

302-1129

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
"IGNACIO CHAVEZ"**

ESCUELA DE ENFERMERIA

**ALTERACIONES PSICOLOGICAS EN PACIENTES
PEDIATRICOS POSOPERADOS CON ESTANCIA
PROLONGADA CON BASE EN EL MODELO DE
ATENCION DE ENFERMERIA DE SOR CALLISTA
ROY.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A :
R O C I O G U T I E R R E Z R U I Z**

ASESOR ACADEMICO: LIC. ENFRA. GEORGINA SOBERANES GUZMAN

MEXICO, D.F.

JULIO DEL 2001





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

Dedico mi tesis:

A mi madre, consejera, amiga y colega que me mostró el valor de la profesión, me acompañó y me ayudó en el camino con su apoyo y su fortaleza, además de su gran amor.

A mi padre, que con su comprensión, amor y ejemplo de dedicación a las cosas que realmente amamos me ayudo a llegar hasta donde estoy.

A mi hermana Laura, por sus horas de paciencia escuchando múltiples historias de mi profesión, porque sin su ayuda no me hubiera levantado de tantas caídas en el camino.

A mi hermano David, que aunque lejos físicamente me hizo sentir su apoyo y cariño en cada paso que di, sobre todo en los momentos difíciles, gracias por tu ejemplo de superación personal constante.

A mis siempre amigos Odette y Joel, que me apoyaron en la decisión de lo que es mi vida: la vocación de Enfermería.

Agradezco:

A Dios, divino maestro, guía y compañero en cada día de mi vida, en cuyas manos pongo mi profesión.

A la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chavez", a su Directora, la Lic. Enfermera Angela E. Soria Talamantes, a sus maestros y a todas mis amigas, porque salimos juntos adelante.

A la Lic. Enfra. Ma. De Lourdes Zamorano Suastegui, mi gran amiga y compañera de trabajo, no hay palabras para decir todo lo que hiciste por mí.

Al Dr. Walter A. Mancilla, por compartir su conocimiento y experiencia conmigo, fortaleciendo en mí la necesidad de saber más para ser mejor, teniendo siempre presente la importancia de la sencillez. Sin ti no hubiera crecido tanto el amor y la fe a la profesión.

Al Dr. José de Jesús Ortega Maldonado, por ayudarme a resolver mis dudas en los momentos de estrés, y sobre todo, porque me hizo sentir lo importante de mi manera de ser en la profesión.

Y sobre todo a mis niños, que con paciencia y confianza permitieron realizar mi trabajo, sin su amor no lo hubiera logrado.

INDICE GENERAL.

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACION	5
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 Desarrollo normal del infante	8
3.2 Estrés	10
3.3 Mecanismos en contra del estrés	13
3.4 Efectos de la separación de los niños .	14
3.5 Respuestas del infante ante la hospitalización	16
3.6 Intervenciones adecuadas a la etapa de desarrollo del paciente	22
3.7 Valoración de los niños hospitalizados.	24
3.8 Modelo de adaptación de Sor Callista Roy.	26
4. OBJETIVOS	32
5. HIPÓTESIS	33
6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
6.1 Metodología	34
6.2 Material y método	35
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
8. CONCLUSIONES	43
9. SUGERENCIAS	48
10. BIBLIOGRAFÍA.	

INTRODUCCIÓN.

Como ser dependiente de la familia, el niño tiene distintas necesidades afectivas, entre las cuales destacan el sentirse amado, ya que si se siente querido es difícil que las circunstancias que le afectan lo dañen permanentemente. Este amor se define como productivo, es decir, implica cuidado, interés, conocimiento, respeto y aceptación del niño.

Es de igual manera importante proporcionarle confianza y protección a cada grado de desarrollo. Debe sentir confianza y protección de sus padres en un ambiente familiar estable que le permita enfrentar las experiencias desconocidas. Hay que mostrar interés en lo que hace, conocer sus limitaciones y capacidades y aceptar su individualidad.

El amor maternal, que se considera incondicional, es un estímulo para la adopción de conductas maduras y aceptables para la sociedad.

Pero cuando este proceso normal de la vida afectiva del niño se ve frustrada por el internamiento al hospital por una enfermedad cardiovascular, el niño se siente aterrorizado con la idea de dejar su hogar y a su familia y ser confiado a personas extrañas. Los padres sienten angustia al no tener a su hijo a la vista, y la madre se siente insatisfecha por no poder cuidar a su hijo en su enfermedad y, posteriormente,

en su recuperación del proceso quirúrgico. Aunado a esto, el costo del internamiento del niño es una preocupación más para los padres.

En los lactantes, su percepción del ambiente que lo rodea afecta su conducta, por lo que son incapaces de indicar cuando tienen hambre o están satisfechos, además de que el horario es inflexible y, sobre todo, en el hospital carecen de la estimulación del medio externo.

El llanto es una manifestación importante que se debe tomar en cuenta, pues indica una carencia afectiva que puede ser resuelta con un poco de atención.

Es importante permitir la visita a los padres, y debe permitírseles mantenerse con su hijo el tiempo necesario y, si es posible, dejar la visita al aire libre el mayor tiempo posible.

Al separar a un niño de su madre, la respuesta inmediata es de aferramiento excesivo, hostilidad y rechazo a los demás; si surge una “sustituta”, a menudo se muestran fríos, y en la visita de los padres se vuelven agresivos. Retoman conductas pasadas, y su estado de ánimo puede ser depresivo, ansioso o maniaco pero hacia los objetos, no a las personas. Se muestra posesivo con la madre y envidioso con otros niños, y puede volverse violento.

En los niños que se encuentran en la edad escolar, se llegan a sentir preocupados por su enfermedad y el resultado de esta, se inquietan por el trabajo escolar perdido, les molesta su obligada inactividad física, se angustian por su familia y pueden sentirse abandonados o rechazados por esta.

El niño encamado no puede desahogarse, mientras que el ambulante sí, y es más fácil para ellos comprender lo que sucede con su enfermedad y así colaboran con su plan de cuidados para obtener una pronta recuperación y volver a su vida familiar normal.

Considerando que los cambios de la conducta en el paciente pediátrico postoperado con estancia prolongada es un problema que afecta la salud y que tiene grandes repercusiones en la vida cotidiana, la enfermera debe tomar en cuenta estos datos para dirigir sus cuidados haciendo uso de un modelo de enfermería que de una base firme al proceso enfermero, el cual consiste en dar a la enfermera un pensamiento digno de su profesión, ya que es la capacidad constante y esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión.

Así, el presente proyecto de tesis pretende establecer un instrumento útil para la valoración de pacientes con alteraciones conductuales relacionadas a la hospitalización prolongada post-quirúrgica que facilite a la enfermera la detección de necesidades y problemas con base en el modelo de adaptación de Sor Callista Roy

como el primer paso para la administración de cuidados de enfermería de calidad y basado en un enfoque holístico.

No obstante, es papel de la enfermera detectar los cuidados que resolverán de la manera más pronta y eficaz los problemas que presenta el niño dentro de su período de hospitalización padeciendo una enfermedad cardiaca congénita y convaleciendo de un procedimiento quirúrgico; sin embargo el presente proyecto es una herramienta útil que pretende estimular a la enfermera a retomar su enfoque holístico y el uso de un modelo de Enfermería con el cual pueda organizar sus labores en beneficio de los pacientes pediátricos que necesitan de mucho apoyo emocional para recuperar su salud y reincorporarse a su vida cotidiana lo más pronto posible.

JUSTIFICACIÓN.

Cuando un niño(a) ingresa al hospital afectado por cualquier tipo de cardiopatía, se presenta ante ellos un panorama lleno de situaciones desconocidas a las que debe hacerle frente, como es un cambio de ambiente, lejos de su familia y amigos y de sus juegos, sometiéndose a un proceso de adaptación a esta nueva situación. Este proceso puede variar en tiempo, de acuerdo a la personalidad del niño(a) y de la ayuda que reciba del personal de salud. Al mismo tiempo, la enfermedad del niño conlleva a los padres a un periodo de angustia ante la incertidumbre planteada por las características de la cardiopatía que su hijo padece y que se refleja en la atención al resto de su familia y al propio paciente.

La preparación del niño antes de someterle a exploraciones, procedimientos médicos y la intervención quirúrgica, así como el apoyo posterior, son aspectos fundamentales que no son tenidos en cuenta con la frecuencia deseable, y que repercuten notablemente en la conducta del niño(a) y su recuperación en el periodo post-quirúrgico tardío.

Así mismo, la estancia prolongada que pueda existir en ciertos casos en el periodo post-quirúrgico y los diferentes procedimientos invasivos que se realizan al niño(a), como son curaciones de catéteres, drenajes pleurales, retroesternales o ambos, curaciones de heridas quirúrgicas, retiro de puntos de sutura y del electrodo epicárdico, y hasta en ocasiones la misma antibioticoterapia prolongada, entre otros,

altera la adaptación al medio que el paciente adquirió a su ingreso al hospital y lo condicionan a que se “readapte” con una conducta inestable y en ciertos casos causando un desorden emocional.

Dentro del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” en el piso de pediatría, de 263 pacientes internados durante el periodo del 8 de febrero al 17 de noviembre del año 2000, 93 de ellos fueron llevados a procedimiento quirúrgico, siendo así que la estancia de los niños(as) en el periodo postoperatorio oscila en alrededor de 31 días. La estancia prolongada por complicaciones postoperatorias, ocasiona en el niño(a) problemas de salud mental que para el personal de enfermería pueden ser extremadamente difíciles identificar a tiempo.¹

Por estas razones considero importante para resolver las necesidades específicas y los problemas más eventuales del paciente con estos padecimientos desde una perspectiva holística, incluir dentro de esta investigación un modelo de enfermería que ayude al paciente pediátrico a encontrar ese nuevo ambiente de adaptación a una nueva circunstancia como lo es la convalecencia de su cirugía. De esta manera, esta investigación se basará en el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, quien considera importante la adaptación del paciente a los múltiples factores que alteran su entorno.

