivo, en niños de los grupos de 7-14 años de edad.

-Hernioplastia: La misma cantidad de pacientes (3 casos) presentaron sintomatología, siendo todos en el sexo masculino.

-Circuncisión: Se observan 4 casos consignados con reacciones emocionales, en el rango de 4-10 años de edad.

-Timpanoestelectomía: Solo 2 casos (de un total de 4) fueron reportados con sintomatología afectiva, siendo estos en el sexo femenino, en el grupo de edad de 7-10 se reportó 1 caso y otro en el grupo de 11-14 años de edad.

-Rinoseptoplastia: Reportados tambien 2 casos, un varón y una niña, ambos del grupo de 11-14 años.

-La sintomatología mas frecuente fué la siguiente; en los datos previos sobre el analisis del grupo IV (40 pacientes, de los cuales solo en 3 no se reporte sintomatología, todos correspondientes al grupo de amigdalectomizados):

Sintomatología de ansiedad (dígito 8).....	10 casos.(27 %)
Sintomatología depresiva (dígito 9).....	6 casos.(16.2%)
Sintomatología sobre la alimentación.(d.1)...	5 casos.(13.7%)
S. Esfinteriana(d. 3).....	5 casos.(13.7%)
T. Conducta (d. 6).....	4 casos.(10 %)
T. Lengüaje (d. 4).....	3 casos (8.1 %)
T. Aprendizaje (d. 5).....	3 casos.(8.1%).
TOTAL .....	37 casos .

Grafica 1: Curva de dosificación de Imipramina (dosis tiempo) en los grupos I y III.

Los hallazgos mas importantes son los siguientes:

La dosis empleada en el grupo I fué al inicio de 25 mg, manteniéndose por mas de 2 semanas, o sea no requirió un incremento en las primeras dos semanas, manteniendo una dosis en la mayoría de los casos (85 % o sea en 17 pacientes) una dosis intermedia de 50 mg/día. Requiriendo un incremento a 75 mg/día en el restante 15 % (3 pacientes). Además se mantuvo la dosis intermedia por espacio de 2 semanas, para posteriormente disminuirla a 25 mg y suspenderla por lo regular, en promedio 3 semanas despues, y solo en 4 casos se mantuvo por espacio de 9-12 semanas después de este decremento en la dosis (sin que nuevamente hubiera necesidad de incrementar la dosis). Al emplear dosis bajas, el margen de seguridad fué satisfactorio y no se reportaron reacciones indeseables. El motivo de esta dosificación baja se explica por los efectos de la psicoterapia en este grupo, que aunque no fué superior a los otros grupos mostró que la asociación de imipramina con psicoterapia es sinérgica y disminuye el riesgo farmacológico.

Grupo III: La dosis utilizada fué también de 25 mg/día, pero hubo necesidad de incrementar la dosis antes o durante la segunda semana, después de la cirugía, manteniendo la dosis de 50 mg/día por espacio de 2-3 semanas, y con un nuevo incremento a 75 mg/día, durante 3-4 semanas en promedio, con una reducción progresiva en la 10a. semana de tratamiento, hasta suspenderla totalmente en la semana 14-18. A pesar de que no se reportaron reacciones secundarias es evidente que este grupo requirió un incremento relativamente más rápido, y durante un intervalo de tiempo mayor al empleado en el grupo I (donde la psicoterapia se prolongó por espacio de 14-18 semanas).

A pesar de las ventajas cruzadas para el grupo I no demostró mayor superioridad sobre la psicoterapia aplicada sola en el grupo II, ni tampoco sobre la terapéutica farmacológica con imipramina del grupo III.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En este estudio se investigan las diferencias y consecuencias de los diferentes abordajes terapéuticos en el pre y post-operatorio de niños sometidos a cirugía de riesgo intermedio y las reacciones emocionales presentadas. Por lo cual en el C.H "20 de Noviembre", del I.S.S.T.E. se formarán cuatro grupos: Tomados de los diferentes servicios que realizan Cirugía en el niño:

- Grupo I: Formado por 20 pacientes que recibieron Psicoterapia asociada con Imipramina.
- Grupo II: Formado por 20 pacientes tratados exclusivamente con psicoterapia.
- Grupo III: Constituido por 20 pacientes tratados únicamente con Imipramina.
- Grupo IV: Testigo o control, integrado por 40 pacientes que no recibieron ninguna terapéutica de las antes descritas.

