



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## Facultad de Psicología

---

---

### PROGRAMA DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A N  
FRANCIA NAYELY GARCÍA CARAPIA  
PAMELA BOLAÑOS MURGUÍA

Director de Tesis:  
Mtro. Pablo Valderrama Iturbe



FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA

2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## *AGRADECIMIENTOS*

*Queremos agradecer a Dios por ser nuestro guía y luz en nuestra vida. Por permitirnos llegar hasta el día de hoy y poder culminar con uno de nuestros proyectos profesionales más significativos en nuestra carrera: la titulación.*

*El siguiente reconocimiento se dirige a nuestra Máxima Casa de Estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por ser el pilar de nuestra formación profesional. Por ofrecernos educación, conocimiento, principios éticos y compromisos sociales. Nos sentimos orgullosas y satisfechas de formar parte de la comunidad universitaria que da forma y sentido a este país.*

*Al Maestro Pablo Valderrama Iturbe por haber confiado y aceptado ser parte de nuestro proyecto, por compartir con nosotros sus experiencias, por brindarnos su tiempo, compromiso y dedicación, y especialmente por guiar nuestro conocimiento hacia la realización de nuestra meta.*

*A nuestro consejo de sinodales: Lic. José Méndez Venegas, Lic. Aida Araceli Mendoza Ibarrola, Mtra. Eva María Esparza Meza y el Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por llevar a cabo las acotaciones que enriquecieron esta investigación y por todos sus buenos comentarios, que sin duda han sido un importante aliciente que nos ha permitido tomar decisiones que definirán nuestro futuro profesional.*

*Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de este trabajo, hacemos extensivo nuestro más sincero agradecimiento.*

## DEDICATORIAS

(Francia)

### *Gracias a mis padres Gabriel y Esther.*

*Por su apoyo constante, comprensión y cariño que me brindan a diario. Gracias por guiar mis pasos y enseñarme a ser mejor siempre en todo lo que hago y esforzarme por todo aquello que quiero. Les agradezco el que siempre estén para mí escuchando y compartiendo cada uno de los momentos más importantes de mi vida. Sientan que este objetivo logrado, también es suyo, puesto que la fuerza que me ayudó a conseguirlo, fue su amor.*

### *A mis amigas:*

*Gracias por creer en mí, por impulsarme a ser más y por compartir mis momentos de felicidad. Les agradezco infinitamente sus palabras y buenos deseos que siempre tienen para mí.*

### *Gracias a Pamela.*

*Amiga gracias por tu apoyo, confianza y entusiasmo que siempre has tenido conmigo. Te agradezco el compromiso que asumiste para llevar a cabo este proyecto tan importante para ambas. Sé que ésta no fue una tarea fácil, pero sabía desde un inicio que juntas hallaríamos la manera de hacer frente a este gran sueño. Ahora vemos que todas esas ilusiones que depositamos en un inicio en este proyecto se han hecho realidad. Sabemos que nuestro trabajo ha valido la pena y que la espera ahora ha terminado.*

## DEDICATORIAS

(Pamela)

### *Gracias a mis padres Irma y Jaime.*

*Por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias por guiarme sobre el camino de la educación y por enseñarme que para lograr lo que uno quiere, se debe de trabajar duro. Gracias por hacerme una mujer fuerte, con principios y con gran determinación para lograr cada una de las metas que me he planteado.*

*Esta tesis, es un logro que comparto con ustedes, ya que sin ustedes no estaría aquí, ni sería quien soy el día de hoy. Los amo.*

### *Gracias a mi hermana Adriana*

*Por tu apoyo y amistad. Creo que este es un buen momento para decirte que a pesar de que en ocasiones tengamos nuestras diferencias, eres la mejor compañía para compartir el mismo techo. Te quiero carnalílla!*

### *Gracias a Israel*

*Por tu apoyo, comprensión y amor que me permite sentir que puedo lograr lo que me proponga. Gracias por escucharme y por tus consejos. Gracias por estar siempre a mi lado, por ser mi compañero, mi mejor amigo y más que nada por ser parte de mi vida.*

### *Gracias a Francia*

*Amiga, quiero darte las gracias por haberme permitido compartir contigo este proyecto. Gracias por tu paciencia, por tu apoyo y comprensión. Gracias por estar siempre a mi lado animándome a seguir con el proyecto que un día iniciamos.*

*El día de hoy tenemos la oportunidad de ver hacia atrás y ver que el tiempo tomado para llegar hasta este punto valió la pena; las frustraciones, los enojos, las ilusiones y alegrías compartidas, todo ello nos permitió llegar al día de hoy y levantar la cabeza y decir que lo logramos!!*

### *Gracias a mis amigos*

*Que estuvieron siempre al pendiente de mí, apoyándome y alentándome a concluir con este sueño y que el día de hoy comparten conmigo la alegría de haber conseguido esta importante meta en mi carrera.*

# ÍNDICE

---

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I.	
LA HOSPITALIZACIÓN COMO UN ESCENARIO CONDUCTUAL AVERSIVO.....	10
1. Estructura y Organización del Hospital.....	13
1.1. Incertidumbre sobre las conductas adecuadas.....	14
1.2. Ambiente Hospitalario.....	15
1.3. Pérdida de autonomía e intimidad.....	16
1.4. Interrupción de la actividad diaria.....	16
2. Relaciones Personales.....	17
2.1. Separación de los padres.....	17
2.2. Contacto con desconocidos.....	20
3. La Enfermedad.....	21
3.1. Enfermedad y su significado.....	22
3.2. Características de la enfermedad.....	27
3.3. Derivados de la enfermedad.....	30
3.3.1. Dolor.....	30
3.3.2. Efectos a largo plazo.....	32
4. Procedimientos Médicos.....	34
CAPÍTULO II.	
EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA HOSPITALIZACIÓN.....	38
1. Nivel cognoscitivo.....	40
2. Nivel Emocional.....	41
3. Nivel Conductual.....	49
4. Nivel Psicofisiológico.....	53
CAPÍTULO III.	
ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA AL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.....	55
1. Proporcionar Información.....	57
2. Modelado.....	66
3. Autoverbalizaciones.....	71
4. Visita al Hospital.....	75
5. Dibujo.....	76
6. Juego.....	78
7. Distracción.....	87
8. Relajación.....	90
9. Imaginería.....	93

---

---

CAPÍTULO IV.	
PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	97
A. TÉCNICAS ORIENTADAS AL CONTROL DEL MIEDO.....	100
5. Visita tu hospital.....	100
6. Dibuja tu miedo.....	105
7. Dibuja tu silueta.....	108
8. Jugando al doctor.....	111
9. El miedo. Mi señal amiga.....	115
B. TÉCNICAS ORIENTADAS AL CONTROL DEL DOLOR.....	119
1. Un globo en mi pancita.....	120
2. Relajando el cuerpo.....	124
3. Eliminando el dolor: I. Imaginería guiada.....	127
4. Eliminando el dolor: II. Evocando un recuerdo agradable.....	130
5. Símbolos para el dolor.....	133
C. TÉCNICAS ORIENTADAS A FOMENTAR CONDUCTAS DE COOPERACIÓN Y AFRONTAMIENTO.....	136
1. Hada mágica.....	137
2. Cambiando mi forma de pensar.....	141
3. Volteando los ojos hacia otro lugar.....	146
4. Preparación para el egreso. Mi robot.....	150
5. De vuelta a casa.....	154
D. TÉCNICAS ORIENTADAS A FOMENTAR APOYO SOCIAL .....	161
1. Cadena de favores.....	162
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	169

---

## INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar un proyecto de intervención para ayudar a los pacientes pediátricos y a sus familias a afrontar el proceso de hospitalización, en el manejo del ingreso al hospital, en la adaptación al mismo y en la asimilación de la experiencia médica vivida. Se intentará incorporar técnicas psicológicas de probada eficiencia terapéutica a fin de reducir el impacto psicológico de la hospitalización, ofreciéndole al paciente y su familia un abanico de estrategias para enfrentar la situación estresante que vive, haciendo que la experiencia hospitalaria del niño, aún siendo dolorosa, no sea traumática, fría y deshumanizante.

El interés por llevar a cabo una propuesta de programa de preparación psicológica, para el manejo del paciente pediátrico, responde a varias consideraciones. En primer lugar, se considera que la infancia es una fase del desarrollo humano de especial vulnerabilidad ante situaciones traumáticas, debido a su limitado desarrollo cognitivo (Alonso, 2005). Por lo que es importante considerar que la hospitalización puede originar en el niño un desequilibrio emocional de tal magnitud que altere su desarrollo evolutivo, además de favorecer actitudes negativas hacia los servicios de salud.

En este mismo sentido hay que entender que la enfermedad y la hospitalización infantil implican notables cambios en la vida del niño y de su familia. Muchos de estos cambios, necesarios por razones de diagnóstico y/o tratamiento de los niños, repercuten de forma negativa en su bienestar psicológico. Los servicios hospitalarios, en la medida de lo posible, deberían incluir entre sus objetivos mejorar la adaptación del niño y de su familia a los cambios que necesariamente conlleva la hospitalización pediátrica. El grado de adaptación de los centros hospitalarios a las necesidades psicosociales de los pacientes pediátricos puede ser considerado como un indicador de su calidad asistencial, en la medida en que puede contribuir a mejorar el enfrentamiento del paciente y su familia a los problemas asociados a la enfermedad y la hospitalización infantil (malestar e incomodidad física, ruptura de las rutinas cotidianas de los niños, entornos físicos y sociales desconocidos, pérdida de autonomía, etc.).

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado por el INEGI en el 2005, en México viven 41 759 125 niños y adolescentes entre las edades comprendidas de los 0 a los 18 años. Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud, anualmente son atendidos en instituciones de salud pública 31 693109 pacientes pediátricos a nivel nacional (INEGI, 2005; SINAIS, 2006).



Conforme a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición llevada a cabo por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública en el 2006, las Infecciones Respiratorias Agudas, las Infecciones Intestinales (Enfermedad Diarreica Aguda) y la Desnutrición ocupan los primeros lugares dentro de las primeras causas de morbilidad en los niños. Tan solo en el Distrito Federal, se atendieron en el 2006 un total de 1 274 783 niños por estas razones (ENSANUT, 2006).

En el año 2006, el Instituto Nacional de Pediatría reportó que ingresó un total de 7 057 niños a los diferentes servicios de especialidad que lo conforman. El promedio de permanencia hospitalaria fue de 9 días, notándose que las principales causas de ingreso fueron enfermedades infecciosas y tumores (Neoplasias) (INP, 2006).

Es importante señalar que la hospitalización genera reacciones emocionales y conductuales en el niño que pueden tener efectos negativos sobre su sistema inmunológico y, por ende, en su estado de salud. Estas reacciones pueden provocar, entre otras consecuencias, mayor sensibilidad al dolor, cambios en la tasa cardiaca, tensión muscular, mayor propensión a desarrollar infecciones, aparición de posibles hemorragias postquirúrgicas y por ende aumento del tiempo de hospitalización.