¹ Fuente directa. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. Sexto piso Cardiopediatría.

De esta manera, la realización de este proyecto se llevará a cabo bajo el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, dentro del cual Roy retoma dos modelos más, el de Helson quien basa su modelo en la adaptación y el de Rapoport que considera a la persona como un sistema. Esto y la amplia experiencia de Roy en el área pediátrica, hacen que su modelo se centre en la adaptación del ser humano. Todos sus conceptos, principalmente el del entorno, están interrelacionados. El niño(a) analiza el entorno en busca de estímulos, a los cuales pueden responder y finalmente adaptarse. La enfermera tiene como único objetivo ayudar al niño en su adaptación al descubrir su entorno. El resultado deseado es conseguir un nivel óptimo de bienestar para el niño(a).²

Así, cada enfermera podrá ayudar al paciente pediátrico a satisfacer sus necesidades de adaptación a través de la formación de una relación enfermera-paciente, tomando en cuenta que la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y la hospitalización prolongada cambian la vida del niño(a), ya que tiene que enfrentarse a procedimientos dolorosos y a personas desconocidas de los que tiene que depender. Sus experiencias y la respuesta adaptativa al medio se ligan con su grado de desarrollo, así como el significado que tiene el niño(a) de la propia hospitalización, siendo cosas que la enfermera debe conocer y entender para coadyuvar a mejorar la calidad de la atención en el servicio de Cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chavez".

² Marriner-Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Tercera edición. Editorial Mosby Doyma libros. 1994 Madrid, España. Pp.530.

MARCO TEÓRICO.

DESARROLLO NORMAL DEL INFANTE.

Para un niño(a), la hospitalización es un proceso difícil de aceptar, ya que la niñez constituye la etapa principal para adaptarse a circunstancias tanto emocionales como de estrés, de esta manera lo señala Erikson en su teoría acerca de las etapas del desarrollo³, sobre las cuales daré un breve resumen para entender, posteriormente, de que manera se altera el estado emocional del infante durante la hospitalización.

La etapa número uno abarca de los 0 al año, aproximadamente. Esta etapa se caracteriza por la adquisición de la confianza básica y, por lo tanto, de la desconfianza básica. El actuar del infante será fundamentalmente basado en obtener de los demás y dar respuesta a lo obtenido, generalmente esto se adquiere en la relación con la madre o la figura que suple dicha imagen y le da al infante una virtud humana de esperanza.

La etapa dos, del año hasta los tres, ocupa la crisis de autonomía contra vergüenza y duda. Dicha etapa, hace del niño(a) un ser que retiene y aprende a dejar ir a los padres, desarrollando su fuerza de voluntad.

³ Gross, R. PSICOLOGIA. La ciencia de la mente y la conducta. Ed. Manual Moderno. 1994. México. Pag. 884.

La etapa tres comprende de los tres a los seis años. El infante se hace un ser con iniciativa pero con sentimientos de culpa ya desarrollados, haciéndolo ir tras de lo que llama su atención y posibilitándolo a jugar con aquellas situaciones que les son familiares (es decir, imita), consiguiendo el entendimiento del propósito de las cosas.

La etapa cuatro consiste en la industriosidad contra la inferioridad, donde realiza cosas con otros niños (as) de su vecindario o escuela. Abarca las edades de los 7 a los 12 años y fortalece en él el espíritu de competencia.

La etapa cinco se denomina identidad contra confusión del rol, y constituye la etapa de los 12 a los 18 años. En ella, el ya adolescente aprende a ser “uno mismo” (o no serlo) compartiendo su manera de ser con los demás grupos externos y en determinado momento con su pareja. Así mismo, adquiere modelos de liderazgo y la virtud de la fidelidad.

Cada una de estas etapas, se relaciona íntimamente con cada una de las etapas de la Teoría del desarrollo de Freud. De esta manera, la etapa uno corresponde a la oral; la dos a la anal-uretral, la tres a la fálica, la cuatro a la latencia y finalmente la cinco a la genital.

Es importante hacer mención de estos datos para que la enfermera entienda que tipo de respuesta tendrá un paciente ante la hospitalización de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que este se encuentra.

ESTRÉS.

El estrés afecta al ser humano y las emociones se vuelven dañinas, el niño experimenta dentro del hospital estrés en una y otra ocasión y, debido a su daño potencial, fisiológica o psicológicamente, es esencial que se intente comprenderlo para poder prevenirlo o, al menos, disminuirlo.

Cox⁴ menciona tres modelos de estrés, los cuales se mencionarán brevemente:

- **Modelo de la ingeniería:** considera que las presiones externas dan lugar a la reacción de estrés o tensión en el individuo, de modo que el estrés está en las características de los estímulos ambientales, el estrés es lo que **sucede** a la persona. No hay duda de que el estrés ayuda a mantener el estado de alerta y proporciona cierta energía que se requiere para mantener un interés en el ambiente para explorarlo y adaptarse al medio, a este respecto, el estrés es parecido a la motivación y emoción. Sin embargo, cuando el estrés se lleva a sus límites de tolerancia, se vuelve evidentemente dañino.
- **Modelo fisiológico:** tiene que ver principalmente con lo que sucede dentro de la persona, esto es, con los aspectos de “respuesta” del modelo de la ingeniería, en particular los cambios fisiológicos que ocurren como resultado del estrés. El estrés, según Seyle, es una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. El mismo afirma que los síntomas iniciales de casi cualquier enfermedad o trauma virtualmente son idénticos, es decir, el cuerpo

responde de la misma manera a cualquier factor que le cause estrés, ya sea externo y ambiental o que surja dentro del propio cuerpo, siendo así una respuesta psicofisiológica individual, mediada por el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino. Se supone que estos cambios, que representan una respuesta no específica a la enfermedad, reflejan un fenómeno genuino no incluido en las respuestas específicas y Seyle lo llamó el **síndrome general de adaptación**, del que hablaremos posteriormente.

- **Modelo transaccional:** representa un tipo de mezcla de los dos primeros y considera que el estrés surge de una interacción entre las personas y su ambiente, en particular cuando existe un desequilibrio entre la percepción de la persona acerca de las demandas que le hace la situación y su capacidad para satisfacer la demanda y cuándo es importante un fracaso para enfrentar la situación. Debido a que la percepción de la persona acerca de la desigualdad entre demanda y capacidad es lo que provoca el estrés, el modelo da lugar a importantes diferencias individuales en cuanto a fuentes de estrés y cuanto estrés se experimenta: las personas también pueden diferir en términos de respuestas fisiológicas características al estrés.

REACCION ANTE EL ESTRÉS.

Analizando el modelo fisiológico y con base en la teoría de Seyle, podemos explicar que el síndrome general de adaptación comprende tres etapas:

⁴ Gross, Richards, La ciencia de la mente y la conducta. Ed. Manual moderno, 1994, Bogotá.

1. **Reacción de alarma:** esta incluye cambios fisiológicos que en general se asocian con la emoción: el sistema nervioso simpático se activa y por su parte estimula a la médula suprarrenal para que secrete niveles mayores de adrenalina y noradrenalina. Estos se asocian con cambios simpáticos como incremento en el nivel de glucosa en sangre en lactantes mayores y en niños e hipoglucemia en lactantes menores, aumento en el ritmo cardiaco y la presión arterial, incremento en el flujo de la presión arterial, incremento en el flujo de sangre a los músculos, midriasis, taquipnea, vasoconstricción periférica con extremidades frías, inhibición de la digestión, inhibición de funciones del sistema inmunológico, que puede retrasar la curación y comportamiento hiperalerta.

La cantidad de adrenalina y noradrenalina en la orina refleja el grado de actividad simpática suprarrenomedular que tiene lugar y se correlaciona con la cantidad de estrés que la gente informa que siente.

La acción de las catecolaminas es para imitar la excitación simpática y, de hecho, la noradrenalina es el transmisor que se encuentra en las sinapsis de la rama simpática del sistema nervioso autónomo. En consecuencia, la noradrenalina que proviene de las glándulas suprarrenales prolonga la acción de la noradrenalina liberada en las sinapsis por este sistema. Esto significa que, aun si la fuente de estrés tiene corta duración e incluso después de que se ha retirado, la excitación simpática continuará.

2. **Resistencia:** si no se retira la fuente de estrés, el cuerpo comienza a recuperarse de la reacción inicial de alarma y se enfrenta a la situación. Entonces ocurre un

descenso en la actividad simpática, una tasa más baja de salida de adrenalina y noradrenalina, pero se da un incremento en la salida de otra parte de la glándula suprarrenal, la corteza.

La corteza suprarrenal se encuentra bajo el control de cierta cantidad de hormona adrenocorticotrópica en la sangre. Esta se libera de la hipófisis anterior. La corteza suprarrenal es esencial para el mantenimiento de la vida y su remoción da como resultado la muerte.

Las hormonas glucocorticoides controlan y conservan la cantidad de glucosa en sangre, lo que ayuda a resistir el estrés de todo tipo. Seyle cree que el incremento en los niveles de glucosa en sangre ocurre si una persona o animal se expone al estrés y, si éste continúa, regresan a niveles normales y permanecen así durante el periodo de resistencia.

3. Agotamiento: los recursos del cuerpo ahora se encuentran disminuidos. las suprarrenales no pueden funcionar de manera adecuada, disminuyen los niveles de glucosa en sangre y, en casos extremos, la hipoglucemia puede resultar en muerte. Es en esta fase en la que aparecen los trastornos psicofisiológicos, incluyendo hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, asma, úlceras y así sucesivamente.

MECANISMOS FN CONTRA DEL ESTRÉS.