Los grupos fueron formados en base a la hipótesis de trabajo que parte de la idea que los pacientes evolucionan (con la presencia de trastorno emocional reactivo o hacia la normalidad o ausencia de los mismos) en función directamente proporcional al tipo de terapéutica recibida. Por lo cual el tipo de respuesta se midió utilizando como herramienta de trabajo la aplicación de la prueba del "Dibujo de la Figura Humana" de E. M. Koppitz, en la cual dependiendo del número de indicadores emocionales detectados hubo dos tipos de respuesta:

Respuesta Alfa: Calificación de 0-1 (equivalente a normal).

Respuesta Beta: Calificación de 2 o + indicadores emocionales (evidencias de trastorno emocional reactivo).

Los resultados obtenidos en el estudio con respecto a las anteriores respuestas en relación a la terapéutica recibida figura en la tabla de contingencia siguiente (tabla 1):

TABLA 1. FRECUENCIAS OBSERVADAS (Oij)

		TIPO DE Tx (GRUPOS)				TOTAL
		I	II	III	IV	
RESPUESTA	ALFA	18	16	15	9	58
	BETA	2	4	5	31	42
TOTAL		20	20	20	40	100

En base a lo anterior se establecen las siguientes hipótesis:

H<sub>0</sub> .- "La proporción de pacientes en los dos tipos de respuesta a la Prueba del D.F.H. (dibujo de la figura humana) es independiente del tipo de tratamiento".

H<sub>1</sub> .- "La respuesta a la prueba del D.F.H. difiere en los diferentes grupos de acuerdo a la terapéutica recibida".

En vista de que los grupos en estudio son independientes y ambas variables (tratamiento-Respuesta) son categóricas, el tipo de prueba estadística adecuada es la de  $X^2$  (Chi cuadrada).

El nivel de significancia se escoge en este caso con:  $\alpha = 0.01$ , es decir que el nivel de confianza con que se acepta o rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) es del 99 %.

Para nuestra tabla de contingencia 1, el número de grados de libertad es:

$$\begin{aligned}gl &= (k - 1) (r - 1) \\ &= (4 - 1) (2 - 1) \\ &= 3 \times 1 \\ &= 3\end{aligned}$$

El estadístico de  $X^2$  con que se contrasta la hipótesis nula es:

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde  $O_{ij}$  es la frecuencia observada en el renglón "i" con la "columna j" y  $E_{ij}$  es la frecuencia esperada en la celdilla "i, j" en caso de no haber diferencias en la respuesta entre los diferentes grupos en relación a la terapéutica recibida, la  $\alpha$  cual se calcula multiplicando los totales marginales y después dividiéndolos entre el total de observaciones, esto es:

$$E_{11} = \frac{58 \times 20}{100} = 11.600$$

$$E_{21} = \frac{42 \times 20}{100} = 8.400$$

$$E_{12} = \frac{58 \times 20}{100} = 11.600$$

$$E_{22} = \frac{42 \times 20}{100} = 8.400$$

$$E_{13} = \frac{58 \times 20}{100} = 11.600$$

$$E_{23} = \frac{42 \times 20}{100} = 8.400$$

$$E_{14} = \frac{58 \times 40}{100} = 23.200$$

$$E_{24} = \frac{42 \times 40}{100} = 16.800$$

Estos son los valores que esperaríamos en caso de que  $H_0$  fuera cierta, aplicando  $\chi^2$  medimos la discrepancia entre los valores esperados y los valores observados para el nivel de significancia escogido. Sustituyendo valores se obtuvo:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \\ &= \frac{(18 - 11.600)^2}{11.600} + \frac{(16 - 11.600)^2}{11.600} + \frac{(15 - 11.600)^2}{11.600} + \\ &+ \frac{(9 - 23.200)^2}{23.200} + \frac{(2 - 8.400)^2}{8.400} + \frac{(4 - 8.400)^2}{8.400} + \\ &+ \frac{(5 - 8.400)^2}{8.400} + \frac{(31 - 16.800)^2}{16.800} = \\ &= 3.531 + 1.669 + 0.997 + 8.691 + 4.876 + 2.305 + \\ &+ 1.376 + 12.002 = \\ &= 35.447 \end{aligned}$$

En las tablas se puede observar que el valor crítico de  $\chi^2$  para  $\alpha = 0.01$  y 3 grados de libertad es 11.345.