Los programas de preparación psicológica a la hospitalización son utilizados con la finalidad de proporcionar y potenciar estrategias de afrontamiento eficaces en los pacientes pediátricos. De esta forma se intenta favorecer en el niño su sentimiento de individualidad, logrando que se sienta protagonista de las actividades que realiza y generando sentimientos de competencia al aprender las habilidades necesarias para enfrentarse a esta nueva situación.

Investigaciones han comprobado que la preparación psicológica para el afrontamiento de la hospitalización favorece la pronta recuperación del paciente. Además es efectiva para reducir los comportamientos negativos tales como el rechazo y la poca cooperación del niño a los procedimientos invasivos. Asimismo disminuye la aparición de trastornos psicológicos post hospitalarios.

Los beneficios de la preparación psicológica se observan en la relajación del paciente, haciéndolo de más fácil manipulación para el personal sanitario, permitiéndole realizar su trabajo de manera rápida y eficiente; además se reduce la sensación de dolor y molestias. De esta forma se reducen las dosis de anestesia y de calmantes que solicita el niño, así como las llamadas a las

enfermeras y por lo tanto disminuyen los días de estancia hospitalaria ya que la cicatrización se realiza más rápidamente, reduciendo de esta manera los costos financieros de la hospitalización (Méndez y Ortigosa, 2000).

Lo ya expuesto deja claro que existe un número importante de población infantil, que por el tipo de enfermedad y tipo de procedimientos médicos efectuados, debería recibir apoyo de un equipo multidisciplinario, incluyendo la intervención psicológica. Sin embargo, de acuerdo con nuestra experiencia, podemos decir que no se cuenta con el recurso humano capacitado para brindar atención psicológica a la totalidad de esta población.

Por lo tanto, la hospitalización pediátrica debe ofrecer una atención completa a las necesidades de salud de los niños hospitalizados que tenga en cuenta tanto los aspectos físicos de los procesos de enfermedad y hospitalización, como las repercusiones psicológicas de estos procesos para los niños y sus familias. En este sentido, la atención integral del niño va a tener repercusiones positivas no sólo en su bienestar emocional sino también en su recuperación física.

Para llevar a cabo este proyecto será necesario realizar una investigación documental que incluya la revisión sobre trabajos de investigación realizados en México, Estados Unidos, Latinoamérica y Europa sobre la hospitalización infantil. De igual forma, se realizará una investigación documental sobre las principales técnicas empleadas en programas de preparación psicológica para el afrontamiento de dicha situación.

Con base en esta información, se elaborará una propuesta de intervención psicológica, la cual se podrá aplicar durante las diferentes fases de hospitalización. A través de esta propuesta se intentará beneficiar tanto al paciente y su familia, como al personal de salud involucrado en el cuidado del paciente pediátrico.

Para el logro de esta meta, el presente proyecto está organizado comenzando con una revisión de la investigación que nos permite conocer los estímulos aversivos que el proceso de hospitalización presenta al paciente pediátrico y a su familia. El conjunto de estos estímulos definen al hospital como un escenario conductual que obliga a los pacientes a manifestar respuestas conductuales, cognitivas y emocionales de evitación y escape.

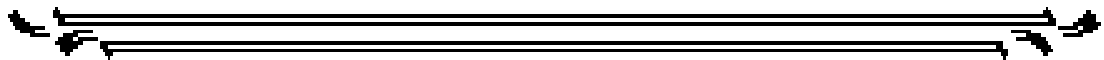
Por lo tanto, en el segundo capítulo se elabora una revisión de los efectos psicológicos del proceso de hospitalización, los cuales serán las metas a atender en el proyecto de programa de intervención que presentaremos a consideración

del personal interesado en esta problemática, particularmente de los psicólogos y del personal sanitario que tiene la importante función de atender a los niños mexicanos, recuperar su salud y contribuir a incrementar la calidad de vida.

En el capítulo III se hace una revisión exhaustiva de las técnicas que la tradición cognitiva conductual ha desarrollado para atender los efectos psicológicos del proceso de hospitalización en niños, así como una amplia consulta a la literatura existente sobre la efectividad de dichos tratamientos. Se termina el presente trabajo con la descripción de la propuesta de intervención, organizada con cartas descriptivas que contienen la información necesaria para que un psicólogo con formación cognitiva conductual pueda utilizar las estrategias sugeridas.

Esperamos que el presente texto ayude a los potenciales lectores a desarrollar programas de acción en beneficio de los niños, para que procuremos ayudarles a recuperar su salud física y mental con menos costos psicosociales y económicos de los que la ausencia del psicólogo en estos escenarios ocasionan.

**CAPÍTULO I.  
LA HOSPITALIZACIÓN COMO UN  
ESCENARIO CONDUCTUAL AVERSIVO.**



Los hospitales han sido considerados como complejas unidades sociales que tienen características comunes y que están más orientados al grupo o a la institución que a las necesidades individuales de los pacientes.

Para el paciente, ir al hospital es un acontecimiento importante que suele realizarse en el caso de enfermedades graves, o bien cuando el estado del enfermo requiere cuidados que no puedan darse en el domicilio; el paciente piensa que el hospital es el mejor recurso que tiene a su disposición para defenderse de su enfermedad y es el lugar en el cual se encuentra más seguro y en el cual se realizará todo lo necesario para que su curación se produzca. Sin embargo, en ocasiones le cuesta trabajo entender que el personal a cargo de su atención es su amigo.

En el caso de la hospitalización del niño, la consulta pediátrica no se realiza como la consulta de una persona adulta, ya que no es el niño quien demanda la atención del médico sino su familia o más específicamente su madre, la cual le lleva al pediatra estableciéndose una relación triangular, madre – pediatra – niño. El niño no acude sólo al hospital al encontrarse mal por indicación de su médico, sino que son sus padres los que lo llevan por consejo del pediatra, sin darle generalmente ninguna explicación previa. Por este motivo, el Hospital para el niño significa una desagradable multiplicidad de experiencias nuevas, privaciones y demandas que se traducen en una gran carga de tipo emocional, ya que constituye una fuente de estrés psicológico, porque obliga a los pacientes a enfrentarse a situaciones desconocidas como cambios de rutina, separación de los padres, pérdida del ambiente familiar y escolar, falta de estimulación social, etc. Este “medio ambiente extraño” representará entonces un retiro de aquellos satisfactores que se habían venido obteniendo en casa. Además el niño, durante la hospitalización está expuesto a experiencias amenazantes, generalmente desagradables tales como exploraciones, tratamientos dolorosos e intervenciones quirúrgicas entre otras. Por lo tanto, la hospitalización representa un acontecimiento relevante en la vida de un niño por la elevada carga estresante y ansiógena que conlleva, incrementándose en relación al tiempo que dura la hospitalización.

La infancia es una etapa que se considera como el momento clave en la vida de cualquier ser humano ya que es allí donde se conforman los soportes afectivos e intelectuales de la persona, siendo estos de los que dependerá el futuro éxito o fracaso del individuo una vez adulto. Por lo que es importante considerar que la hospitalización puede originar en el niño un desequilibrio emocional de tal magnitud que altere su desarrollo evolutivo.

El hospital puede originar trastornos psicológicos debido a que en la experiencia hospitalaria el enfrentamiento con lo desconocido, la exposición a los procedimientos de tratamiento dolorosos y la tecnología médica, el miedo a ser abandonados por los padres como una forma de castigo, son algunas de las causas que provocan los trastornos emocionales, desencadenando niveles altos de ansiedad, aun cuando la estancia dentro del hospital sea corta (Rodríguez, Reig y Mira, 1987; Moss, 1984 , citados por Pastrana, 1998).

En el presente capítulo se describen los principales estresores hospitalarios con los cuales se relaciona el niño durante su estancia hospitalaria. De igual forma, se desarrolla el impacto que dichos estresores tienen a diferentes niveles: cognitivo, conductual, emocional y psicofisiológico.

La hospitalización de un niño es un acontecimiento altamente estresante que sólo debe ser realizado en los casos en que sea estrictamente necesaria, ya que el proceso de hospitalización puede representar un factor adicional al desgaste que ya implica la enfermedad como tal (McAnarney y cols 1874).

El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986).

Los estresores han sido definidos como eventos de vida o sucesos que se perciben como amenazantes o peligrosos y que producen sentimientos de tensión (McCubbin, 1980, citado por De La Huerta y Corona, 2003; Elliot y Eisdorfer, 1982).

La influencia que estos acontecimientos van a ejercer sobre el niño va a depender de su edad y el nivel de desarrollo. Méndez y Ortigosa (2000) clasifican los estresores hospitalarios en cuatro grupos:

1. Los vinculados directamente con la estructura y organización del hospital.
2. Los asociados a las relaciones personales.
3. La enfermedad que ha motivado la hospitalización.
4. Los relacionados con los procedimientos médicos que se han de practicar.

En la siguiente tabla se presenta un esquema que resume los estresores según esta clasificación, los cuales serán descritos a continuación:

Tabla N° 1.  
Agentes Estresores específicos de un  
escenario hospitalario.

---

---

1. Estructura y Organización del Hospital:
1.1. Incertidumbre sobre las conductas adecuadas.
1.2. Ambiente Hospitalario.
1.3. Pérdida de autonomía e intimidad.
1.4. Interrupción de la actividad diaria.
2. Relaciones Personales:
2.1. Separación de los padres.
2.2. Contacto con desconocidos.
3. La Enfermedad:
3.1. Enfermedad y su significado.
3.2. Características de la enfermedad
3.3. Derivados de la enfermedad
3.3.1. Dolor.
3.3.2. Efectos a largo plazo.
4. Procedimientos Médicos:
4.1. Inyecciones.
4.2. Extracción de sangre.
4.3. Aspiración de Médula.
4.4. Anestesia.
4.5. Cirugía.

---

---

## **1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL.**

El entorno hospitalario tiene una gran cantidad de estresores ambientales que, por su asociación repetida con situaciones de dolor, malestar o angustia, pueden provocar por sí mismos determinadas reacciones emocionales negativas en los pacientes.

Por lo tanto, en este apartado se describen aspectos relacionados con su naturaleza, su organización y su sistema de funcionamiento, al cual deberá de adaptarse el niño:

- 1.1. Incertidumbre sobre las conductas adecuadas.
- 1.2. Ambiente hospitalario.
- 1.3. Pérdida de autonomía e intimidad.
- 1.4. Interrupción de la actividad diaria.