Los principales métodos para manejar situaciones son dos:

- a) Mecanismos de defensa: que se asocian con la ansiedad producto del conflicto, implicando cierto grado de distorsión de la realidad y autoengaño y, mientras que son deseables a corto plazo, son indeseables y nocivos como soluciones a largo plazo contra el estrés.
- b) Mecanismos de manejo de situaciones: son formas conscientes de intentar adaptarse al estrés y a la ansiedad de una manera positiva y constructiva, mediante el uso de pensamientos y conductas que se orienten a la búsqueda de ayuda de parte de otros, reconocimiento de los propios sentimientos verdaderos y establecimiento de metas y objetivos. Los ocho principales mecanismos de manejo de situaciones son la objetividad, el análisis lógico, la concentración, la empatía, la naturaleza juguetona, la tolerancia, la supresión de ideas y la sustitución de pensamientos y emociones.

EFFECTOS DE LA SEPARACIÓN EN LOS NIÑOS.

El recién nacido (según Bowlby) y el niño pequeño deben experimentar una relación cálida, íntima y continua con su madre (o figura materna permanente) en la que ambos encuentran satisfacción y gozo.

El lazo materno no puede romperse en los primeros años de vida sin que haya un daño permanente y grave al desarrollo social, emocional e intelectual.

El término de separación es para el niño una pérdida (a causa de la separación) de la figura materna; los efectos en general son a corto plazo y se pueden resumir como angustia, que se caracteriza por los niños pequeños hospitalizados por tres componentes principales o etapas:

- **Protesta:** la reacción inicial e inmediata toma forma de llanto, gritos, pataleos y, en general, lucha por escapar o colgarse de la madre para evitar que se vaya. Esto es una expresión externa y directa de todo lo que siente el niño: enojo, temor, amargura, etcétera.
- **Desesperación:** al final, la lucha y protesta dan lugar a una conducta más tranquila; el niño parece volverse apático, pero de manera interna el niño aún siente todo el enojo y el temor que antes le presentó al mundo; ahora, estos sentimientos se mantienen encerrados y no quiere tener nada que ver con ninguna otra persona. El niño puede parecer deprimido y triste y ya no anticipar el regreso de la madre. Apenas reacciona ante las ofertas de consuelo de otras personas y prefiere consolarse solo mediante mecerse, chuparse el dedo, y otras manifestaciones.
- **Desvinculación:** si la separación continúa, el niño comienza a responder de nuevo ante las personas pero tenderá a tratar a todos del mismo modo y de manera bastante superficial. Sin embargo, si se le reúne con la madre en esta etapa, el niño bien puede tener que “reaprender” a relacionarse con ella y puede, aun, “rechazarla” (como ella lo “rechazó”)

RESPUESTAS DEL NIÑO ANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

La respuesta psicosocial a la hospitalización prolongada después de un procedimiento quirúrgico provocan en el niño(a) un impacto diferente al de cualquier otro tipo de enfermedad, ya que el niño se ve afectado por una enfermedad crónica, la cual posee el riesgo de perder la vida y altera su desarrollo psicológico. El paciente pediátrico interpreta su estado como una amenaza ante el daño a la integridad física, lo que se relaciona a sufrimiento y provoca un estado de ansiedad y miedo. Además, el paciente sabe que tiene una pérdida, ya sea real (al verse incapacitado), o simbólica. Otros niños(as) pueden ver esto como una ganancia, ya que se hacen dependientes y sus necesidades son satisfechas por otros, esto le hace sentirse querido; estos pacientes generalmente ven la recuperación como un reto al responsabilizarse de su recuperación si se les pide su colaboración.

Hay que tomar en cuenta que cuando un niño(a) cardiópata es hospitalizado ya tiene sobre sí un mundo de limitaciones propias de la enfermedad, además de que el medio hospitalario es imponente para él. Generalmente estos niños son, desde su hogar, seres dependientes, a los cuales se les ha impuesto un modelo de sumisión y pasividad, lo que a largo plazo es contraproducente, sobre todo para el personal médico y de enfermería que va a estar cuidándolo.

Algo muy importante, a saber por la enfermera, es que el mejor apoyo para el cuidado del cardiópata son los padres, que en el periodo postoperatorio presentan

dos tipos de respuesta. La primera, es relacionarse con el niño como si aún tuviera el defecto o, la segunda, cambian su actitud y lo tratan normalmente. Si el niño mejora, la segunda posibilidad es más frecuente.

La hospitalización y la cirugía son las mayores tensiones que sufre el niño(a); se encuentra separado de su familia en un ambiente extraño y lleno de gente y equipo amenazante. Así mismo, debe adaptarse a este nuevo ambiente en un momento en el que se encuentra disminuido por la enfermedad.

Según Attie, la comprensión del niño sobre su enfermedad difiere a lo largo del desarrollo, la cual es progresiva y va paralela al desarrollo cognoscitivo, enumerando las reacciones de la siguiente manera:

1. Tres a seis años: el niño(a) es egocentrista, se caracteriza por el animismo. Su enfermedad es resultado de una mala acción y es su culpa. Su recuperación es mágica y comprende poco acerca de los mecanismos de la enfermedad. Todo procedimiento realizado en él es castigo. No es conveniente usar en ellos la expresión “si te portas bien, te aliviaras”, ya que esto solo refuerza sus ideas mágicas.
2. Siete a diez años: solo creen aquello que pueden ver. Reconocen ya los síntomas de su enfermedad y lo que la ocasiona (un agente externo). Sabe porqué se realiza cada procedimiento pero solo permite que se los realice alguna personal con la que simpatice, pues le da la idea de que así no le dolerá.

3. Once años o más: su enfermedad tiene múltiples causas y las distingue. Su enfermedad tienen que ver con una parte concreta del cuerpo.

Las reacciones que tome el paciente también dependen de su desarrollo, viendo así que:

- Del nacimiento a los seis meses aceptan sustitutos mientras estos satisfagan sus necesidades. Se debe dar un trato tierno, suave, estimulación táctil, permitir el contacto visual. Es importante permitir a la madre proporcionar el pecho dándole un ambiente tranquilo y confortable.
- Seis meses a un año. Su angustia se manifiesta por ansiedad, anorexia, tristeza y aislamiento. Tienen terror a la ausencia de la madre ya que no comprende que si ella no esta sigue existiendo. Deben darse estímulos móviles, música y juguetes, y en la medida de lo posible, permitir que la madre permanezca con él.
- Uno a tres años: el tiempo y la separación lo relacionan con pérdida de amor de los padres de manera permanente. Sienten temor, ira, tristeza y confusión. Se deben relacionar las visitas con eventos rutinarios y no con horas; acompañarlo al realizarle procedimientos médicos y mantener con él algún objeto querido lo ayudará en su adaptación.
- Cuatro a siete años: el hecho de ver alterada su integridad física lo mantiene angustiado, pero tiene mayor tolerancia a la hospitalización. Se deben explicar todos los procedimientos médicos de manera sencilla pero con la verdad para que colabore con ellos. Puede ayudar el permitirle jugar con el equipo que no sea peligroso, y hay que exhortarlo a que pregunte.

- Siete a doce años: deben explicarse los procedimientos correctamente. Hay que tratar de empatizar con el niño(a) asegurando confidencialidad.
- Adolescencia: la integridad corporal y la autoimagen son lo más importante. Cooperar poco y su rebeldía se manifiesta con negación a realizar procedimientos médicos, ya que le parecen humillantes. Es importante en ellos enfatizar la privacidad.⁵

En general, los niños se angustian más y son más vulnerables que las niñas. Pero los varones pueden variar en mucho en la manera en que reaccionan ante las separaciones, como de hecho lo hacen las niñas, es decir, algunos se enfrentan a la situación mejor que otros. Para ambos sexos, es probable que se acentúe cualquier problema de conducta que exista antes de la separación. Un ejemplo sencillo de esto podría ser aquellos pacientes con relaciones deficientes socialmente, los cuales tienen mayor probabilidad de perturbación a causa de una admisión al hospital.

En cuanto a las relaciones con la madre y separaciones previas, podemos decir que el paciente pediátrico se comporta de manera más estable y menos tenso ante la separación. Por el contrario, la relación demasiado protectora producirá en el niño una separación actual más traumática.

Otro factor importante a tratar es el desconocimiento y calidad estimulante del ambiente, lo cual puede revertir los efectos de la separación en general, contando con

⁵ Attie A. L. Cardiopatías congénitas.

la presencia de personas familiares para el niño, pero no necesariamente que le proporcionen cualquier tipo de cuidado materno sustituto, en particular un hermano o hermana, aun si es demasiado pequeño como para tomar el papel de proveedor de cuidado. El desconocimiento también se puede compensar a través de llevar al hospital un juguete o una manta familiar y con visitas al mismo antes de que se admita realmente al niño.

La calidad del cuidado sustituto en los hospitales generalmente no es el adecuado para que se desarrolle cualquier tipo de vínculo sustituto. El personal está en lista de rotación y cambia, un gran número de niños compiten por la atención de unos cuantos adultos y, en ocasiones, contribuye a esta situación la existencia de una política deliberada que no permite relaciones especiales para evitar afirmaciones de favoritismo y los celos resultantes.

Generalmente, la respuesta que un niño(a) tiene ante los procedimientos médicos dependen de la frecuencia con que se presenten y de los sentimientos que le causan desde el interior de su cuerpo y de las sensaciones que le producen en el exterior.

Un factor importante sobre la psique de estos pacientes es que pueden recordar muy bien su cirugía y su estancia en el hospital, sin embargo, todas las reacciones involucradas durante estos eventos generalmente son de carácter inconsciente, lo que dará como resultado la diversidad de síntomas emocionales posteriores. Attie refiere

que “cuando el ‘yo’ es incapaz de manejar la angustia provocada, la operación se vuelve un trauma para el niño”.