Puesto que  $\chi^2 > 11.345$ , concluimos que el tipo de respuesta (alfa, beta) de los pacientes de los diferentes grupos en estudio no es independiente del tipo de tratamiento, se rechaza por lo tanto  $H_0$ .

Teniendo el valor de  $\chi^2$ , podemos determinar ahora el coeficiente de contingencia  $C$  que representa el grado de asociación entre ambas variables (tipo de terapéutica-respuesta):

$$c = \sqrt{\frac{\chi^2}{N + \chi^2}} = \sqrt{\frac{35.447}{100 + 35.447}} = 0.512$$

Evidentemente el resultado obtenido se debe a la baja proporción de resultados normales (tipo alfa) en el grupo testigo ( $\frac{9}{40} = 0.225$ ) en comparación con las proporciones obtenidas en los otros grupos:

$$\left(\frac{18}{20} = 0.900 ; \frac{16}{20} = 0.800 ; \frac{15}{20} = 0.750\right)$$

Bajo este contexto, se puede tratar de determinar si existe alguna diferencia significativa entre los tres grupos más --- equilibrados, para lo cual se puede emplear la misma prueba de  $\chi^2$  en una tabla de contingencia de  $2 \times 3$ , • mejor aún se con

trastaran los resultados de los grupos I y III (en vista de que no existen diferencias significativas en los resultados obtenidos en los grupos I y II, en cambio en el grupo III se detectan diferencias con cierta significancia). Para demostrar lo anterior se utilizó la siguiente tabla :

TABLA 2: COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS I y III

TIPO DE Tx.				
		I	III	TOTAL
RESPUESTA	ALFA	18	15	33
	BETA	2	5	7
	TOTAL	20	20	40

Usando el mismo procedimiento, los valores esperados en cada celdilla son:

$$E_{11} = \frac{20 \times 33}{40} = 16.500$$

$$E_{21} = \frac{20 \times 7}{40} = 3.500$$

$$E_{12} = \frac{20 \times 33}{40} = 16.500$$

$$E_{22} = \frac{20 \times 7}{40} = 3.500$$

De acuerdo con el criterio de Cochran, la prueba de  $X^2$  no es adecuada, ni significativa en una tabla de contingencia de 2x2, si en alguna de las celdillas la frecuencia esperada es menor de 5, como en el caso de  $E_{21} = 3.500$  y  $E_{22} = 3.500$ . En este caso es mas recomendable el uso de la prueba de Fisher.

Como los valores de las tablas de valores críticos del estadístico de la Prueba de Fisher, vienen para totales marginales menores de 16 y tomando en cuenta el tamaño de la población (en este caso el análisis  $N = 40$ ), se empleó la aproximación normal. Esto es, usando la misma tabla anterior (tabla 2) podemos contrastar la siguiente hipótesis:

$H_0$  : "Las proporciones de las respuestas de los pacientes a la prueba del D.F.H. es independiente si se emplea el tratamiento aplicado al grupo I (Psicoterapia-Imipramina) o la terapéutica empleada en el grupo II (Psicoterapia exclusivamente)".

H<sub>1</sub> = " La respuesta a la prueba del D.P.H. (para detectar reacciones emocionales) depende del tipo de terapéutica empleada en cada grupo.