### **1.1. Incertidumbre sobre conductas adecuadas.**

Cuando el niño ingresa al hospital se incorpora a un “mundo nuevo”, con sus propias reglas y dimensiones. Esta situación constituye una vivencia angustiosa, tanto para el niño como para sus padres. El niño desconoce cuál es el comportamiento adecuado durante su estancia, provocando que la mayoría intente complacer a los adultos, ajustando su conducta a las expectativas de los padres y del personal sanitario, que esperan que se comporte como un “buen paciente”. Sin embargo, existe otro importante grupo de niños que responde de manera negativa.

Lorber (1975, citado por Pastrana, 1998) menciona que según la perspectiva de los profesionales de la salud, existen tres tipos de papeles que los pacientes pueden representar:

1. El paciente bueno que desempeña un papel pasivo, indulgente, cooperador.
2. El paciente medio que presenta ciertos problemas pero no son relevantes.
3. El paciente problemático que reacciona con ira, molestia, exige información así como atención. Este tipo de pacientes tiene dificultades en su forma de afrontar la nueva situación y por ende pierde el control de la misma. El niño aprende a ser difícil por dos razones principales:
  - a. Por experiencias hospitalarias previas inadecuadas.
  - b. Por el trato que reciba del personal sanitario. No es suficiente que el médico tenga un conocimiento científico y un entendimiento de la etiología y los métodos para prevenir los trastornos psicológicos sino que además tenga una actitud positiva ante los niños. Un médico o enfermera que se angustie, se desespere o se impaciente durante los procedimientos efectuados durante la hospitalización, probablemente causará más trastornos psicológicos que otro que esté familiarizado y conozca las diferentes respuestas psicológicas de los niños ante el estrés y sepa manejarlas apropiadamente.



## **1.2. Ambiente hospitalario.**

En relación al espacio ambiental, Méndez y Ortigosa (2000) comentan que los estímulos de las salas donde se efectúan las consultas pediátricas son atemorizantes (olor a medicinas, instrumental médico, etc.). La arquitectura, el mobiliario y la decoración de muchos hospitales no están diseñados especialmente para los niños que se enfrentan a una situación desconocida. Generalmente los hospitales han ido creciendo a partir de una sencilla estructura original, configurada alrededor de un pequeño número de servicios centrales de diagnóstico y tratamiento hasta convertirse en un conjunto de grandes edificios con una compleja multiplicidad de áreas especializadas, todo ello bajo el principio de conservar la asepsia.

A todo esto se une una falta de estimulación que hay en el entorno hospitalario, ya que a la reducción del campo espacial que hay en el mismo (habitación, pasillos, sala de juegos) se une un importante aislamiento sensorial y relacional. En una encuesta realizada en el Hospital Niño de Jesús de Madrid, los pacientes pediátricos manifestaron que no les gusta el mobiliario porque es feo, tampoco les gustan los retretes y los baños porque están viejos, no les gustan los pijamas, todos son iguales y que normalmente no son de su talla, no les gusta que les despierten por la noche ni tan temprano por la mañana, no les gustan los gritos, que huelan mal, acostarse pronto, que les mientan, la comida, que les hagan dormir la siesta, que les pinchen, etc. (Flórez y Valdés, 2001).

A este respecto, no existen prácticamente estudios que muestren cómo variando un elemento de la infraestructura se modifica el estado emocional; sin embargo sí existen investigaciones que indirectamente nos indican la importancia a nivel psicológico de algunos aspectos estructurales. Por ejemplo, Ulrich (1984, citado por Méndez y Ortigosa, 2000) llevó a cabo una investigación con 46 pacientes adultos que debían someterse a una colecistectomía, en la que se mostró cómo pacientes alojados en habitaciones con vistas a un paisaje natural necesitaban menos días de estancia hospitalaria y menos analgésicos, que aquéllos que se encontraban en una habitación que carecía de estas vistas. Una de las interpretaciones a la que nos llevan estos resultados es que el hecho de mirar por la ventana distraía y relajaba a los pacientes, disminuyendo su nivel de ansiedad y, por tanto, incidiendo positivamente en su recuperación. Este estudio nos obliga a reflexionar sobre la importancia de la decoración como un aspecto que permita distraer a los pacientes. Cuando los pacientes son niños, los elementos decorativos que permitan distraerlos, pueden ser dibujos o fotos de los personajes televisivos de moda colgados por las paredes.

Además de esto, debemos mencionar que el vestuario del personal se puede considerar hasta cierto punto como un elemento estresor más. No existen investigaciones que comprueben si el hecho de vestir con bata blanca o de otra forma más “infantil” tiene algún efecto sobre los niños. Intuitivamente, nos parece que sí, de hecho al menos eliminaríamos las fobias a las “batas blancas” y evitaríamos las generalizaciones (“si este señor con bata blanca me ha hecho daño, esta chica que también lleva bata blanca me hará daño”) (Méndez y Ortigosa, 2000).

### **1.3. Pérdida de autonomía e intimidad.**

Durante el proceso de hospitalización, se lleva a cabo una pérdida de la autonomía y de la intimidad. La organización hospitalaria sigue un proceso de “estandarización” o “uniformación” en donde al enfermo se le retiran casi todos sus objetos personales, situación que es especialmente estresante para el niño. Esta situación favorece la despersonalización del paciente, la cual se ve incrementada por el hecho de que, en la mayoría de las ocasiones, pierde hasta su nombre y se refieren a él por el número de habitación o cama que ocupa.

Además, se le impone un inexplicable manejo rodeado de desconocidos, una constante exposición a procedimientos impredecibles e inesperados de personas de blanco que permanecen, en un ir y venir continuo al lado de su cama, discutiendo sobre sus descubrimientos alrededor del cuerpo descubierto del paciente siendo indiferentes a la presencia de éste (Méndez y Ortigosa, 2000).

### **1.4. Interrupción de la actividad diaria.**

El paciente debe también aceptar las normas (horario de visitas, presencia de acompañamiento, etc.) y adaptarse a la rutina hospitalaria generando nuevos hábitos, por ejemplo la alimentación, donde los alimentos son servidos en bandejas siendo en su mayoría alimentos dietéticos que no son del agrado del niño; de igual forma los horarios de las comidas se deciden según la conveniencia de la institución, siendo generalmente mucho más temprano que en su casa. Otra situación altamente estresante es el hecho de que el paciente pediátrico debe dormir en el hospital. Esta primera noche le genera una gran cantidad de ansiedad y estrés, más si a sus padres no se les permite acompañarles durante la misma.

La hospitalización altera el estilo de vida cotidiano de la familia y del niño, acrecentando aún más toda la serie de acciones y tareas que tiene que realizar este último para manejar la situación, adicionándose además de la enfermedad, la separación que sufre de sus padres y el abandono de un medio ambiente

conocido que ha significado para él la seguridad y el apoyo requeridos hasta el momento (Priego y Valencia, 1991). Algunos hospitales intentan minimizar esta ruptura integrando elementos del ambiente natural, como visitas de hermanos y amigos, impartición de clases, permiso para traer de casa juguetes y muñecos, etc. (Somoano y Leivas, 1989; Valdés, 1989, citado por Méndez y Ortigosa, 2000).

## **2. RELACIONES PERSONALES.**

La familia es el soporte emocional y punto de referencia más importante para el niño, por lo tanto, el alejamiento de rostros familiares produce en el niño una sensación de abandono, en la cual es frecuente que presente miedo y ansiedad ante la separación de la madre y la aparición de extraños que se ocupan intensamente de él.

A continuación se describen de manera detallada estas posibles situaciones:

- 2.1 Separación de los padres.
- 2.2 Contacto con desconocidos.

### **2.1. Separación de los padres.**

La madre del niño provee las experiencias que son la base de la personalidad del infante por lo que su desarrollo físico, mental y emocional, particularmente durante los primeros años de vida, dependen de la relación afectuosa, íntima y continua con su madre, complementándose con aquellos lazos que posteriormente establece con su padre, hermanos y demás personas. De ahí que el adecuado desarrollo afectivo, intelectual y social del niño dependa de la satisfacción y continuidad logradas en las primeras relaciones que establezca con su madre y su familia.

Las respuestas entre la madre y el niño representan las primeras formas de desarrollo social; en un principio el bebé no reconoce la figura materna como tal, sólo sabe que es una persona que está allí y que responde a sus necesidades. Al final del primer año el niño ya elige a su madre como objeto a quien dirigir sus respuestas sociales estableciendo con ella un vínculo especial (Valdés y Flórez, 1992).

Cuando se habla de la relación madre-hijo y de la formación del vínculo afectivo, se acepta que la madre logra esa interacción especial con el niño gracias a las horas dedicadas a sus cuidados y a la gran cantidad de estimulación que realiza con el bebé.

Según Bowlby (1978, citado por Flórez y Valdés, 2001) el vínculo afectivo es el producto de la actividad de diferentes sistemas conductuales que tienen como resultado predecible la proximidad de la madre. El apego puede definirse como un vínculo afectivo que una persona establece entre sí misma y otra persona determinada, un vínculo que les obliga a estar juntos en el espacio y que perdura con el paso del tiempo; su característica principal es procurar obtener y mantener un cierto grado de proximidad al objeto de apego.

El concepto de separación ha sido definido como la reacción de ansiedad que el niño experimenta ante la separación del adulto familiar que le suministra cuidados, el cual es generalmente la madre. Cuando el Hospital separa al niño de su madre se producen una gran cantidad de síntomas y trastornos derivados del elevado nivel de ansiedad y estrés que el niño presenta como consecuencia de dicha separación: trastornos somáticos, regresiones del comportamiento, trastornos del sueño, tendencias al aislamiento e incomunicación, depresión, miedos, etc.

Los niños menores de 4 años son más vulnerables a la separación pues son inexpertos, no comprenden el concepto de enfermedad y la separación de los padres que proporcionan cariño, alimento y confort.

De acuerdo a Illingworth (1964, citado por Priego y Valencia, 1991) la privación prolongada y severa que comience al inicio del primer año y que continúe hasta los 3 años, puede conducir a efectos severamente adversos en el intelecto y la personalidad, ya que tenderá a mostrarse retraído emocionalmente y a presentar superficialidad e inestabilidad para el establecimiento de sus relaciones con los demás. La severidad de estas alteraciones dependerá de la naturaleza y significancia que haya tenido para el pequeño la experiencia psicológica, esto en términos de que no haya tenido la oportunidad de establecer un vínculo con la figura materna o con el sustituto durante esos primeros tres años de vida, que haya sufrido una privación severa en este lapso de tiempo, o bien que haya experimentado cambios de una figura materna a otra continuamente.