De esta manera, la estancia prolongada hospitalaria post-quirúrgica puede acarrear consecuencias psicológicas como:

- Problemas de alimentación.
- Alteraciones del sueño.
- Enuresis o en raras ocasiones encopresis incluso en niños(as) que por su grado de afectación no deberían presentar estos problemas.
- Regresión a edades cronológicas inferiores.
- Depresión.
- Inquietud.
- Ansiedad y estrés.
- Terror al personal de salud y material médico.
- Miedo a la muerte.
- Disminución de su autoestima.
- Sensación intensa de frustración.
- Ansiedad manifestada en trastornos fisiológicos como trastornos cardiovasculares, desmayos, palpitaciones, vómitos, dolor de cabeza, etc.⁶

⁶ www.enfermeria.com Artículo: Efectos de la hospitalización prolongada en niños(as). 1996. España.

La estancia en la unidad de terapia intensiva posterior a la cirugía puede ser una experiencia aterradora, por lo que la incidencia de problemas psicológicos resultantes es muy alta y aumenta con la edad. Pueden existir factores determinantes como la personalidad patológica previa y antecedentes psiquiátricos familiares.

Su proceso de adaptación al medio hospitalario dependerá de sus experiencias pasadas, la relación con su familia, sus complicaciones durante el procedimiento quirúrgico, y la duración de la hospitalización, así como los cuidados que la enfermera le proporcione al paciente y a sus familiares para disminuir este serio problema.

INTERVENCIONES ADECUADAS A LA ETAPA DE DESARROLLO DEL PACIENTE

Por lo general se considera que la comunicación es esa interacción que intencionalmente llevamos a cabo con nuestros pacientes. De hecho, siempre nos estamos comunicando con ellos, aunque no necesariamente de la manera deseada. El niño que prolonga su estancia hospitalaria ha sido separado de sus padres, está retenido por la fuerza y se le realizan procedimientos penetrantes y dolorosos, por lo que de hecho está recibiendo un mensaje de quienes lo atienden. Sin embargo, este mensaje no es precisamente el que se quería comunicar.

La enfermera puede utilizar la comunicación de una manera positiva para ayudar a los niños y a sus familias a manejar el estrés que les genera la estancia prolongada hospitalaria.

La preparación para los procedimientos médicos puede realizarse con facilidad cuando uno de los padres del niño este presente y el paciente puede cooperar adecuadamente. Existen excepciones que necesitan tratarse de manera individual. Los lactantes menores aprenden rápidamente cuáles son los sucesos que presagian accesos de dolor; siempre es importante despertar al niño antes de realizar cualquier cosa que pueda lastimarlo, de manera que no sea el dolor lo que lo despierte. Hay que evitar poner música o canciones familiares durante procedimientos dolorosos para que el lactante no aprenda a relacionar esta música con avisos de dolor inminente.

Los lactantes mayores entienden mediante frases y palabras sencillas para explicar el procedimiento inmediatamente antes de realizarlo. En la medida posible, hay que permitir que el niño tome el equipo en sus manos. Se deben usar frases como “ya terminamos” cuando realmente sea el momento adecuado.

Los preescolares entienden mejor a través de dibujos, títeres, muñecas o juegos durante la explicación o la demostración y así el niño puede jugar con ellos. Si el tiempo lo permite, los preescolares pueden ser preparados con varias horas de anticipación para un procedimiento menor. Establecer un horario para los procedimientos da seguridad al preescolar. Hacerle saber que la cama del niño es su

espacio personal y mantener las manos a la vista cuando se aproxima al niño o cuando se toca su cara le brinda confianza.

Los escolares son más libres, por lo que siempre que sea posible, permítales escoger entre varias opciones. El niño debe explicar lo que oyó para verificar que ha entendido la explicación. Darle oportunidad para hacer preguntas y animarlo a hacerlas es un método eficaz. En ellos se puede hacer uso de la imaginación y la relajación para enfrentar situaciones dolorosas.

Los adolescentes necesitan una explicación clara, apoyada en hechos y con oportunidad para hacer preguntas. Permitirles tener el mayor control posible donde ellos decidan si quieren o no que alguien más este presente. Las técnicas de relajación son muy favorables para evitar estrés.

VALORACIÓN DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS.

Los niños suelen responder bien al trato honesto, amable y respetuoso. La mayoría de los niños quiere complacer a sus padres y a otros adultos.

Los principios generales para trabajar con niños consisten en diez puntos principales⁷:

⁷ C. Slota, M. Cuidados intensivos de enfermería en el niño. Ed. Interamericana México. 2000.

1. Preséntese con el niño. Puede ser que no conteste verbalmente, pero estará escuchando todo lo que se dice para decidir cuán peligrosa o cuán cómoda le resulta la situación.
2. La honestidad es esencial para establecer una relación de confianza con los niños, aún si el procedimiento va a causar dolor. Negar que dolerá y después producirlo destruirá la posibilidad de una relación de confianza y colaboración. Cuando el niño pregunte algo que no sepa contestar, acepte que no sabe y prométale que tratará de encontrar la respuesta.
3. Mire al niño a los ojos y llámelo por su nombre.
4. Permita al niño ver sus manos y cualquier instrumento que vaya a usar.
5. Cuando sea posible, permita que el niño elija, pero no le presente alternativas falsas.
6. Permita que los padres participen en los cuidados del niño siempre que sea posible.
7. Use un tono de voz suave y tranquilo.
8. Pídale a la familia que lleve al hospital alguno de los objetos preferidos del niño.
9. Siempre que sea posible, inclínese o póngase en cuclillas para ponerse a la altura de los ojos del niño.
10. Elabore un plan de cuidados de enfermería que dirija su atención al paciente de forma holística, acentuando en la importancia de que en este participen a su vez los padres.

MODELO DE ADAPTACIÓN DE SORCAJISTA ROY

El modelo contiene cinco elementos esenciales: paciente (persona que recibe los cuidados enfermeros), meta de la enfermería (que se adapta al cambio), salud, entorno (anteriormente mencionado como factor fundamental de dicha teoría) y dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación). Todos los elementos están relacionados entre sí.

Además de estos cinco elementos, el modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. De esta manera, se puede definir como sistemas a “un conjunto de componentes organizados relacionados para formar un todo; considerando al receptor de los cuidados como un sistema abierto, adaptativo, que reacciona e interactúa con otros sistemas del entorno y que reacciona como un todo; la disfunción en uno de los componentes afecta al sistema completo”⁸

Aunque complicado, Roy aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida, del cual hablaré brevemente.

La entrada se identifica como los estímulos que llegan del entorno o del interior de la persona. Estos estímulos se clasifican en focales (que afectan inmediatamente), contextuales (aquellos que están presentes), o residuales (como creencias culturales o

⁸ Wesley, R.L. Teorías y modelos de enfermería. Editorial Interamericana. México. 1997. .

actitudes ante la enfermedad). En esta etapa del ciclo está incluido un nivel de adaptación de la persona (el espectro de tolerancia a los estímulos).

El procesamiento consiste, a su vez, en procesos que se refieren a los mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación; y los efectores que se refieren a la función fisiológica, el autoconcepto y la función del rol incluido en la adaptación.

Finalmente, la salida es el resultado del sistema, si encontramos que el sistema es la persona, la salida se refiere a las conductas de la persona. Este sistema se divide a sí mismo en las categorías siguientes:

- Respuestas adaptativas: aquellas que promueven la integridad de la persona.
- Respuestas ineficaces: aquellas que no fomentan el logro de las metas.

Las respuestas adaptativas son utilizadas cuando una persona demuestra conductas que logran las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Estas respuestas, o salida, proporcionan la retroacción del sistema.

Otro de los elementos que Roy relaciona con los cinco elementos básicos de su teoría son los mecanismos de afrontamiento, que se refiere a los patrones de conducta que una persona utiliza para su autocontrol. Dichas conductas pueden ser innatas o aprendidas. Dentro de estos mecanismos de afrontamiento, Roy reconoce como los más importantes los siguientes:

1. El regulador, que se refiere a todo un conjunto de estímulos internos y externos que desencadenan el sistema nervioso y químico del organismo y que a través de la circulación íntegra desenvuelve las vías intactas desde y hacia el sistema nervioso que actúa en tres áreas:
 - Médula espinal, tronco encefálico y reflejos autónomos, que estimula el sistema efector originando respuesta de reflejos automáticos que se observan en la respuesta corporal.
 - Respuesta de las glándulas endocrinas, que produce liberación de hormonas hacia los órganos diana y se manifiestan en la respuesta corporal.
 - Percepción, que influye sobre la memoria a corto o largo plazo la cual establece la elección psicomotora de la respuesta corporal.

2. El cognitivo, que responde también a una serie de estímulos internos y externos en las vías y aparatos íntegros para:
 - La percepción y procesamiento de la información en los procesos de atención selectiva, codificación y memoria para dar una respuesta.
 - El aprendizaje a través de la imitación, refuerzo y comprensión para dar su respuesta.
 - El juicio para la resolución de problemas y toma de decisiones.
 - La emoción que pone defensas para buscar ayuda y valores y apoyos de afecto que alteran la respuesta.

Así, los modos adaptativos a los que se refiere Roy en su modelo son parte de los procesos internos y actúan como efectores del sistema y son categorías de conducta que incluyen función fisiológica, autoconcepto, función del rol e interdependencia; el regulador el cognitivo actúan dentro de estos modos y pueden ser utilizados para determinar el nivel de adaptación de una persona; este nivel, que es mostrado por la conducta de la persona, refleja el uso de los modos de adaptación y de los mecanismos de afrontamiento.

Debido a su importancia, es necesario hacer énfasis en cada una de estas categorías.