El estadístico es:

$$Z = \frac{(AD - BC) + \frac{N}{2}}{S \text{ dev}} ; \quad S \text{ dev} = \frac{t \quad t \quad u \quad u}{N - 1}$$

$$S \text{ dev} = \frac{33 \times 7 \times 20 \times 20}{39} = 48.675$$

$$(AD - BC) + \frac{N}{2} = (18 \times 5 - 2 \times 15) - \frac{40}{2} \\ = 40$$

$$Z = \frac{40}{8.675} \\ = 0.817$$

No podemos con los resultados anteriores rechazar por lo tanto H<sub>0</sub> con un nivel de confianza de al menos = 0.43, y se concluye que las variaciones entre los grupos I y III son de carácter aleatorio (38,39).

(Inclusive si el resultado de Z= 1.217, observando la tabla de distribución normal, se advierte que este valor solo nos permite desechar H<sub>0</sub> para un nivel de confianza de al menos = 0.12. y H<sub>0</sub> puede rechazarse en un nivel de confianza del orden del 88 %, lo cual puede o no ser significativo si diferenciamos los tratamientos I y III).

De lo anterior se concluye que el uso de la terapéutica utilizada en los grupos I (Psicoterapia -Imipramina), II (Psicoterapia) y III (Imipramina) resultó mejor que el no utilizarlas como se demuestra al compararlos con el grupo IV (ninguna terapéutica). Pero el estudio no demostró que entre los grupos I, y II hubiera mejor resultado y de estos con respecto al grupo III no hay diferencias significativas con el análisis estadístico de los resultados encontrados en el presente trabajo.

CUADRO 1: DISTRIBUCION POR GRUPO Y SERVICIOS.

GRUPO ( TIPO Tx. )						
	I	II	III	IV	TOTAL	
R E S P U E S T A	C.R.L.	10	6	10	18	41
	(C. Plast.)			1		1
	C. PFD.	8	8	6	15	37
	(URC.)					
	CFTALMO.	2	5	3	7	17
	CRTCP. T.		1			1
	TOTAL	20	20	20	40	100

CUADRO 2: RELACION ENTRE GRUPOS Tx Y RESULTADOS D.F.H.

GRUPO ( TIPO Tx)

		I	II	III	IV	TOTAL
R E S P U E S T A	AIPA 18 (0-1)		16	15	9	58
	BFTA 2 (2>)	2	4	5	31	42
TOTAL		20	20	20	40	100

TABLA 3: DISTRIB. POR GRUPO DE EDAD/SEXO Y Tx.

GPC Tx	GPC EDAD/SEXO MASC.			GPC EDAD SEXO FEM.			TOTAL
	4-6	7-10	11-14	4-6	7-10	11-14	
I	5	5	2	2	5	1	20
II	5	4	6	3	3	0	20
III	5	4	3	3	2	3	20
IV	6	9	9	5	8	3	40
TOTAL	21	22	20	12	18	7	100

CUADRO 4: REACCIONES EMOCIONALES Y DINAMICA FAMILIAR EN LOS GRUPOS DE ESTUDIC.

GPC	REACCIONES EMOCIONALES										DINAM. FAM.				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	FUNC.		DISP.		TOTAL
											C	I	C	I	
I			1			2	7	3		1	16 50%	4 20%	4 20%	2 10%	20 100%
II	3	1	1	1		1	11	6	1	1	8 40%	3 15%	5 25%	4 20%	20 100%
III	8	3	2		2	6	8	2		2	9 45%	5 25%	5 25%	1 5%	20 100%
IV	26	12	8	4	13	16	18	31	7	3	19 47.5%	6 15%	10 25%	5 12.5%	40 100%
TOTAL	37	16	12	5	15	25	44	42	8	7	46%	18%	24%	15%	100%
												64%	36%	100%	