Las investigaciones más importantes sobre el trauma del niño pequeño como consecuencia de la separación de la madre y de la carencia afectiva que sufre al ser ingresado en una institución, fueron realizadas por René Spitz. Él definió en sus estudios (1945, 1946, 1950, 1965, citado por Flórez y Valdés, 2001) dos formas de carencia afectiva que contribuían a un deterioro progresivo del desarrollo, en proporción directa con la duración de la carencia a la que el niño estaba sometido:

1. Carencia afectiva total, en la cual los niños tenían sus necesidades físicas cubiertas (alimentación, higiene, cuidados médicos...); sin embargo, una sola enfermera debía ocuparse de 8 niños con lo cual estaban sometidos a una carencia afectiva importante. Debido a la misma situación comenzaron a mostrar un retraso motor evidente, llegando a estar completamente pasivos; su coordinación ocular era deficiente, su expresión se volvió vacía y se daban movimientos atetósicos típicos de niños con problemas neurológicos.
2. Carencia afectiva parcial, en la cual a pesar de que los niños eran atendidos por sus madres algunas horas, mostraban cambios llamativos en su conducta, pasando de una conducta inicial de llanto a una de retraimiento y postración con total desinterés por el mundo exterior a la que denominó “depresión anaclítica”. Los niños, durante la misma, ignoraban a las personas que se les acercaban y si éstas insistían en contactar con ellos lloraban o gritaban, posteriormente el insomnio se declaraba y se vio una tendencia a contraer enfermedades recurrentes. Así mismo, se observa una generalización del retraso motor y comenzó una rigidez facial; si al niño se le restituía la madre antes de los 3 meses de privación, los síntomas remitían. No obstante, a partir del tercer mes de privación la rigidez facial se establece, los lloros cesan y son remplazados por gruñidos, el retraso motor se agrava y va dando lugar a la letargia; cuando la madre era sustituida entre los 3 y 5 meses permanecía como secuela un retraso en el desarrollo; si la privación duraba más de cinco meses el niño entraba en un cuadro análogo al del “Hospitalismo” caracterizado por pasividad e inexpressión, cabeceos espasmódicos y un retaso de desarrollo de un 45%, el agravamiento del cuadro llevaba a una desorganización total de las funciones vitales y muerte por infección hacia el segundo año de vida.

Al vivir esta experiencia como amenazante, se activaran las conductas de apego en el niño y, por tanto, es necesaria la presencia de las figuras de apego hacia quienes se dirigen esas conductas desencadenadas en busca de seguridad y protección. Por lo tanto, es necesario que el personal sanitario conozca los peligros a los que está expuesto el niño en el hospital como consecuencia de la separación materna y el choque emocional del ingreso, así como las fases por las que pasa el niño en su adaptación al mismo.

Robertson en 1958 (citado por Flórez y Valdés, 2001) señaló los dos principales peligros a los que está expuesto el niño en el hospital como consecuencia de la separación de la madre:

1. El peligro traumático, en el que el choque de perder a su madre, asociado a exámenes e intervenciones dolorosas, junto con la estructura mental inmadura del niño, hace que éste no sea capaz de soportar esa separación, creándose un sentimiento de inseguridad y hostilidad hacia su entorno. Estas experiencias de dolor y miedo que el niño sufre en el marco del hospital podrían ser atenuadas por la presencia de la madre, la cual las volvería inofensivas.
2. El peligro de privación, el cual se caracteriza porque el niño sufre una privación prolongada de los cuidados maternos debidos al proceso de hospitalización, lo que causa un empobrecimiento de su personalidad.

## **2.2. Contacto con desconocidos.**

La hospitalización implica relacionarse con personas que no se conocen como personal sanitario, otros pacientes pediátricos, etc. Este estresor es especialmente relevante para niños con ansiedad social y/o con hospitalizaciones repetidas.

El término “miedo a los extraños” se refiere a un complejo de conductas entre las que resulta central el llanto fuerte y prolongado ante el acercamiento de un desconocido, junto con la evitación o el distanciamiento del niño; también puede ocurrir que el niño al encontrarse expuesto a desconocidos que se ocupan intensamente de él pasa a comportarse con una sociabilidad más aparente que real, recubriéndose de una indiferencia afectiva y de una dificultad para establecer lazos profundos (Flórez y Valdés, 2001).

El primer contacto que tiene el paciente con el personal que se hará cargo de su cuidado durante su hospitalización es con las enfermeras. Una mala adaptación emocional de un paciente o de la familia, puede generar distintas dificultades en su relación con ellas, en estos casos una actitud profesional adecuada por parte de ellas, requiere un conocimiento de los procesos psíquicos que determinan la conducta del enfermo y también la mejor manera de abordarlos (Alonso, 2005). De esta forma, la contención brindada que puedan otorgar las enfermeras, puede tener un efecto tranquilizador, ya que se puede abordar algunos temores y ansiedades desde un inicio (Giacomantone y Mejía, 1997).

Melamed y Ridley-Johnson (1988, citados por Méndez y Ortigosa, 2000) consideran que la empatía médica reduce la ansiedad en situaciones estresantes. Lamentablemente la relación médico- paciente en el hospital se caracteriza por ser (Ortiz y Abad, 1990, citados por Méndez y Ortigosa, 2000):

1. Asimétrica: el médico es la figura de autoridad que prescribe el tratamiento y el papel del enfermo se limita a cumplirla.
2. Técnica: el médico es el profesional que presta sus servicios y el enfermo es el cliente que los demanda.
3. Impersonal: el contacto con el médico es muy reducido debido a la presión asistencial.

Pantell, Steward, Dias, Wells y Ross (1982, citados por Méndez y Ortigosa, 2000) realizaron un análisis de las entrevistas médicas a niños de 4 a 14 años y a sus padres en visitas de rutina. El 50% de los intercambios verbales se produjeron entre el profesional y los padres, recabando datos sobre antecedentes familiares y proporcionando información sobre la naturaleza de la enfermedad. El 45% de la comunicación se estableció entre el médico y el niño en el curso de la exploración física y el 5% restante entre los padres y su hijo. Estos autores consideran que determinadas características del profesional, personalidad, paternidad, etc., determinan la relación del niño con sus padres.

Las relaciones cálidas y cordiales de los profesionales de la salud con el niño y sus padres ejercen un efecto positivo. Korsch (1984, citado por Méndez y Ortigosa, 2000) aconseja establecer una alianza terapéutica que implica comunicación bidireccional, contestación satisfactoria de las preguntas, aclaración de dudas y dedicación de tiempo a resolver las preocupaciones de los padres y del niño.

### **3. LA ENFERMEDAD.**

A continuación se describe la tercera categoría de estresores hospitalarios de acuerdo a la clasificación que realizan Méndez y Ortigosa (Tabla 1).

La palabra enfermedad proviene del vocablo latino *infirmitas*, que significa falta de firmeza, inseguridad o ausencia de tesón vital. La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud, siendo de esta manera un acontecimiento que irrumpe en la vida de la persona, rompiendo su continuidad y dando lugar a un antes y un después. Dicha ruptura dificulta el sentido de libertad de la persona, quien se encuentra ahora limitada y restringida, con un menor control sobre sí mismo y sus comportamientos.

El modo en que la enfermedad va a afectar al proceso normal de desarrollo está influenciado por varios factores tales como (Flórez y Valdés, 2001):

- La naturaleza de la enfermedad.
- El momento evolutivo en que aparece.
- Su pronóstico, limitaciones y retrasos asociados que conlleva.
- Los antecedentes personales, familiares e historia de vida del niño que padece la enfermedad, así como sus rasgos de personalidad.
- La respuesta de la familia a la enfermedad y los refuerzos que el niño recibe como consecuencia de la misma.

La enfermedad por sí misma se convierte en algo amenazante y en consecuencia produce ansiedad en el pequeño. Muchos niños consideran la enfermedad como un castigo por sus travesuras, por el alojamiento de pensamientos e impulsos que son prohibidos e inaceptables para sus padres, e incluso por la desobediencia a las órdenes que éstos les imponen. La entrada a un hospital significa entonces el alejamiento del hogar por haber sido malos.

En general, la enfermedad es un acontecimiento común en la vida del ser humano. Al menos las enfermedades comunes o trastornos generales del estado de salud, son experimentados por todos los individuos a lo largo de su desarrollo. Para cualquier persona, la enfermedad resulta ser una experiencia diferente, dolorosa y poco placentera, a las cuales se enfrenta y debe de adaptarse. Por tanto podemos entender enfermedad como la pérdida del bienestar físico, psicológico y/o social, generando reacciones negativas.

En el presente apartado se describen los aspectos más relevantes que implica la pérdida de salud del niño:

- 3.1. Enfermedad y su significado.
- 3.2. Características de la enfermedad.
- 3.3. Derivados de la enfermedad, que incluye el dolor y los efectos a largo plazo de la misma.

### **3.1. Enfermedad y su significado.**

La experiencia de enfermedad y hospitalización crea en el niño la necesidad de su comprensión. En su intento de adaptarse a situaciones y sucesos relacionados con la salud y enfermedad, el niño trata de comprender y, consecuentemente, reacciona ante ellas.

Consideramos importante el papel que juega el factor cognitivo en la experiencia de enfermedad y hospitalización, creemos que es necesario conocer la evolución de la comprensión infantil sobre el fenómeno de la enfermedad y aquellos



aspectos (conductas del personal sanitario, instrumentos y procedimientos médicos, normas, etc.) relacionados con ella. Sin olvidar factores de carácter socioafectivo que también influyen en la adaptación del niño a la experiencia de hospitalización. Por ello a continuación se mencionan las etapas de evolución de la maduración cognoscitiva desarrolladas por Piaget. Seguido de esto se expone cómo evolucionan las representaciones mentales sobre la Enfermedad en niños de 4 a 13 años de acuerdo a un estudio llevado a cabo por Del Barrio (1990). De igual forma se presenta la evolución del concepto de muerte en el niño desarrolladas por Flórez y Valdés (2001), y Thomann (2002) de acuerdo a los estadios propuestos por Piaget. Ambas investigaciones concuerdan en que las conceptualizaciones sobre Enfermedad y Muerte vienen a ser dadas a partir de la edad y el nivel de desarrollo intelectual alcanzado en cada estadio.

Piaget propone que la inteligencia del niño evoluciona a través de 4 etapas hasta llegar a la edad adulta: Sensoriomotriz (0 a 2 años), Preoperacional (2 a 7 años), Operaciones Concretas (7 a 11 años), y Operaciones Formales (de los 11 años en adelante) (Pastrana, 1998):

### Etapa Sensoriomotriz

Piaget menciona que en este estadio, el infante depende de los reflejos, distingue el medio externo inmediato y modifica su conducta con base en sus exigencias fisiológicas, discrimina objetos a través de una experiencia repetida de ensayo y error, el lenguaje es primitivo, el pensamiento es egocéntrico. El pensamiento es "Preconceptual" o "Prelógico" (mágico), los intentos son desorganizados y torpes para posesionarse del mundo simbólico. Hay una incapacidad para considerar al mismo tiempo diversos aspectos de una situación.