- **FUNCION FISIOLÓGICA:** implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de la persona de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos, y la función neurológica y endocrina.
- **AUTOCONCEPTO:** se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo y abarca la identidad física (sensación e imagen corporal), la identidad persona. (autocoherencia y el autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).
- **FUNCIÓN DEL ROL:** implica conductas en razón de la posición de la persona en la sociedad y depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta (en el caso de este proyecto, en la hospitalización prolongada post-quirúrgica). Puede clasificarse como primario (edad, sexo); secundario (estado civil); o terciario (rol temporal).

- **INTERDEPENDENCIA:** implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio de las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y de las conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción del trabajo). Este punto satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

Una vez establecido el contexto del modelo de Roy, es importante establecer los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero:

- a) **PERSONA:** es el receptor de los cuidados enfermeros y el cual tiene un rol activo en los cuidados. Además, es un ser biopsicosocial que interactúa constantemente con el entorno cambiante, un sistema adaptativo que utiliza mecanismos de afrontamiento innatos y adquiridos para enfrentarse contra los agentes estresantes.
- b) **ENTORNO:** lo define como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta del ambiente interno y externo, que proporciona la entrada (estímulos) y que siempre está cambiando e interactúa con la persona.
- c) **SALUD:** es un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; la salud se considera como la meta de la conducta de la persona y la capacidad de la persona para ser un organismo adaptativo.
- d) **ENFERMERÍA:** es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Esta realiza actividades que

promueven las respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y la enfermedad.

OBJETIVOS

- **GENERAL:**

Brindar cuidados de enfermería coordinados con el equipo de salud, para proporcionar dichos cuidados individualizados y específicos a los pacientes pediátricos con hospitalización prolongada post-quirúrgica que presentan alteraciones en la conducta con base en el modelo de Soy Callista Roy.

- **ESPECÍFICOS:**

- a) Proporcionar método de valoración para el profesional de enfermería que le ayude a la recolección de problemas del paciente con estancia prolongada post-quirúrgica.
- b) Desarrollar un instrumento que permita al profesional de enfermería brindar cuidados específicos y de calidad al paciente con estancia prolongada post-quirúrgica.
- c) Identificar las principales necesidades del paciente pediátrico post-quirúrgico y aplicar los cuidados necesarios para lograr que este presente menor número de alteraciones conductuales durante su estancia hospitalaria y que le permita reincorporarse a su familia y a su rol social satisfactoriamente.

HIPÓTESIS.

La aplicación del modelo de adaptación de Sor Callista Roy que hace énfasis en el aspecto emocional del niño hospitalizado así como en su adaptación al medio, es una manera de favorecer la administración de los cuidados de enfermería necesarios para que se presenten menos de las alteraciones conductuales en pacientes pediátricos con hospitalización prolongada del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chavez” permitiéndole al egresar del hospital reincorporarse a su actividad social normal.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y transversal.

METODOLOGÍA.

- Estructura del marco teórico: Se realizó una investigación bibliográfica y documental de manera retrospectiva, los datos se seleccionarán y serán incluidos en el presente trabajo.
- Verificación de hipótesis: se hará investigación por medio de un instrumento de valoración el cual será de conocimiento solamente de la enfermera que lo aplica y basándose en la observación. Cabe aclarar que debido a que el presente trabajo de investigación se realizó en solo 3 meses de estancia en el servicio de Cardiopediatría en el área de escolares del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chavez” por parte de la pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, la muestra utilizada es pequeña para establecer resultados concretos, por lo que dicha investigación se toma como una prueba piloto sujeta a cambios y sugerencias.
- Sistematización de datos: las técnicas que se emplearán son: revisión de datos, conteo manual, tabulación y elaboración de gráficas, descripción de datos, uso de métodos de porcentaje y, finalmente, se propondrán alternativas de solución a los problemas o necesidades de la población en estudio por medio de actividades

recreativas sugeridas e implementación de las mismas, a partir de la relación lograda entre la pasante de Enfermería y los pacientes pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODO.

a) Universo:

Pacientes del 6to piso (pediatría) del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” que se encuentren hospitalizados con estancia prolongada durante agosto del 2000 hasta enero del 2001.

b) Criterios de selección:

Criterios de inclusión.

- Pacientes del piso de pediatría del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” que se encuentren entre la etapa de preescolar a adolescente.
- Que cursen con estancia prolongada de por lo menos un mes desde su procedimiento quirúrgico.
- Que acepten participar en el estudio (tratándose de menores de edad, la autorización será solicitada a sus familiares).

Criterios de exclusión.

- Aquellos pacientes que no cumplan con los requisitos anteriormente mencionados.

c) Variables:

Se identifican como variables los procesos internos que actúan dentro del sistema adaptativo del modelo de Roy, siendo los siguientes:

- Función fisiológica: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos, función neurológica y endocrina.
- Autoconcepto: identidad física, identidad personal e identidad moral y ética.
- Función de rol: edad, sexo, estado civil, rol temporal del particular.
- Interdependencia: búsqueda de ayuda, atención y afecto; iniciativa y obtener satisfacción del trabajo.

d) Procedimientos de captación de la información:

Se realizará por medio de un registro de las variables mencionadas anteriormente que además incluirá los datos de identificación del paciente, así como la detección de problemas y necesidades de manera individual. El formato de dicho instrumento de valoración se localiza en el apartado de Anexos del presente proyecto.

e) Parámetros de medición:

Se realizará por medio de la escala nominal.

f) Recursos:

- Humanos:

1. Una pasante de la Licenciatura en Enfermería y Gineco-obstetricia.

2. Pacientes del 6to. Piso del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”
 3. Familiares de dichos pacientes.
- Materiales:
 1. Papelería necesaria.
 2. Computadora.
 3. Impresora.
 4. Expedientes clínicos.
 5. Hojas de enfermería.
 - Financieros:

La investigación será financiada por la pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De los once casos estudiados durante agosto del 2000 hasta diciembre del mismo año, fue posible observar los siguientes datos:

1. Dentro de la variable FUNCIÓN FISIOLÓGICA, los problemas que presentan en un 100% los individuos observados son ansiedad, cambios del ritmo cardiaco, uso de catéter central o periférico, herida quirúrgica, así como lavado de manos, cepillado de cabello y aseo bucal. Cabe mencionar que estas tres últimas variables se observaron durante el turno matutino y que se debían a falta de equipo necesario (cepillo de dientes y de cabello) y a la instrucción adecuada para llevar a cabo dichos cuidados. Así también en el mismo porcentaje se observaron problemas como irritabilidad, ansiedad y depresión relacionados a la realización de procedimientos invasivos. En un 81% se presentaron problemas en el sueño (pesadillas) y temor causado por los procedimientos invasivos. En el 72% de los pacientes se observó cambios rápidos de humor y llanto. Se pudieron encontrar problemas de anorexia y cambios en la tensión muscular en un 54%, inquietud en un 45%, sentimientos de ira dirigidos al personal de salud en un 36%, dolor de cabeza secundario a la realización de procedimientos invasivos en el 27%; insomnio y sueño menor de 8 horas diarias en el 18%, como también en el mismo porcentaje disnea y cianosis relacionado con cardiopatía congénita; y finalmente en un 9% de la población en estudio se encontraron problemas como sueño mayor de 1 horas, se dormían al comer, fatiga, distorsiones auditivas, alucinaciones y respuestas inadecuadas.

2. En el apartado de AUTOCONCEPTO, las variables manejadas y que se encontraron en la población estudiada se presentaron en los siguientes porcentajes: el 100% de los niños(as) sienten un cambio en su vida y así mismo tienen sentimientos de abandono, por lo que durante las visitas familiares existe aferramiento a la madre. El 81% de los pacientes se vuelve dependiente de otros. El 54% de dichos pacientes presentan problemas de cambios en la participación social, hipersensibilidad a críticas o desaires, falta de participación en sus cuidados, molestia por la inactividad física e incomprensión de su enfermedad, misma que en su totalidad se debió a la edad que presentan dichos pacientes (preescolar). Problemas como temor al rechazo de otras personas, sentimientos de incapacidad y desconocimiento del servicio y su rutina se observaron en el 45% de la población estudiada. Finalmente, los problemas que presentaron el 27% de los niños(as) en este apartado fueron actitud pasiva, ensimismamiento, regresión a edades anteriores y solo el 9% de los pacientes presentó distorsiones visuales y auditivas.
3. En el último apartado del instrumento, FUNCIÓN DE ROL, se observó que el 72% de la población estudiada son escolares y solo el 27% se encuentran en la etapa preescolar, el 63% viven en el Distrito Federal y solo el 36% son de algún lugar de la República Mexicana; así, el 100% de los niños(as) provienen de un nivel socioeconómico bajo. El 81% habita con sus padres y el 18% lo hace con otro familiar (abuelos); el 72% estudia, el resto por su etapa de desarrollo aún no ingresan a la escuela.

Entre las tres variables más importantes de este apartado, encontramos que los pacientes pediátricos con estancia prolongada hospitalaria buscan afecto en un 100%, atención de los demás en un 81%, y solo buscan ayuda un 9% de la población en estudio.

4. Las tablas 1y 2 reflejan los problemas que presentan con mayor frecuencia dentro del apartado de FUNCIÓN FISIOLÓGICA los pacientes en estudio en las dos diferentes edades estudiadas (preescolar y escolar). Dentro de la etapa preescolar, los principales problemas observados en dicha edad durante la hospitalización prolongada son ansiedad, cambios en la frecuencia cardiaca, pesadillas, irritabilidad, cambios rápidos de humor, temor, ira y depresión, tomando en cuenta que el número de preescolares estudiados fue de 3. En contraste, los escolares (8) presentaron con mayor frecuencia problemas de Ansiedad, cambios en la frecuencia cardiaca, irritabilidad, depresión, y en menor número de casos llanto, pesadillas y temor. Esto refleja que en cierto grado la edad no es un factor absolutamente determinante de la reacción que tiene el ser humano ante la hospitalización.
5. La tabla 3 nos refleja que los PROBLEMAS EN AUTOCONCEPTO que presentaron los preescolares en su mayoría son cambios en el estilo de vida, hipersensibilidad a críticas y desaires, dependencia a otros, desconocimiento del servicio y su rutina, molestia por la inactividad física e incomprensión de su enfermedad. En cambio, el escolar presentó solo en su mayoría cambios en el estilo de vida y sentimientos de abandono, este último no se observó en el

paciente preescolar ya que los mismos crean una imagen materna en la enfermera.