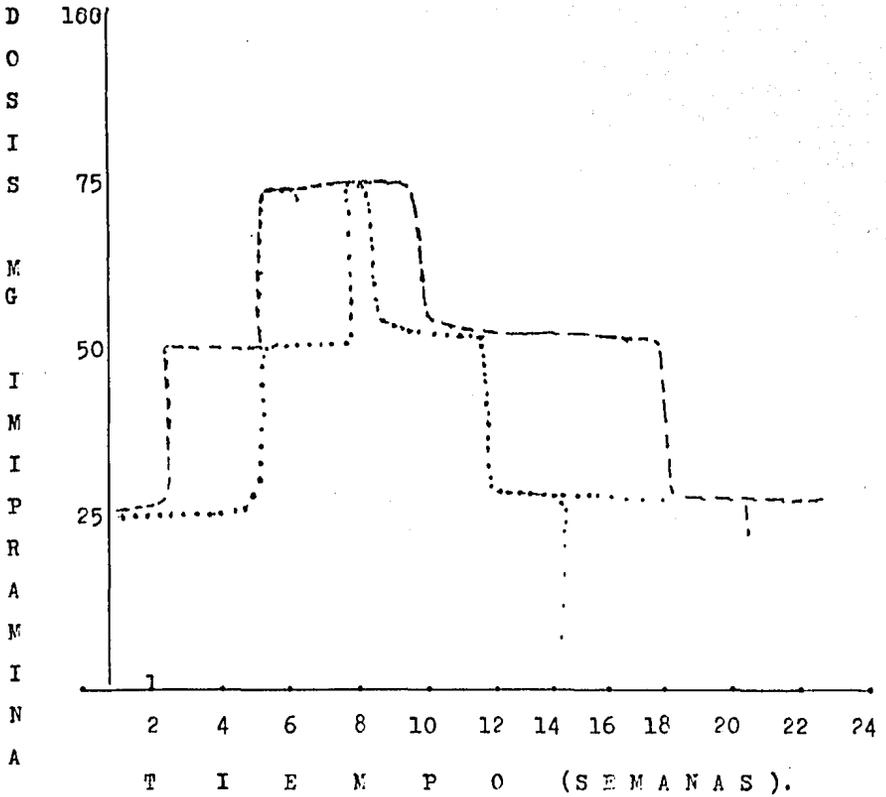
CUADRO 5: GRUPOS EDAD/SEXO- TIPO Tx Qx -SINTOMAT. AFECTIVA:  
(GRUPO IV)

TIPO							
Tx Qx	GRUPO EDAD/SEXO FEMENINO			GRUPO EDAD/SEXO MASCULINO			TOTA.
	4-6	7-10	11-14	4-6	7-10	11-14	
ADENOCARCINOMA	0.1.3	1.1.	0	4.8.	0.1.5	9.9.	16
RINORRHEA		3.3. 4.8.	9.		6.8.	6.	2
TUMOR MAMARIO		2.	9.				2
CRISTALIN					5.	6.9.	3
CIRCUN.				4.8.	8.8.		4
HERNIA				3.5	8.		3
CORR. ESTRAB.	3.6.			1.	8.	8.8.9	7
TOTAL	4	7	2	7	8	9	37

Clave: 1= S. Aliment. 2=S. Sueño. 3=T. Esfint. 4=T. Leng. 5=T. Aprend.  
6= T. Conducta. 7= S. Fisic. 8=S. Ansied. 9=S. Depresiva.  
10= Ctos sint.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 1: COMPARACION DOSES/DURACION IMITRAMINA  
(GRUPOS I y III)



..... Grupo I

----- Grupo III.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS:

EN EL ESTUDIO REALIZADO SE LLEGO A LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

1.- EL USO DE LA TERAPEÚTICA COMBINADA O SOLA (PSICOTERAPIA, IMIPRAMINA) RESULTO DE UTILIDAD EN LOS TRES PRIMEROS - GRUPOS, DONDE SE PRESENTO UNA MENOR, CASI NULA, INCIDENCIA DE REACCIONES EMOCIONALES, EN COMPARACIÓN A LAS OBSERVADAS EN EL GRUPO IV, DONDE SE OBSERVÓ UNA MAYOR INCIDENCIA DE - TRASTORNOS AFECTIVOS.

2.- EL USO COMBINADO DE PSICOTERAPIA E IMIPRAMINA NO DEMOSTRO SER SUPERIOR AL USO POR SEPARADO DE LAS MISMAS, SI ACASO SOLO SE OBSERVO UNA MEJOR RESPUESTA, CON UNA DÓISIS MENOR DE MEDICAMENTO CON EL USO CONJUNTO DE PSICOTERAPIA.