En cuanto al constructo sobre la representación mental sobre la Enfermedad, Del Barrio (1990) no hace ninguna referencia a ello en este periodo, ya que su investigación no abarca esta etapa del desarrollo. Por su parte Flórez y Valdés (2001), y Thomann (2002) tampoco hacen comentarios sobre la conceptualización de muerte durante este periodo. Sin embargo, podemos decir que desde una edad muy temprana, los niños reconocen que el dolor es una experiencia sensitiva y emocionalmente desagradable. Así mismo, se ha señalado que los niños más pequeños con ausencia de habilidad comunicativa pueden no expresar adecuadamente el dolor que están sintiendo. Pueden llorar por una amplia variedad de razones y dado que su habilidad verbal es limitada, resulta difícil determinar si el llanto está estimulado por el dolor o por alguna otra causa, miedo o soledad.

## Etapa Preoperacional

De los 2 a los 4 años, Piaget habla sobre la ocurrencia de importantes avances en las imágenes mentales como el inicio de funciones simbólicas haciendo posible que un símbolo, una palabra o un objeto represente algo que no está presente (significador) y que está íntimamente relacionado con la experiencia del niño gracias a la imitación interna; Gracias a esto el niño inicia el juego simbólico que cobra una gran importancia en la vida emocional del niño pues puede representar y ajustarse a las situaciones conflictivas de la vida real. El lenguaje, aunque rudimentario, le permite al niño exponer sus pensamientos a otros y nombrar cosas o acontecimientos ausentes. El razonamiento a esta edad hace que el niño interprete las palabras o acontecimientos con base en su propio sistema personal de significados. El niño de los 4 a los 7 años sigue teniendo lenguaje egocéntrico, por ejemplo el uso deficiente de pronombres y adjetivos demostrativos, la ordenación incorrecta de acontecimientos (sincretismo), la omisión de rasgos importantes, la yuxtaposición para captar las relaciones reales de varios acontecimientos u objetos.

En lo que respecta a la representación mental de la enfermedad, Del Barrio (1990) menciona que antes de los 4 años, existe una relativa incompreensión de la enfermedad, sólo a partir de los 4 años 7 meses es cuando el niño define la enfermedad como única refiriéndola a un sólo síntoma (el más importante para él, por ejemplo, toser) tomado de la propia experiencia o de una persona cercana; no tiene noción de la enfermedad como proceso, la salud la define inversamente a la enfermedad como aquella que le permite jugar, comer y dormir. En este periodo, para el niño la enfermedad es el resultado de una conducta negativa por lo que se autoculpan, asumen una posición ante la enfermedad de víctima donde no pueden controlarla con elementos mágicos que le permitan satisfacer su deseo de estar sanos y no sufrir ante el tratamiento indicado; el concepto del niño ante la práctica de médicos y enfermeras está dirigida a castigarlo por ser malo. Desconocen la relación que tienen los órganos corporales y no entiende por qué algunas partes están sanas y otras no. Sin embargo, entienden que el no jugar, no ir a la escuela, etc., es sinónimo de enfermedad y, por lo tanto, de fatalismo.

Flórez y Valdés (2001) y Thomann (2002) refieren que la conceptualización del constructo de muerte en el niño entre los 2 y 7 años de edad se basa en la negación, no entendiéndola como un proceso final sino experimentándola como un estado temporal y no definitivo. Piensa que es posible revertir y/o evitar. El niño durante esta etapa experimenta la muerte como una separación o abandono que amenaza su seguridad.

## Etapa Operaciones Concretas

Piaget menciona que en esta etapa la estabilidad y coherencia se reemplazan por las organizaciones conceptuales. El lenguaje es comunicativo, aparece la cooperación genuina en el juego y posteriormente a otros acontecimientos. Su concepto de reglas y conducta moral es satisfactorio a la edad de 11 o 12 años; las clasificaciones son jerárquicas e inclusivas permitiéndole pensar en términos del todo y sus partes. La adquisición del conocimiento es gracias a la lectura, a la instrucción y a la experiencia lógico matemático.

En relación a la representación mental de la enfermedad, Del Barrio (1990) menciona que los niños, entre los 7 y 8 años la comienzan a considerar como un agente causal y específico sobre el organismo, siendo incapaces de explicar la repercusión interna. El niño comprende los síntomas con base en sensaciones interoceptivas y describe el proceso de la enfermedad además de entender sus causas. Su curación se debe a factores externos como los medicamentos que afectan positivamente, distingue diferentes enfermedades así como los síntomas generales de la misma, conceptualiza la salud y la enfermedad, así como el cumplimiento de normas para estar sano, por ejemplo, tomarse la temperatura, tomar algún medicamento, etc. No comprende que los efectos aversivos de un tratamiento son para su beneficio.

Hasta los 10 años distingue que diferentes enfermedades comparten el mismo síntoma y comprende que las vacunas actúan como medio para que el organismo cree sus propias defensas. A partir de los 11 años comprende la acción interna del agente causal y el niño es capaz de manifestar una descripción global del funcionamiento fisiológico interno.

En lo que respecta a los niños entre los 8 y 9 años, Flórez y Valdés (2001), y Thomann, (2002) mencionan que la muerte es percibida como un proceso dependiente de leyes naturales, es decir, como un inevitable proceso biológico. La idea de muerte va adquiriendo importancia, debido a que el niño observa que la gente muere a su alrededor y teme que esto le suceda a sus padres, comienza a pensar en su propia muerte y ve con curiosidad los funerales y las visitas a los cementerios. Es hasta los 10 años cuando la muerte pasa a ser vista como la cesación de los procesos corporales y por lo tanto el desenlace inevitable de la vida y asume que tanto él como sus seres queridos morirán algún día.

## Etapa Operaciones Formales

Piaget refiere que el niño de 12 años en adelante entiende bien la realidad así como las proposiciones abstractas que le permiten asimilar las leyes y principios como también el mundo de las posibilidades; ahora su conocimiento es de tipo adulto, flexible y eficaz e hipotético-deductivo, valora la lógica y la calidad del pensamiento propio para ejercerla sin restricción. Sus emociones las dirige hacia ideas abstractas; se desarrollan los ideales y actitudes importantes (Ginsburg y Opper, 1977, citados por Pastrana, 1998).

Del Barrio (1990) menciona que es a partir de los 12 años cuando el pensamiento del preadolescente y adolescente se vuelve más complejo y reflexivo permitiéndole clasificar las enfermedades según su proceso. Su conocimiento se deriva de la experiencia personal, familiar y social así como del conocimiento adquirido mediante otras fuentes, más allá de su experiencia personal como la lectura, la televisión, etc. En esta etapa el sujeto considera que la causa o curación de la enfermedad depende de la interacción de factores internos del organismo, físico o psíquicos, con factores externos.

Comprende la enfermedad, sus antecedentes, su proceso y las consecuencias tanto como la curación y las indicaciones para ello, entiende que la enfermedad puede deberse a una diversidad de causas que interactúan con el organismo y que la curación se debe tanto a agentes externos como a la respuesta corporal a dichos agentes (inyecciones, reposo, cirugías, etc.) y a las diferencias individuales. El adolescente localiza la fuente del dolor o malestar y la conceptualiza como una disfunción que se manifiesta a través de síntomas visibles, así como los órganos implicados en el desequilibrio metabólico y bioquímico.

Finalmente Flórez y Valdés (2001), y Thomann (2002) refieren que a partir de los 12 años, con la adquisición del pensamiento lógico-abstracto el adolescente comienza a crear su propia filosofía de la vida y a cambiar sus actitudes hacia la muerte, intentando comprender lo que ésta significa para él. En esta etapa el adolescente mantiene largas conversaciones sobre el sentido de la vida y la muerte, para profundizar más en su propia interioridad emocional, expresar sus sentimientos hacia la misma y lograr una expectativa más amplia de las cosas.

Una vez revisadas las fases de desarrollo cognoscitivo de Piaget, la representación mental de la enfermedad por Del Barrio (1990) y el concepto de muerte por Flórez y Valdés (2001) y Thomann (2002) podemos decir que el niño reorganiza toda su estructura de conocimientos, gracias a sus nuevas capacidades cognitivas y teniendo en cuenta la nueva información en una serie de

reconstrucciones sucesivas que se desarrollan, según describe Piaget, en forma de espiral y no como momentos estáticos que progresan linealmente (Del Barrio, 1990).

En general es importante conocer el estadio en el que se encuentra el niño al momento de su ingreso al hospital, ya que la forma en la que el niño comprende su enfermedad y las causas de la misma, va a ser determinante para la preparación psicológica que se le otorgue a su ingreso. Es importante averiguar cuál es la percepción que el niño tiene de la situación hospitalaria, de su enfermedad y su tratamiento con el fin de ayudarlo a discernir entre fantasía y realidad. En muchas ocasiones el niño se refugia en su pensamiento mágico-animista para frenar, de alguna manera, la fuente de angustia y miedo que inexorablemente comienza a producirse.

Este conocimiento puede ayudar a explicar diferentes reacciones y conductas del niño que se encuentra incluido en una experiencia de enfermedad y hospitalización. Por ello, si queremos ayudarlo a afrontar esta experiencia resulta útil conocer cómo comprende la enfermedad y otros aspectos relacionados.

### **3.2. Características de la enfermedad.**

En referencia a los estresores hospitalarios derivados de la enfermedad que ha motivado el ingreso del paciente pediátrico, destacan entre otros los relacionados con las características propias de la enfermedad (Méndez y Ortigosa, 2000).

Las características de la enfermedad (naturaleza, gravedad, duración, etc.) van a influir de manera importante en las respuestas del afrontamiento:

En cuanto a la **naturaleza de la enfermedad**, parece ser que las enfermedades crónicas producen un mayor nivel de estrés que las enfermedades de carácter agudo. Niños con enfermedades crónicas presentan consecuencias psicológicas y conductuales. Los resultados de las investigaciones indican que a medida que aumenta el tiempo y la frecuencia de las hospitalizaciones se incrementa el riesgo de problemas conductuales y emocionales.

Los niños con enfermedades crónico-degenerativas muestran altos niveles de depresión, angustia y regresión, los cuales pueden llegar a interferir en su tratamiento; los problemas empeoran al aumentar la duración de los periodos de tratamiento y más aún en el caso de pacientes muy pequeños, en los que se incrementan los sentimientos de pérdida y culpa disminuyendo los mecanismos defensivos y adaptativos ante los mismos. Pero los niños durante la

hospitalización también pueden estar influenciados por otros factores adversos además de los anteriormente mencionados, tales como los testimonios “espantosos” relatados por otros niños sobre procedimientos médicos dolorosos o intervenciones quirúrgicas, el uso de sedantes preoperatorios y las exposiciones corporales.

En el caso de que la enfermedad tenga un mal pronóstico o incluso un posible desenlace mortal las familias experimentan serias dificultades y se convierten en poblaciones de alto riesgo en la que está envuelto el desarrollo de trastornos mentales y trastornos psicológicos y por lo que se puede precisar apoyo psicológico durante este periodo.