6. Los PROBLEMAS DE INTERDEPENDENCIA que observamos en la tabla 4 nos muestran que en su mayoría los preescolares buscan en los demás atención y afecto, mientras que los escolares centran su búsqueda solamente en el afecto, dejando en segundo lugar la búsqueda de atención y finalmente la búsqueda de ayuda, esta última no se observó en los pacientes preescolares estudiados, ya que los mismos cubren dicha necesidad llamando la atención de los demás.
7. Dentro de la tabla 5 y 6 del apartado de FUNCIÓN FISIOLÓGICA POR SEXO, podemos observar que las mujeres (6) presentan con mayor frecuencia ansiedad y cambios en la frecuencia cardiaca, quedando en segundo plano el llanto. En los hombres (5), los principales problemas observados son ansiedad, cambios en la frecuencia cardiaca y pesadillas relacionadas con procedimientos invasivos. Así mismo, hombres como mujeres presentan depresión es todos los casos estudiados. Además, todos los pacientes masculinos estudiados presentan irritabilidad y temor.
8. La tabla 7, nos refleja que los problemas de AUTOCONCEPTO en la mujer son en todos los casos estudiados cambios en el estilo de vida, sentimiento de abandono y aferramiento a la madre en las visitas; los hombres presentan en su totalidad cambios en el estilo de vida y aferramiento a la madre en las visitas.
9. Finalmente, la tabla 8 nos muestra que las mujeres buscan atención y afecto de los demás en su totalidad y los hombres solo afecto dentro de los PROBLEMAS DE AUTODEPENDENCIA. Cabe mencionar que los pacientes hombres

incluidos en el estudio no buscan ayuda de los demás, mientras que algunas de las mujeres si lo hacen.

CONCLUSIONES:

El apoyo psicológico del niño hospitalizado prolongadamente con cardiopatía es de vital importancia, ya que previene trastornos posteriores a su egreso, ayuda a la adaptación al medio durante su estancia hospitalaria, disminuye la ansiedad e incrementa la recuperación poshospitalaria. El niño es el dueño de sí mismo, por lo mismo tiene derecho a saber que es lo que sucede. Si la enfermedad y los procedimientos quirúrgicos e invasivos no son explicados al niño, éstos quedarán envueltos en su fantasía y así lograrán atemorizarlo.

El personal médico y sobre todo de enfermería que se encuentre responsable del niño, debe poseer suficiente información sobre la patología del niño, el procedimiento quirúrgico que se le realizó y los cuidados que conlleva su convalecencia del mismo, para así darle información acerca de qué pasa con su cuerpo y como funcionará de ahora en adelante, y así afrontar las defensas habituales del niño. Es importante también saber qué es lo que el niño piensa de su estado actual y su hospitalización.

Gracias al modelo de Sor Callista Roy, se pudo identificar que uno de los problemas de mayor trascendencia para la adaptación del niño con hospitalización prolongada es el sentirse abandonado por la familia y desconocer totalmente el área donde se encontrará y las personas con las que tratará; así, el modelo de atención de enfermería elegido permitió descubrir la conducta que adopta el niño en el transcurso

de su convalecencia y proporciona al personal de enfermería una guía útil para descubrir las necesidades del niño durante su estancia en el hospital, ayudando así a planear de una manera sistematizada los cuidados necesarios para que se presenten menos de las alteraciones psicológicas en los pacientes pediátricos con hospitalización prolongada. De esta manera, llevando a cabo el proceso de atención de enfermería con base en el modelo de adaptación de Roy, se alcanzan las metas que beneficiarán a eliminar defensas patológicas que disminuyan la recuperación pronta del paciente, permitiéndole al personal de enfermería analizar las ideas distorsionadas que conducen al desarrollo de dichas conductas para así orientar al niño en su adaptación al servicio de cardiopediatría, así como promover su cooperación en procedimientos médicos y ayudándole a aceptar de manera menos traumática la separación de su familia.

El modelo tomado proporciona un medio de información para el personal de enfermería sobre el niño de una manera holística, principio fundamental de nuestra profesión. Dicho modelo estimula la comunicación entre la enfermera y el paciente que, ya sea por la edad o por ansiedad, en ocasiones no son capaces de verbalizar dudas y angustias.

El mundo del niño, la enfermedad y la enfermera ocupan un lugar importante en la adaptación al medio, así como los padres los cuales deben ser atendidos tanto como el niño, dado que éste último reaccionará a su hospitalización siguiendo la actitud de los padres, y esta última puede ser causa de múltiples dificultades

psicológicas posteriores, por lo que el presente modelo no solo permite analizar al niño, sino también ayuda al padre a introducirse en el tratamiento de su hijo con ayuda de la enfermera si ésta permite desarrollar un medio de confianza al ser el niño hospitalizado. La hospitalización prolongada puede hacerse más ligera si se realizan acciones de análisis de la situación actual del niño y su familia, información, establecimiento de un ambiente pediátrico y una atmósfera agradable y protectora.

Hay que satisfacer las necesidades del niño y la familia para no lastimar las emociones en el proceso de sanar al niño de su cardiopatía.

Es por ello que dentro de esta tesis se proponen algunos ejercicios que pueden desarrollar el niño durante su estancia prolongada en el hospital, dichos juegos desarrollan los sentidos de los niños y los mantienen distraídos del medio médico que los rodea por un tiempo:

- I. LA GRAN CASCADA: sirve para diferenciar lo que se ve y ayudar a la visión rápida. Los niños se sientan delante de una cesta o cosa parecida. El que dirige el juego toma un buen puñado de monedas o fichas, alza la mano y las deja caer pausadamente dentro de la cesta. Los niños deben decir cuántas monedas han caído en la improvisada cascada. El que más se acerca, gana. Cuando tienen superada esta prueba se puede complicar algo más. Se hace con fichas de varios colores. Se dejan caer de la misma forma,

lentamente, y han de adivinar cuántas fichas de cada color han bajado de las alturas.

- II. **JUEGO KIM:** sirve para desarrollar la memoria visual. Se colocan 20 a 24 objetos distintos encima de la mesa y se cubren con un trapo. Los jugadores se ponen delante. El que dirige el juego saca el trapo durante un minuto para que los chicos puedan admirar tanta belleza. Los vuelve a tapar. Los niños anotarán en un papel todos los objetos que recuerden. Se les puede dar un tiempo determinado, según su edad. El que anota más, gana. Un punto por objeto adivinado. Se quitan dos puntos si se anota algo que no está bajo el velo. Cuando los jugadores ya conocen todos los objetos, se les complica haciéndoles poner además, el color de cada objeto, su forma, etc. Hay una variante que consiste en hacerles dibujar los objetos en un papel y en la posición en que se hallan encima de la mesa.
- III. **OREJAS LIMPIAS:** para aprender a reconocer los sonidos. Los jugadores se sientan alrededor de la mesa; sobre la cual se ponen de 12 a 15 objetos irrompibles. Se les deja mirar durante un minuto, sin que puedan tomar nota de nada. A la señal, se vuelven todos de espaldas, y el que dirige toma un objeto y lo tira al suelo (o sobre la mesa), y así todos uno tras otro. Los jugadores han de reconocer el objeto por el ruido que produce su contacto con la superficie en la que caen. Pueden anotar sus observaciones que luego presentarán. Habrán de estar anotados en el mismo orden en que se han ido echando hacia abajo. Hay que escoger los objetos, para que sus ruidos sean lo suficientemente diferentes como para ser identificados.

IV. GANCHO DE COOK: ayuda al niño a afrontarse a problemas difíciles, conecta a la vez todos los circuitos de energía del cuerpo y activa su energía eléctrica. El niño debe sentarse recta y cómodamente en un sillón, cruza la pierna izquierda sobre la pierna derecha de tal forma que el tobillo esté sobre la rodilla derecha, agarra su tobillo izquierdo con la mano derecha, pone su mano izquierda sobre el arco de la planta del pie izquierdo. Si fuera necesario, puede quedarse con los zapatos puestos. Sentado en esta posición, respira profundamente. Puede cerrar los ojos y relajarse. Presiona su lengua contra el paladar durante la inhalación. Durante la espiración, debe relajar la lengua. Cuando esté preparado, el niño descruza la pierna, toca las yemas de los dedos de las manos entre sí, continúa la respiración profunda durante uno o dos minutos más. Dicho ejercicio, además de ayudar a su concentración emocional y aumentar su atención, mejora el autoestima y la confortabilidad con respecto al entorno.

SUGERENCIAS.

El juego es una actividad natural y espontánea del niño, que ocupa gran parte de su tiempo, constituye su principal forma de expresión y un medio para manejar a la tensión. El juego por sí solo es una terapia y el mejor instrumento que el niño proporciona al personal de salud durante la hospitalización. Este lo autoenseña y en algunos casos autocura, y es utilizado por el niño para compensar sus derrotas, sufrimientos y frustraciones. En el hospital, el juego refleja lo que para el niño significa estar fuera del hogar, lo que para él representan las rutinas del hospital y los efectos que todo esto tiene sobre él.

El juego es un arma terapéutica para el personal de enfermería considerando que este ayuda a resolver y superar los problemas que afronta el niño durante la hospitalización, cumple simbólicamente los deseos del niño, lo ayuda a controlar de alguna manera su hospitalización y les da un escape de la realidad pero a la vez los adapta a la misma.