3.- LA DANÁMICA FAMILIAR NO SE RELACIONO CON LOS TRASTORNOS EMOCIONALES RESPECTIVOS, SIENDO ESTO MAS EVIDENTE PARA EL GRUPO TESTIGO, NO SIENDO CONCLUYENTE PARA LOS OTROS TRES GRUPOS EN ESTUDIO, POR LO CUAL NO SE PUEDE DESCARTAR SU IMPORTANCIA.

### SUGERENCIAS:

DESPUÉS DE HABER REALIZADO EL PRESENTE ESTUDIO ES CONVENIENTE TOMAR EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS QUE ESCARARON EN MI INVESTIGACIÓN REALIZADA:

A) EN LAS SIGUIENTES INVESTIGACIONES CON EL MISMO PROBLEMA, ESTO ES EL ESTUDIO EN EL PACIENTE SOMETIDO A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, DEBERÁ SER UNIFORME, EN CUANTO AL TIPO DE CIRUGÍA, EL NÚMERO DE PACIENTES, TOMANDO EN CUENTA VARIABLES TALES COMO:

LA EDAD MAS PROPICIA PARA DETERMINADO TRATAMIENTO, COMO LA PSICOTERAPIA , TENIENDO MEJOR CONTROL DE LAS VARIABLES ANTES MENCIONADAS.

B) FOMENTAR ESTE TIPO DE ESTUDIOS EN EL MARCO HOSPITALARIO, FAVORECIENDO UNA PAIDOPSIQUIATRIA DE ENLACE, CON LA PARTICIPACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO, DONDE EL PSIQUIATRA - DE NIÑOS, EL PSICOLOGO, LA ENFERMERA, LA TRABAJADORA SOCIAL Y EL RESTO DEL PERSONAL MÉDICO SE INVOLUCREN INTERESANDOSE EN LA PROBLEMATICA DEL PACIENTE Y SU FAMILIA.

C) EN EL ASPECTO PSICOTERAPEÚTICO SERIA INTERESANTE COMPARAR LOS RESULTADOS UTILIZANDO LA TÉCNICA GRUPAL CON LA INDIVIDUAL, E INCLUSIVE COMPARANDO ESTAS CON TERAPEÚTICA FARMACOLÓGICA. TAMBIÉN ES IMPORTANTE EL IMPACTO DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR EN FAMILIAS DISFUNCIONALES DONDE EXISTA UN PACIENTE CON PROBLEMATICA EMOCIONAL, INTERNAMIENTO DE CAUSA MEDICA O QUIRÚRGICA Y EVALUAR LA EFICACIA DE LA MISMA.

BIBLIOGRAPHIA:

1. Bekwin H: "The hospital care of infants and children"  
J. of Pediatrics 39: 383. 1980.
2. Jackson K. G. "Psychologic preparation as a method of reducing emotional and surgical trauma in children".  
Pediatrics . 12: 293 1982.
3. Prueh D.G. " A study of emotional reactions of children"  
Amer. J. of Orthopsych. 23:78 1981.
4. Teemis D.A. "The child's emotions and surgery"  
Pre and postoperative care in the pediatric surgical patient  
Yearbook publishers, Chicago press 1978.
5. "Olson F.J. "The emotional significance of acquired physical  
disfigurement in children".  
Amer J. Orthopsych. 28:85 1978.
6. Knight S.L. "Psychological stress".  
Psychosomatic Med. Feb 4 (1): 40, 1979.
7. Gabriel D.W. "Postoperative recovery".  
Br. Heart J. Vol 40 (9) 1046-1051. 1978.
8. Chen J.P. "Preparation for proced. and surgery".  
Pediatrics 9 (3-4): 116-19. 1980.
9. Lambert S.A "Variables that affect the school age child's  
reaction to hospital and surgery".  
Intern Child Nurs. J. Spring 13 (1) 1-16 1984.
10. Holder B.G. "Necessary considerations for surgery preparation:  
Age and previous experience".  
Psychosomatic Med. Dec 25 (4) 517-25. 1983.
11. Holder B.G. Fineman A. "Emotional considerations of the  
pediatric surgical patient".  
Textbook of Pediatric Surgical. Williams and W. 1984 224-8.
12. Y plant M., Sedcock P. "Illness, hospitalization, or surgical  
treatment" The book of Comprehensive Psych. IV".  
William S. Wilkins ed. 2119-27. 1985.