La **duración de la estancia en el hospital** podría también tener gran importancia. Una hospitalización media de más de una semana o repetidas readmisiones de pequeña duración podrían asociarse con un considerable aumento de las alteraciones conductuales del paciente pediátrico y con un aumento de su estrés y el de sus padres. En la actualidad, las intervenciones hospitalarias persiguen la mínima estancia hospitalaria posible. (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992, citados por Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006). De hecho, el Instituto Nacional de Pediatría (2006), reporta una estancia promedio del paciente pediátrico hospitalizado de nueve días.

En relación a las **hospitalizaciones previas**, se ha observado que los pacientes hospitalizados por primera vez podrían presentar mayores niveles de estrés e incluso mayores alteraciones emocionales en general, que aquellos hospitalizados previamente con cierta frecuencia. Algo semejante señalan otros autores de forma específica con respecto a la ansiedad y el miedo a la hospitalización cuando no han existido intervenciones quirúrgicas y estancias hospitalarias previas; en estos casos, también los niveles encontrados serían mayores en comparación con los de aquellos que cuentan con experiencias anteriores.

Sin embargo, y dado que otros autores han señalado la tendencia inversa, apuntando una sensibilización y una mayor afectación emocional negativa a mayor número de experiencias, parecen cobrar relevancia aspectos cualitativos de la experiencia previa de hospitalización. En ese sentido, cuando la experiencia previa ha sido negativa los niveles de estrés aumentan significativamente con respecto a los de aquellos pacientes sin ninguna experiencia anterior. Estos datos inducen a pensar en un efecto de paulatina habituación, así como en un mejor afrontamiento de la situación de hospitalización conforme las experiencias van siendo más numerosas, aunque con matices y siempre que la experiencia no sea valorada o vivenciada como negativa. (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992; Quiles *et al.*, 2000;

Melamed, Dearborn y Hermez, 1983; Bolig, Brown y Kuo, 1992, citados por Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006).

Un estudio realizado por Benavides, Calvo, Montoya y Sifre (1998, citados por Costa, González y Gisbert, 2000), en el que se aplicó el Cuestionario de Evaluación De la Ansiedad Infantil y Juvenil (González y Martorell, 1993) a niños con y sin hospitalizaciones anteriores, puso de manifiesto que los niños que conocen el funcionamiento del hospital, fruto de experiencias previas, desarrollan estrategias para afrontar la experiencia hospitalaria. En cambio, durante la primera hospitalización los niños suelen mostrarse más preocupados, dado su desconocimiento sobre la dinámica hospitalaria y el desarrollo de ideas fantásticas e infundadas en torno al hospital. La existencia de una mala experiencia previa durante la hospitalización, sobre todo cuando no es en régimen de hospitalización de día, o en los acontecimientos médicos previos, son variables que pueden predecir una mayor ansiedad preoperatoria en el niño (Méndez y Otigosa, 2000).

Por otro lado, Kury y Rodriguez (1995, citados por Gálvez, 2004), evaluaron los conceptos de enfermedad en una muestra de 64 pacientes pediátricos. Encontraron que la sofisticación de estos conceptos no se incrementa en función de la duración de la condición médica, historial de hospitalización o alteración de la calidad de vida asociada a la condición médica, aunque también encontraron que estos conceptos de enfermedad se hacen cada vez más complejos conforme el niño va creciendo. Los autores hacen entonces una observación para el personal de salud, señalando que éste no debe de asumir que los niños con experiencias médicas previas tienen un completo entendimiento de la naturaleza de su condición médica o que tienen una sofisticada comprensión de su causa.

Es importante mencionar que la forma en que los niños valoran las experiencias hospitalarias está en función de la edad y del desarrollo cognitivo. Por lo tanto hay que tener en cuenta que en edades inferiores a los 6 y 7 años, los niños presentan menos capacidad cognitiva para tener un recuerdo exacto de la experiencia anterior, y pueden distorsionar el recuerdo fácilmente, aumentando la intensidad o el dolor del procedimiento temido, así como presentar creencias infundadas e inexactas. Como menciona Palomo (1995) no todas las enfermedades y hospitalizaciones son necesariamente un trauma. Este debe de ser comprendido en términos de la total capacidad del individuo para dominar las experiencias. Con suficiente estrés cualquier individuo puede ser abrumado. De tal modo, que lo que puede ser traumático en una etapa de éste, puede ser una experiencia no tan desagradable en otro momento del mismo.

La forma en que los pacientes pediátricos vivan la hospitalización también marcará sus futuras experiencias médicas. Los niños que vivan la hospitalización de forma más negativa, les costará más afrontar otras vivencias médicas en un futuro. En casos extremos, una hospitalización vivida muy angustiosamente puede dar lugar a una fobia a algún aspecto médico (fobia a los hospitales, a las batas blancas, a las inyecciones, etc.) (Breitkopf y Buttner, 1986; Lumley, Melamed y Abeles, 1993, citados por Méndez y Ortigosa, 2000).

Cabe mencionar que la adaptación a la hospitalización va a verse dificultada si ésta se ha producido de forma involuntaria, no deseada y no programada, situación que se da de forma típica en el caso de los niños.

### **3.3. Derivados de la enfermedad.**

Durante el proceso de enfermedad, la principal situación de crisis se asocia a las manifestaciones físicas de la enfermedad como el dolor o la probabilidad de desarrollar efectos a largo plazo que representen un impedimento funcional o estético. A continuación se detalla cada uno de estos aspectos.

#### **3.3.1. Dolor.**

El dolor es uno de los estresores más comunes, que se puede definir como un fenómeno subjetivo que funciona como sistema de alerta, avisando al sujeto para que adopte las medidas pertinentes e impida un daño mayor al organismo (Palomo, 1995; Martínez y Rodríguez, 2004; Ramírez y Mateos, 2005).

La sensación de dolor es un mecanismo protector del organismo que alerta a la persona que lo padece de que algo funciona mal y le incita a llevar a cabo alguna acción para disminuir o eliminar ese dolor. Las conductas de dolor son las que lleva a cabo la persona para recuperar su bienestar y la mayoría se adquieren durante el proceso de socialización.

Rull (1990) relaciona el dolor a una situación específica, la enfermedad, en la cual el dolor tiene como finalidad la protección, como un sistema de alerta, en este sentido el dolor es entendido como un dolor agudo, dolor síntoma o dolor señal. Cuando el dolor se cronifica pierde su sentido protector y se convierte él mismo en enfermedad o en elemento fundamental de la misma, conduciendo a un estado de sufrimiento (Hombrados, 1997, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

El dolor en niños y adolescentes es una percepción compleja y multidimensional que varía en cualidad, intensidad, duración, localización y desagrado. Los niños



pueden experimentar dolor sin lesión o lesión aparente y pueden tener una lesión sin la experiencia de dolor.

El dolor del niño no es solo inmediato e inevitable consecuencia del daño en el tejido, el dolor en el niño puede ser modificado por diversos factores que alteran la secuencia de la transmisión de información nociceptiva y modifican la percepción del dolor, tales como edad, sexo, nivel cognitivo, experiencia previa con el dolor, familia, bagaje cultural, tipo de enfermedad, su gravedad, así como también los procedimientos médicos y los posibles efectos secundarios del tratamiento. Estos factores moldean la manera en que los niños interpretan y experimentan las sensaciones evocadas por el dolor.

Desde una edad muy temprana, los niños reconocen que el dolor es una experiencia sensitiva y emocionalmente desagradable. Existen diferencias de desarrollo en la expresión de comportamiento de dolor tanto para neonatos y niños como para adolescentes. Depende de su edad y nivel cognitivo y experiencias previas, esto es, los niños juzgan la magnitud y la sensación desagradable del dolor en comparación a las sensaciones que ellos ya han experimentado. La experiencia previa de dolor forma en los niños su punto de referencia al percibir un nuevo dolor.

Así mismo, se ha señalado que los niños más pequeños con ausencia de habilidad comunicativa pueden no expresar adecuadamente el dolor que están sintiendo. Pueden llorar por una amplia variedad de razones y dado que su habilidad verbal es limitada, resulta difícil determinar si el llanto está estimulado por el dolor o por alguna otra causa, miedo o soledad.

El estado emocional del niño hospitalizado puede también influir intensamente en la percepción del dolor. Las reacciones emocionales pueden variar desde una aceptación relativa hasta miedo, ansiedad, enojo, depresión o frustración. Dichas emociones junto con los cambios en la imagen corporal, el aislamiento social o la restricción de actividades, entre otras situaciones, pueden afectar la intensidad del dolor.

De acuerdo al desarrollo cognitivo en los niños, ellos aprenden a diferenciar y describir tres niveles de intensidad de dolor y utilizan las graduaciones que han aprendido para describir las cantidades y tamaños de los objetos físicos, por ejemplo, “un poco, algunos, muchos”. A la edad de 5 años pueden diferenciar una gama más amplia en cuanto a la intensidad de dolor utilizando escalas cuantitativas para valorar la intensidad de su dolor, así como también pueden

comprender y comunicar otros aspectos de la percepción de su dolor (sensitivo y emocional) en conceptos más abstractos.

Por ello la valoración del dolor requiere una apreciación básica de las fases del desarrollo de los niños y su nivel cognitivo, es decir, una adecuada valoración de dolor en niños no puede seleccionarse aplicando simplemente el conocimiento de dolor en adultos, sino debe ajustarse a las características de este grupo de edad (McGrath y Brigham, 1992; Varni et al, 1896, citados por Martínez y Rodríguez, 2004).

### **3.3.2. Efectos a largo plazo.**

La enfermedad produce sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de procesos corporales desconocidos, y una inexplicable pérdida de control de partes o funciones del cuerpo. De este modo, la experiencia de enfermedad y hospitalización crea en el niño la necesidad de su comprensión, para adaptarse a situaciones y sucesos que le proporciona el mundo que le rodea, trata de comprender las situaciones relacionadas con la salud y enfermedad y reacciona ante ellas.

Los primeros estudios psicológicos sobre la experiencia infantil de la enfermedad se hacen desde la perspectiva psicoanalítica, centrándose en las reacciones afectivas del niño, y en la percepción de la enfermedad y su tratamiento como un castigo. Un acontecimiento amenazante para el ser humano y especialmente durante la infancia, asociado con el estado de salud, es la hospitalización.

Diferentes autores estudian los efectos de la hospitalización en los niños. La separación de la familia, un entorno extraño y desconocido, dolor y malestar, intimidación de muerte, cambio en las relaciones de los padres y las concepciones de los niños sobre lo que está ocurriendo, se consideran entre los factores que producen estrés en el niño enfermo. En relación con la experiencia de enfermedad y hospitalización, las comprensiones equivocadas o ideas erróneas del niño sobre la experiencia se convierten en un factor añadido.