BIBLIOGRAFIA.

- BAILY, Ellen, et al. Enciclopedia de la enfermería Tomo 1, Ed. Océano/Centrum, España 1997. Pag 1-10
- BAILY, Ellen, et al. Enciclopedia de la enfermería Tomo 3, Ed. Océano/Centrum, España 1997. Pag 525-528, 552.
- BAKWIN, Harry, et al. Desarrollo psicológico del niño normal y patológico. Ed. Interamericana, México, 1874 pp. 619.
- BATLLORI, J.M. Cómo educar jugando. Ed. Minos, México, 1992, pag.249.
- DE LA FUENTE, Ramón. Psicología médica. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1963 pp. 444.
- DENNISON y col. Brain gym. Aprendizaje de todo el cerebro. Ed. Lectorum. México, 2000. Tercera edición. Pag. 171
- MARQUEZ, Ma. Pilar. Artículo de Internet www.intersalud.net/enfermeria : Cuidados de enfermería al niño con procesos crónicos. Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.
- MARTIN, Antonia. Artículo de Internet www.intersalud.net/enfermeria : Plan básico de cuidados en pacientes agudos. Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.
- MURRAY, et al, Proceso de atención de enfermería, 5ª edición, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México, 1996. Pag. 14,17,36-42,158-220.
- NETTINA, Sandra M. Enfermería práctica de Lippicott. 6ª edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México, 1999. Pag. 1194-1197.

- SORRENTINO, S.A. Enfermería práctica. Ed. Manual Moderno, México, 1987. Pag. 74-77.
- SLOTA, M.C. Cuidados intensivos de Enfermería en el niño. Ed. Interamericana, México, 2000. Pag.802.
- WESLEY, R.L. Teorías y modelos de enfermería. 2ª edición. Ed. Interamericana, México, 1997 pag. 25.
- www.biomednet.com/medline/heartdisease/congenitumheartdisease.
- www.enfermería.com : Cuidados de enfermería en la Terapia Intensiva al paciente con padecimientos crónicos.

ANEXOS



INSTRUCTIVO:

El presente formato para la valoración de pacientes pediátricos con alteraciones emocionales posoperados de cirugía cardiovascular con estancia prolongada hospitalaria con base en el modelo de Sor Callista Roy pretende ser un instrumento para proporcionar un método para la detección de los problemas en el paciente pediátrico del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chavez” que sufren dichas alteraciones, y para facilitar la aplicación del proceso de Atención de Enfermería en la práctica profesional diaria.

De esta manera, el instrumento tiene un primer apartado donde se enumeran las variables principales del Modelo de Sor Callista Roy, la siguiente columna incluye aquellos posibles problemas que pudieran ser encontrados en los pacientes. La tercera y cuarta fila, esta dedicada para el paloteo de aquellos problemas que presenta o no el paciente, y finalmente se coloca una columna para posibles observaciones que la enfermera considere necesarias para tomar en cuenta al realizar su plan de cuidados.

**INSTRUMENTO PARA
NOMBRE DEL PACIENTE:**

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
VALORAR AL PACIENTE PEDIATRICO**

**"IGNACIO
EL MODELO
CON
No.
Cama**

**CHAVEZ"
DE ADAPTACIÓN DE ROY.
Expediente:**

FECHA:

**ENFERMERA
:**

FUNCIÓN FISIOLÓGICA	PROBLEMAS	SI	NO	OBSERVACIONES
Oxigenación.	F.Respiratoria >60 x' lactante			
	>40 x' niños			
	Llanto			
	Disnea			
	Cianosis			
	Irritabilidad o ansiedad.			
Nutrición	Cansancio al ingerir alimentos			
	Cambios del ritmo cardiaco.			
	Respiraciones rápidas al comer			
	Se duerme al comer.			
Eliminación.	Anorexia			
	Uso de diuréticos.			
	Estreñimiento			
	Diarrea			
	Vómito.			
Actividad y descanso.	insomnio nocturno			
	Pesadillas.			
	Sueño menor de 8 horas diarias.			
	Sueño mayor de 16 horas diarias.			
Integridad de la piel	Uso de catéter central o periférico.			
	Herida quirúrgica			
	Baño deficiente.			
	Lavado de manos			
	Cepillado de cabello			

FUNCIÓN FISIOLÓGICA	PROBLEMAS	SI	NO	OBSERVACIONES
Sentidos	Irritabilidad.			
	Cambio en la tensión muscular.			
	Fatiga			
	Distorsiones visuales y auditivas			
	Cambios rápidos de humor.			
	Ansiedad.			
	Apatía.			
	Inquietud			
	Temor.			
	Ira			
	Depresión.			
	Dolor de cabeza			
	Visión borrosa o doble			
	Falta de respuesta a los estímulos verbales.			
	Alucinaciones			
	Respuestas inadecuadas.			
	Líquidos y electrolitos	Disminución de la Ingesta de líquidos.		
Retención urinaria				
Sed				
Piel seca y membranas mucosas				
Función neurológica.	Estado de alerta alterado			
AUTOCONCEPTO				
Identidad física	Cambio en el estilo de vida			
	Temor al rechazo de otras personas			
	sentimientos negativos acerca del cuerpo			
	Sentimientos de incapacidad			
	No mira o toca alguna parte del cuerpo			
	Angustia por el cambio			
	Oculto o expone en exceso su cuerpo.			
Cambios en la participación social.				

AUTOCONCEPTO	PROBLEMAS	SI	NO	OBSERVACIONES
Identidad personal	Hipersensible a críticas y desaires.			
	Falta de contacto visual.			
	Comportamiento pasivo.			
	Dependiente de otros.			
	Ensimismamiento			
	Falta de participación en sus cuidados.			
Identidad moral y ética	Sentimiento de abandono por los padres.			
	Desconocimiento del servicio y su rutina.			
	Aferramiento a la madre en las visitas			
	Regresión a edades anteriores.			
	Molestia por la inactividad física.			
	Incomprensión de su enfermedad.			
FUNCIÓN DEL ROL				
	Primario	Preescolar.		
		Escolar.		
		Proveniente del Distrito Federal		
		Proveniente de provincia o del extranjero.		
		Proviene de medio socioeconómico alto		
		Proviene de medio socioeconómico bajo.		
Secundario	Habita con sus padres			
	Habita con familia			
	Habita con conocidos			
Terciario	Estudiante			
	Trabajador.			
INTERDEPENDENCIA	Búsqueda de ayuda			
	Búsqueda de atención.			
	Búsqueda de afecto.			

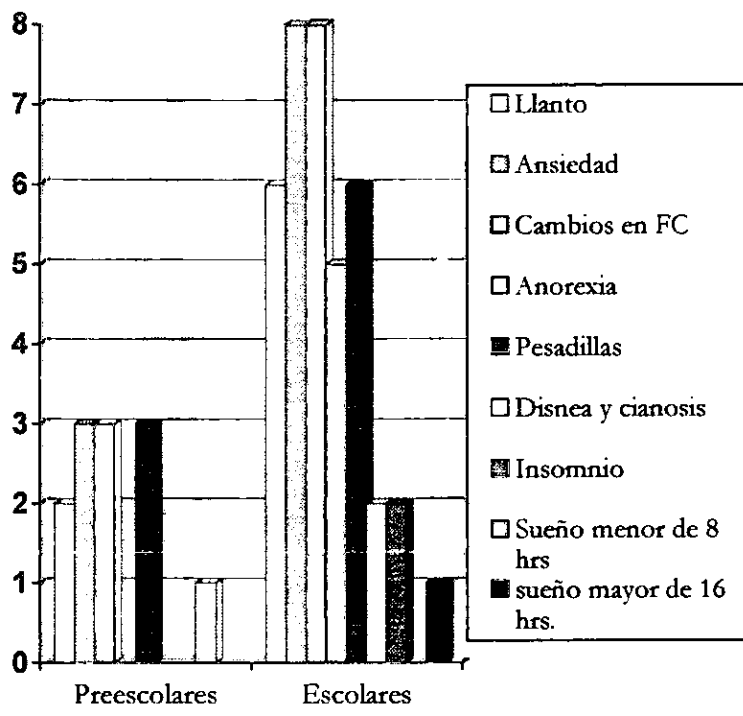


TABLA 1. PROBLEMAS DE FUNCIÓN FISIOLÓGICA POR EDAD

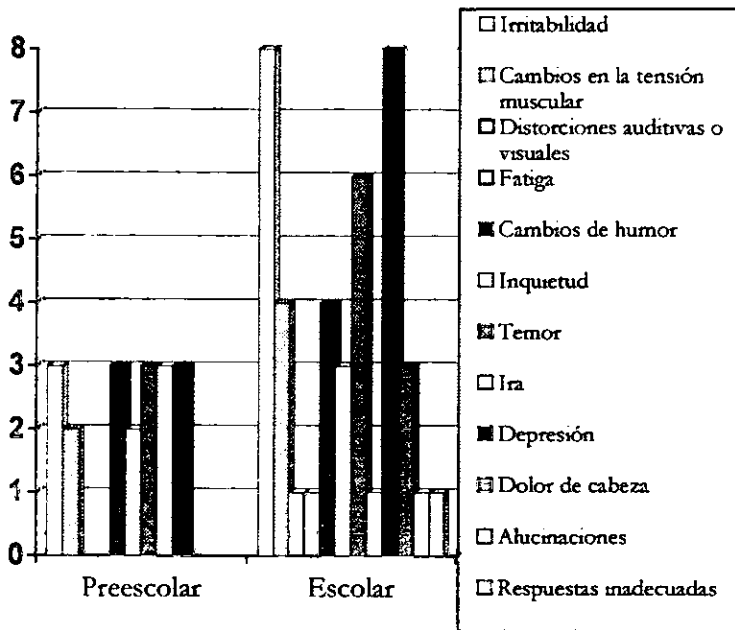


TABLA 2: PROBLEMAS DE FUNCIÓN FISIOLÓGICA POR EDAD.