13. Patrillo M.S. Salazar E: "Ouidade emocional del niño hospitalizado: Preparación de los niños para los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos".  
Prensa Médica Mex. p. 161-243 1972.
14. Voore T.T. "The impact of surgery on boys".  
Psychosom. Study of Child 30: 519-48 1979.
15. Tipton S.E "On the psychology of childhood surgical reactions"  
Psychanalytic Study of Child. 17: 383-412. 1976.
16. Eisenberg T. Chass S. "Enfermedad hospitalización aguda e intervención quirúrgica".  
El niño perturbado. 13. Edición 1978. 76-90.
17. Poylby G. Delores D. "Postoperative responses in repaired child after cardiac surgery".  
Br. Heart J. 40. 1046-1051 1978.
18. Cooper M.T. "The child in the hospital".  
The psychosom. Study Child. 40. 1983, 107-159.
19. Vachten G.F. "Children in hospital".  
Bract 272, 1117- 1120. 1983.
20. Goldman E. "The child's emotional response re hospitalization. A.M.S.J. of Dis. of Child. 93: 157-166. 1977.
21. Levy D.M. "Psychic trauma of operation in children"  
A.J. Psychiat. 98: 132-139. 1981.
22. Freud A. "The role of bodily illness in the mental life of children". The psychosom. Study of Child, 7: 6-81 1982.
23. Berman M. "The child's affective postoperative reaction".  
A.M.S.J. of Dis. of Child 93: 144-151. 1978.
24. Alexander A. "The reaction to the operation of the child in the hospital". "Trastornos afectivos en cirugía cardiaca".  
El psiquiatría en niños y sus aplicaciones. Edición 3 y 4 2-54. 1978.
25. Shaffer E. Mc Dermott J: "Notes on psychotherapy Research

- among children and adolescents". "Stage models of psychotherapy with children".  
J. of the Am. Acad. of Child Psychiatry 23, 5537-581. 1984.
26. Karen D.W. "Brief Psychotherapy with children: The state of the Art". J. Am. Academy Child Psych. 23, 5, 544-51. 1984.
27. Loney J.G. "Treatment planning in Child Psychiatry".  
J. Am. Acad. Child Psych. 23, 5: 579-30. 1984.
28. Azims N. "Psychodynamic alterations concomitant with inpatient administration".  
Canad. Psychiat. Ass. J. IV : 177-181. 1977.
29. Lasse S. "Psychodynamic alterations concomitant with inpatient, considerations in current psychopharmacologic".  
Practics Psychonem. t. 4: 353-358. 1976.
30. Alvarez T. "Etiología y medicación en las depresiones".  
Rev. Psich. de Perú. 4. 2-54. 1977
31. Knebel M. "Psicofarmacología en los trastornos afectivos afectivos en la infancia".  
Sem. Med. Buenos Aires. 67: 1129-30. 1980.
32. Pearson G.H. "Effect of operative on emotional life" of -  
the Child".  
Am. J. Child. 62: 716-29. 1981.
33. Koppitz M.J. "El dibujo de la figura humana: Evolución psicológica: Indicadores emocionales".  
Ed. Guadalupe 4 ed 53-93.

34. Bellak L, Chassin J.B. "Ego function assessment of analytic Psychotherapy combined with drug therapy".  
*J. of. Nervous Mental Diseases* 157:20 Dec 1973.
35. Covi L. "Drug and Psychotherapy Interaction".  
*Am. J. Psych.* 133:5. 1976.
36. Uhlenhuth E.H. "Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy"  
Controlled studies. *J. of Nerv. Ment. Dis.* 148:52, 1969.
37. Bellak L: "Effects of antidepressants drugs on Psychodynamics"  
*Psychosomatics*, 7: 106. 1976.
38. Chris Leach. "Fundamentos de estadística: Enfoque no paramétrico para ciencias sociales". Lirusa, 1982 3a. ed.
39. Sidney. Spiegel. "Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta". Trillas, 1983 8a. reimp.