Hay muchas evidencias que documentan el serio impacto psicológico que la hospitalización puede producir en los niños. Como consecuencia de experiencias traumáticas en el hospital, pueden aparecer en el niño, una gran variedad de síntomas y problemas de personalidad, a consecuencia de la angustia y el estrés. Hay también muchos niños que muestran reacciones adversas a la experiencia estresante de la hospitalización y cirugía mientras están en el hospital y de nuevo cuando han vuelto a su casa. Algunas de las conductas que el niño puede

manifestar derivadas de esa experiencia son ir siempre detrás de su madre a cualquier lugar de la casa, ponerse nervioso al oír mencionar a los médicos o el hospital, tener pesadillas, etc. En la medida en que estas reacciones se mantienen o aparecen junto a otras, indican el grado de impacto adverso que ha tenido la experiencia.

Algunos investigadores declaran que la hospitalización contiene la posibilidad de efectos emocionales beneficiosos en algunos pacientes infantiles, aunque la posibilidad de que la experiencia sea traumática es grave, porque supone una crisis no sólo para el enfermo, sino también para su familia.

De todos modos, no todas las enfermedades y hospitalizaciones u otra experiencia desgraciada son necesariamente un trauma: debe ser comprendido en términos de capacidad del individuo para dominar las experiencias. Con suficiente estrés, cualquier individuo puede ser abrumado, y además de que la dosis es una consideración importante, también lo es el desarrollo. De modo que lo que puede ser traumático en una etapa, puede ser una experiencia no tan desafortunada en otro momento.

Para entrar en el tema general de los efectos psicológicos de las enfermedades y los tratamientos somáticos, veamos primero cuáles son los síntomas consecutivos a una experiencia traumática de hospitalización. Éstos son síntomas que aparecen bruscamente, y que generalmente son reversibles (Zetterström, 1984):

- Problemas de alimentación como rechazo o hiperfagia.
- Alteraciones del sueño, como insomnio, pesadillas o fobias a la oscuridad.
- Enuresis o encopresis diurna o nocturna.
- Regresión a niveles de comportamiento más primitivos y pérdida de los niveles adquiridos previamente o del aprendizaje o conducta social.
- Movimientos espasmódicos involuntarios de la cara o los párpados, es decir, tics.
- Depresión, inquietud y ansiedad.
- Terror a los hospitales, personal médico, agujas, procedimientos diagnósticos como los rayos X y a la ingestión de fármacos. Miedo a la muerte.
- Mutismo, regresión autista a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente.
- Obsesión hipocondríaca (enfermiza) o verdaderas alucinaciones sobre funciones corporales.

- Síntomas histéricos, como pérdida de la voz después de una amigdalotomía.

Sin embargo, se han documentado diversos casos en los cuales, la enfermedad, la hospitalización y las intervenciones médicas han generado en pacientes pediátricos, reacciones ante el estrés de amplitud catastrófica, presentando regresiones comportamentales importantes, pérdida de funciones, que conllevan numerosos síntomas. Formas crónicas de despersonalización y, sobre todo, la instauración de trastornos de la personalidad y del pensamiento (Cramer, 1995).

A pesar de la mayor vulnerabilidad de los pequeños, hay ciertos acontecimientos de la vida que resultan estresantes para la mayoría de los niños en todas las edades: la separación de los padres, heridas y enfermedades y hospitalización, ya que en estas situaciones el acontecimiento tiende a ser percibido como amenazante. Por eso, es necesario que todos los niños reciban una particular atención para ayudarles a afrontar la hospitalización.

#### **4. PROCEDIMIENTOS MEDICOS.**

La siguiente sección detalla la cuarta y última categoría de estresores hospitalarios según la clasificación de Méndez y Ortigosa (Tabla 1).

Durante la hospitalización se realizan una gran cantidad de exploraciones y procedimientos, tanto de diagnóstico como de tratamiento, ante los cuales el niño, presenta elevados niveles de estrés.

Los numerosos exámenes que se realizan al paciente pediátrico, por su valor diagnóstico (análisis de sangre, radiografías, electroencefalogramas, scanner...) suelen ser una fuente muy importante de estrés en un niño mal preparado, incluso una simple inyección es capaz de provocar en el niño elevados niveles de ansiedad y miedo. Éstos a su vez desencadenan un alto grado de estrés en el niño, el cual puede afectar las capacidades del mismo para avanzar hacia niveles óptimos de desarrollo.

El choque emocional del niño es muy grande ya que ve su cuerpo rodeado de máquinas, de tubos, de ruidos y de personal en constante tensión y actitud de alerta por lo cual el niño siente que su cuerpo es atacado y manipulado. Además la ansiedad puede ser incrementada debido al internamiento, la anestesia y cirugía que se vincula con la separación y el alejamiento de sus padres.

Además las exploraciones se complican cuando el niño sufre una enfermedad grave, como en el caso del niño con leucemia para el cual los procedimientos diagnósticos (como por ejemplo las punciones lumbares y extracción de médula) pueden volverse espantosos convirtiéndose en una fuente importante de estrés y ansiedad, siendo necesaria una intervención psicológica. Los niveles de ansiedad se incrementan al aumentar la complejidad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

El nivel de ansiedad y estrés que el niño experimenta ante un procedimiento doloroso parece estar en función de una serie de variables individuales, entre las que cabe destacar la ansiedad del niño, su experiencia previa, su personalidad o por relatos y creencias populares. Se ha comprobado que el nivel de estrés que presenta un niño menor de 7 años al que se le va a realizar una aspiración en la médula espinal es de 5 a 10 veces mayor que el que presenta un niño de edad superior a 7 años (Jay y cols., 1983, citados por Valdés y Flórez, 1992; Montoya, 1981, citado por Giacomantone y Mejía, 1997).

Se ha observado que los niños que ya han estado hospitalizados, describen el dolor de forma diferente que los niños que nunca han sido hospitalizados. Esto es debido, según Kuttner (1989) a que los procedimientos médicos que provocan el dolor agudo producen importantes reacciones de ansiedad en los niños y los sensibilizan ante intervenciones médicas futuras. Jay (1985) había señalado que las experiencias de hospitalización previas negativas pueden formar un estado de expectación en el niño y producir ansiedad, fatiga, incomodidad y depresión, lo cual puede influir en el nivel de tolerancia al dolor (Jay, 1985; Kuttner, 1989, citados en Valdés y Flórez, 1992).

Aunque casi todas las experiencias del hospital causan alguna preocupación, las inyecciones es uno de los acontecimientos más estresantes y muy temidos por los niños hospitalizados; incluso pueden desencadenar reacciones fóbicas. Las inyecciones se perciben como amenazas a la integridad física al ser vividas como una invasión dolorosa a su cuerpo y se consideran que producen efectos catastróficos. Las inyecciones suelen simbolizar la estancia en el hospital del niño, de tal forma que diversos autores sugieren que la habilidad del niño para afrontar las inyecciones puede determinar el modo de reacción ante otros aspectos de la enfermedad y hospitalización.

A pesar de su finalidad curativa, la cirugía constituye una amenaza a la integridad del cuerpo y por eso es bastante común que los enfermos tengan fantasías atemorizantes en relación a la misma. Muchos temores y fantasías dependen del

órgano o parte del cuerpo que será intervenida y del tipo de operación que se realice.

Para poder enfrentar la operación, todo paciente debe realizar un proceso de adaptación. Dicha adaptación psicológica es posible por la acción de diferentes recursos internos que se ponen en marcha y que se traducen en diversas actitudes o conductas ante el estrés quirúrgico.

Las principales preocupaciones quirúrgicas de los niños entre los tres y los doce años son el separarse de sus padres y las inyecciones, mientras que las de los padres son la anestesia y la convalecencia del niño. Los aspectos más preocupantes para los adolescentes de once a catorce años son la muerte como consecuencia de la enfermedad de la que le van a operar, despertarse durante la operación y no poder realizar las mismas cosas que antes.

Aunque la Cirugía se ha convertido en un procedimiento médico indoloro debido a la anestesia, es uno de los más temidos por el niño precisamente por la pérdida de control.

Otro aspecto que debe ser considerado es la duración del periodo preoperatorio, es decir el tiempo que transcurre entre el instante en que el paciente conoce la indicación de cirugía y el momento en que se realiza la operación. Cuando se trata de cirugía programada, el impacto psicológico preoperatorio puede atenuarse, porque el paciente cuenta con bastante tiempo para adaptarse y lograr anticipar y controlar todas sus ansiedades y temores vinculados al acontecer quirúrgico. Cuando debe realizarse cirugía de urgencia como consecuencia de la falta de tiempo para poder afrontar el estrés, en muchos enfermos el nivel de ansiedad preoperatoria suele ser significativamente mayor (Giacomantone y Mejía, 1997).

Durante el periodo posoperatorio es frecuente observar en los niños sentimientos depresivos, retraimiento y actitudes regresivas, con pérdida o retroceso de las habilidades o funciones que ya había adquirido.

Debido al dolor y a la ansiedad causada por los procedimientos médicos invasivos y por el desconocimiento que los niños tienen sobre éstos, es común que se muestren aprensivos y que rechacen abiertamente que les sean practicados dichos procedimientos. La ansiedad anticipatoria puede ser tan severa que días antes del procedimiento programado, los pacientes pediátricos e incluso sus padres informan de náuseas, vómitos, erupciones cutáneas, insomnio y llanto. Incluso se llegan a presentar fantasías de que perderán toda su sangre, que el

dolor les será insoportable, que serán mutilados por la aguja o que morirán a causa del procedimiento.

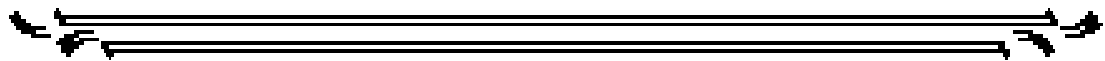
Por lo anterior es muy importante que al niño se le explique en qué consisten los diferentes procedimientos médicos, previo a que los experimente. El hecho de que un niño pueda manipular objetos reales como una jeringa, catéteres, y otro tipo de instrumental médico, ayuda a que su ansiedad disminuya en el momento que le es realizado el procedimiento.

Con esto concluimos con la revisión de las cuatro grandes categorías de los estresores hospitalarios.

Como anteriormente mencionamos, la hospitalización impone un cambio de vida y normalmente es un acontecimiento no deseado y no planificado, que tiene fuertes características estresantes, comenzando por el propio marco hospitalario, que en la mayoría de los casos no es muy alentador.

A modo de reflexión final, podemos decir que para un niño hospitalizado y su familia existen varias causas de estrés emocional que pueden evitarse, como el desconocimiento acerca de las implicaciones de la enfermedad, de los procedimientos médicos y de las rutinas existentes en el contexto hospitalario. Si ponemos atención adecuada a tales factores, es posible transformar la hospitalización en una experiencia constructiva y no traumática ni negativa.