TABLA 3: PROBLEMAS EN AUTOCONCEPTO

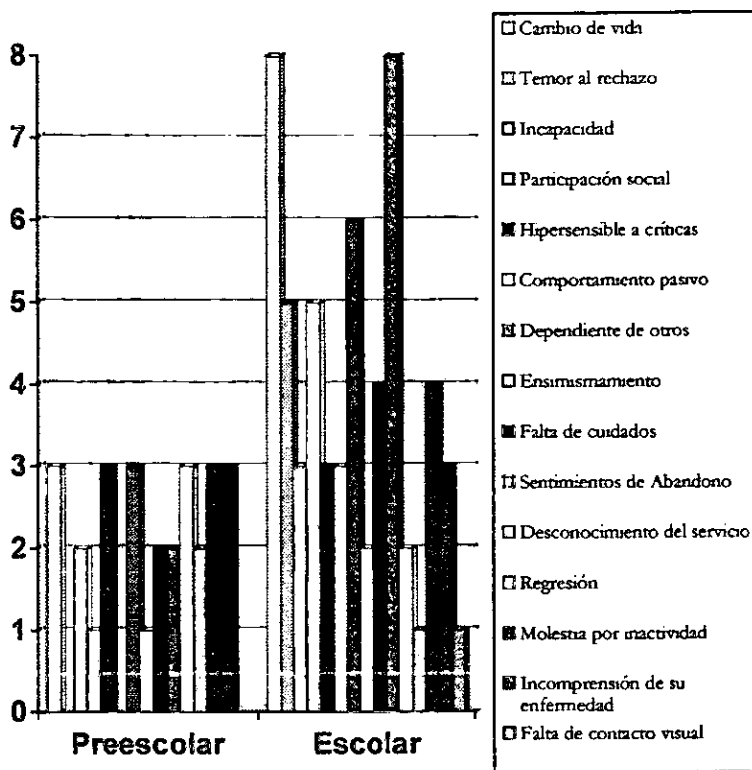


TABLA 4. PROBLEMAS DE INTERDEPENDENCIA

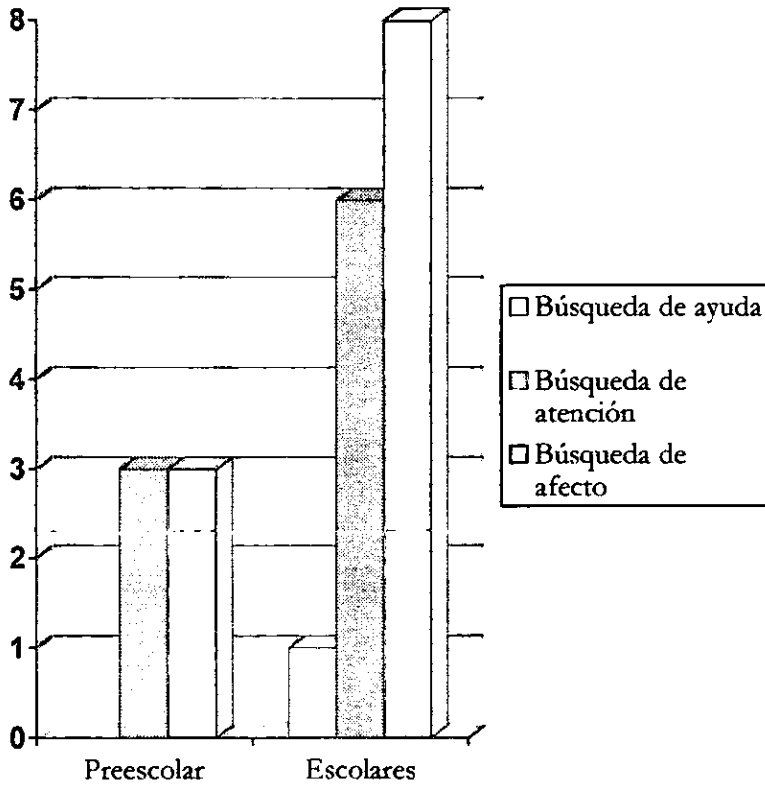


TABLA 5. PROBLEMAS DE FUNCIÓN FISIOLÓGICA POR SEXO.

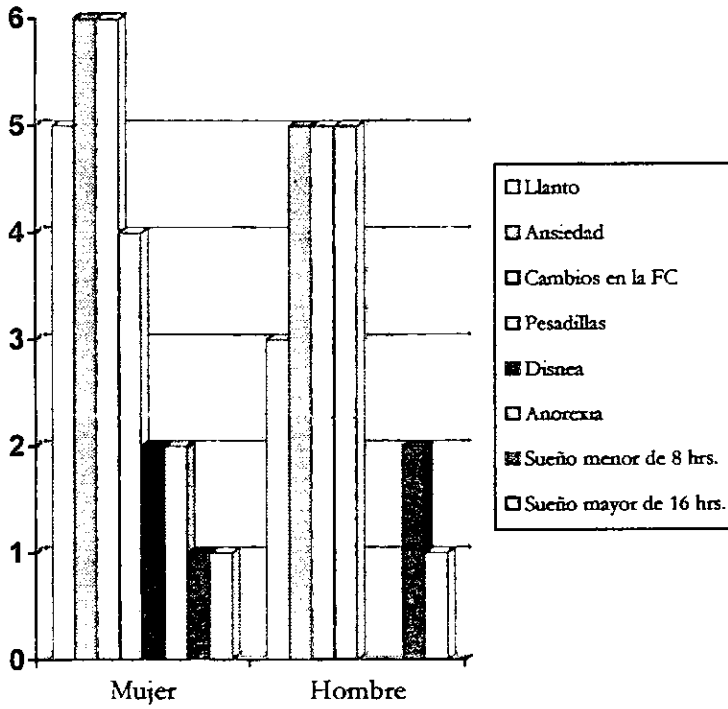


TABLA 6. PROBLEMAS DE FUNCIÓN FISIOLÓGICA SEGÚN SEXO.

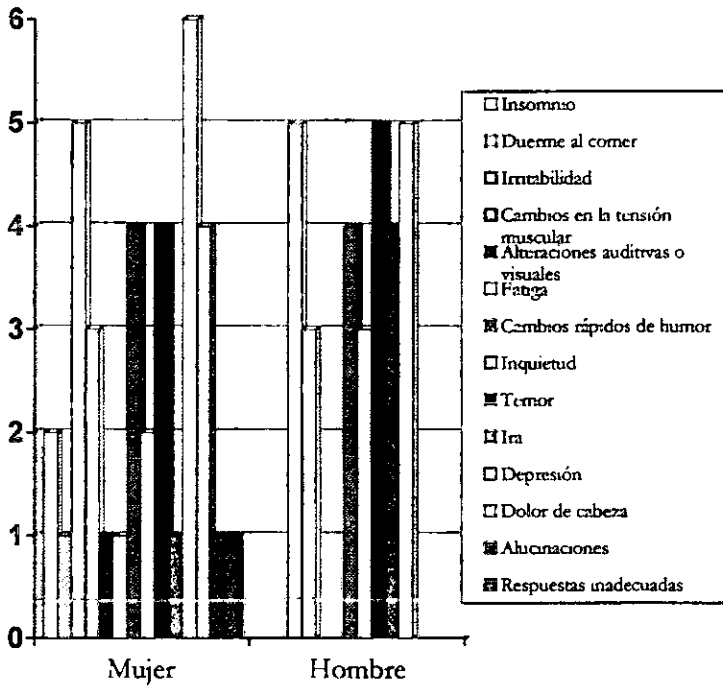


TABLA 7. PROBLEMAS DE AUTOCONCEPTO POR SEXO.

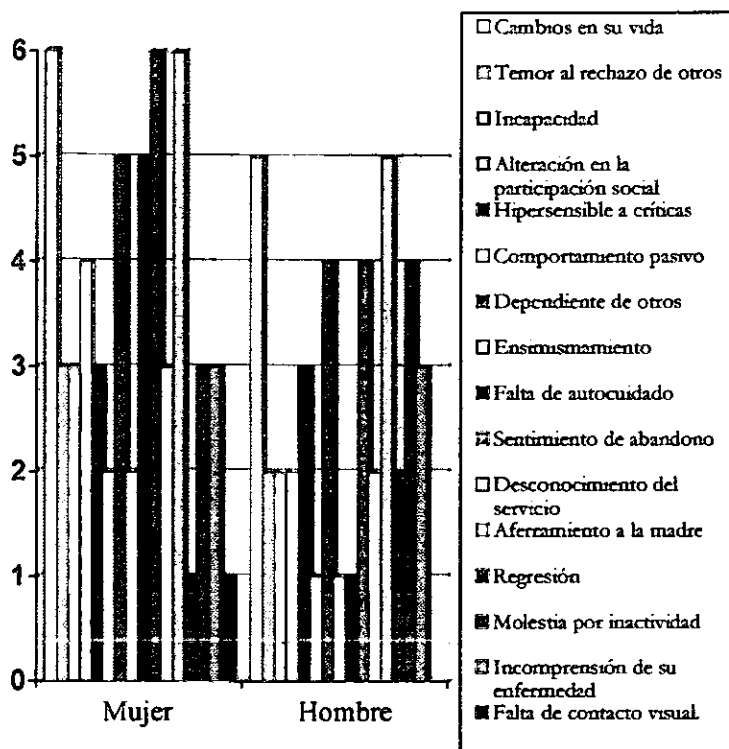


TABLA 8. PROBLEMAS DE AUTODEPENDENCIA POR SEXO.