## **CAPÍTULO II. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA HOSPITALIZACIÓN.**





En el presente capítulo se revisarán los principales efectos psicológicos que genera el proceso de hospitalización en el niño. Como se mencionó en el capítulo anterior, el estrés representa una complicación de la enfermedad que puede amenazar la óptima recuperación, el ajuste o la rehabilitación. Las reacciones estresantes implican grandes cantidades de afecto negativo como lo son la ansiedad, el miedo, la depresión y el enojo. Estos síntomas psicológicos pueden afectar a los síntomas de la enfermedad adversamente.

La ansiedad experimentada por los pacientes pediátricos no sólo conlleva consecuencias negativas a nivel orgánico, sino también a nivel psicológico. En este sentido, las investigaciones al respecto dejan bien claro que los niños que viven la hospitalización de forma más ansiosa, sufren más alteraciones psicológicas (Moix, 2000, en Méndez y Ortigosa, 2000).

La repercusión psicológica de la hospitalización en el niño depende de un conjunto de factores como la edad del niño, nivel de desarrollo cognitivo, experiencias previas ante amenazas similares, inicio de la enfermedad, duración de la hospitalización, conocimiento previo sobre lo que es un hospital y sobre la enfermedad, así como también la cantidad de información que posea y el apoyo que reciba. La manera en que se adapta a estos, jugará un papel importante en la respuesta que tanto el niño como su familia manifiesten. La hospitalización traerá como consecuencia en algunos niños alteraciones en el estado de ánimo, fobias médicas, ansiedad de separación, retraimiento y conductas agresivas entre otras (Méndez y Ortigosa, 2000).

Es por esta razón que llevamos a cabo una clasificación de los efectos de la hospitalización a nivel emocional, cognoscitivo, conductual y psicofisiológico. Consideramos que una hospitalización tiene efectos negativos sobre estas áreas del desarrollo, lo cual en ocasiones impide que el paciente pediátrico avance hacia un nuevo estadio en su desarrollo.

Tabla N° 2.  
Impacto psicológico del proceso de  
hospitalización en el niño.

- 
- 
- |    |                        |
|----|------------------------|
| 1. | Nivel Cognoscitivo.    |
| 2. | Nivel Emocional.       |
| 3. | Nivel Conductual.      |
| 4. | Nivel Psicofisiológico |
- 
-

## 1. NIVEL COGNOSCITIVO.

Como hemos mencionado, el niño reorganiza su estructura cognitiva a partir de la información que posee. La percepción de la Hospitalización por parte del niño refleja una determinada estructura intelectual de acuerdo a cada etapa evolutiva, y varía dependiendo de la edad o desarrollo cognoscitivo. De esta manera la comprensión de la Hospitalización como una forma de recuperar la salud dependerá de la información que el niño tenga, el nivel cognoscitivo y su experiencia.

De acuerdo a esto, los niños más pequeños pueden resultar más afectados por la experiencia de enfermedad y hospitalización, ya que se piensa que éstos son más vulnerables al estrés que los adultos porque tienen menos desarrolladas las estrategias que les permitan afrontar estas situaciones. Disponen de menos conocimientos sobre las cuales basar sus decisiones y resolver nuevos problemas, menos mecanismos de defensa y es más probable que su percepción de la realidad este más distorsionada.

Asimismo, los miedos y fantasías tienen una gran influencia en sus percepciones. Solo si los niños son muy pequeños (primeros meses de la vida) los efectos pueden ser menores porque carecen de capacidad de discriminación suficiente o, al menos manifiestan menos trastornos emocionales o mínimas protestas. También, aunque hayan sido informados tienden a recordar menos los contenidos de información recibidos que los de mayor edad. Otro aspecto a considerar es que los niños pequeños aun no han desarrollado el concepto de tiempo y aunque reconozcan que sus padres volverán a verle no puede calcular cuándo será; también se suelen emplear indicaciones cuyo significado les es difícil comprender, como “espera un momento” o “esto durará poco”.

En cuanto al efecto que tiene la enfermedad a nivel cognitivo, ésta tiene un importante efecto en la modificación del autoconcepto del niño enfermo, aumentando también sus niveles de ansiedad. Viney (1983, citado por Pérez, 2006) denominó con el término “imágenes de enfermedad” (images of illness) a la imagen corporal que se autoconstruye cualquier persona con una determinada enfermedad; la cual influirá decisivamente en su comportamiento originándole sentimientos de ansiedad, indefensión, depresión, inseguridad, aislamiento y temor. Además, hay que tener en cuenta que el proceso de hospitalización se asocia generalmente en el niño a procedimientos que producen mucho dolor.

El tratamiento al que se someten algunos pacientes, puede afectar el sentido de dominio del mundo, que los niños van adquiriendo durante sus primeros años de

vida. Para los niños en edad escolar, el tratamiento puede afectar su sentido de control sobre su propio cuerpo y en los adolescentes, puede afectar su sentido de identidad. De hecho, es común que los niños en tratamiento dejen de comer, ya que esto les hace sentir que aun tienen el control sobre la situación.

El adolescente por su parte destina gran parte de su tiempo durante la hospitalización a la preocupación sobre su cuerpo, sintiendo que éste puede tener rápidas transformaciones, lo que dificulta el mantenimiento de una certera imagen corporal. Este hecho le hace sentir miedo o temer las heridas o secuelas que puedan ocasionar los accidentes, enfermedad o cirugía.

Se considera que cuando una enfermedad afecta al funcionamiento corporal o apariencia física, se puede dificultar el establecimiento de sentimientos de seguridad, de autovalía y la formación de una identidad positiva. En el caso de los chicos puede interferir el desarrollo de su sentido de masculinidad y sus habilidades para interaccionar con sus compañeras. Mientras que en las chicas puede desencadenar sentimientos de ser diferente, defectuosa, carente de atractivo sexual o de valor.

Su estancia en el hospital puede activar sentimientos de dependencia a pesar de la necesidad del adolescente de sentirse independiente de los padres.

Asimismo, ciertos tipos de tratamiento suelen alterar la apariencia física de los pacientes, el desfiguramiento, la pérdida de función y cualquier cambio en la apariencia física son especialmente perturbadores para ambos sexos y constituye un recordatorio constante de la enfermedad. Estos cambios en la apariencia física, provocan que el niño se sienta diferente a sus pares, lo que puede provocar vergüenza, aislamiento social y conductas regresivas. Esto a su vez, puede afectar severamente su autoestima (Die-Trill y Stuber, 1998, citados por Pérez, 2006).

Los cambios físicos que el niño experimenta durante su enfermedad y tratamiento varían, situación que puede amenazar su autoestima y contribuir a la aparición de problemas en sus relaciones sociales (Méndez et al., 2004).

## **2. NIVEL EMOCIONAL.**

Las reacciones emocionales de ansiedad, nerviosismo, inquietud, temor y miedo, son las respuestas más comunes del niño ante la enfermedad y la hospitalización, normalmente provocada: ante los procedimientos médicos, la separación de los padres, la desfiguración física o la posibilidad de morir. Los conflictos psicológicos

que se producen en el niño son producto de la inadecuada comprensión del significado de su enfermedad o por los estados de indefensión y desesperanza que conducen a una baja autoestima (Alonso, 2005). El miedo a la agresión corporal suele ser tal que los niños tienden a reaccionar del mismo modo, tanto a procedimientos dolorosos como no dolorosos.

Méndez y Ortigosa (2000) comentan que la ansiedad, el miedo y la depresión son las respuestas más comunes ante la hospitalización debido a las múltiples pérdidas que vive el niño, como la escuela, amigos, capacidades, logros y expectativas futuras así como un presentimiento de peligro inminente del que el pequeño no puede escapar y que se acompaña de malestar y una sensación de desamparo originado por una situación interna o externa como los procedimientos médicos invasivos (aspirado de médula y punción lumbar), el pequeño desconoce la causa de ella, pero la vive como una sensación permanente de terror y desastre inminente.

Por su parte Fernández (1994, citado por De La Huerta y Corona, 2003) reporta otro tipo de reacciones ante la hospitalización como el nerviosismo, irritabilidad, desazón, oscilaciones en el estado de ánimo, sueño inquieto, predisposición a la ira, una extraordinaria hipersensibilidad, crisis de llanto, al igual que reacciones de somatización.

La depresión se puede manifestar en el paciente con llantos frecuentes, tristeza, irritabilidad, aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño, etc. Síntomas que pueden constituir un indicador para ayudar a los padres y al personal sanitario a detectar en el niño un estado depresivo (Méndez et al., 2004). La Depresión es otra forma de respuesta que el niño puede desarrollar por los efectos de una enfermedad debido a la restricción del ambiente hospitalario o por la separación de los padres como consecuencia de la hospitalización o bien puede surgir ante algún procedimiento médico invasivo lo cual puede afectar la recuperación quirúrgica ya que el niño puede mostrar un estado de ánimo bajo, lo que le hace sentirse con pocas fuerzas para afrontar la enfermedad, lo cual conlleva alteraciones en los niveles de corticoides y en la respuesta inmunológica, que predispone al desarrollo de complicaciones orgánicas (Giacomantone y Mejía, 1997; Alonso, 2005).

Otra complicación preoperatoria muy alarmante es el surgimiento de crisis de pánico en el preoperatorio inmediato, cuando el enfermo es llevado hacia el quirófano o en el momento mismo de iniciar la anestesia. Situación que puede dificultar la inducción al sueño (Giacomantone y Mejía, 1997).

La pérdida de la rutina cotidiana a partir de su ingreso hospitalario y las visitas continuas al hospital suponen la separación de sus compañeros y amigos, lo que dificulta sus relaciones y puede generar su aislamiento. En el colegio, el niño a menudo debe explicar a sus compañeros porque no asiste con regularidad a las clases y el motivo de sus frecuentes hospitalizaciones, despertando con frecuencia sentimientos de pena y compasión e incluso un posible rechazo.

Recordemos que cuando un niño llega a un hospital, no es únicamente una carga incidental de enfermedad que necesita ser aliviada. Es un ser humano que pertenece a una familia y por ende “este medio extraño” generará alteraciones emocionales en el círculo familiar.

La familia es el soporte emocional y punto de referencia más importante para el niño, es un pilar básico en la administración de los cuidados especiales del niño y tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso de enfermedad.

La familia como sistema social sufre también repercusiones cuando sucede alguna alteración en la vida de algunos de sus miembros, ya que representa cambios en su funcionamiento, su calidad de vida, rompimiento en su estilo de vida y su efectividad en la familia para afrontar el estrés.

La enfermedad tiene un importante impacto psicológico sobre los padres y hermanos del paciente pediátrico, y puede interferir sobre su adaptación socio-emocional y su salud, tanto física como psíquica. De esta forma, la noticia de enfermedad causa en los padres un gran impacto emocional, generándose sentimientos de miedo, incertidumbre, desesperanza, pérdida (de salud, de control, etc.), soledad y culpa, entre otros (De la Huerta y Corona, 2003).

Por lo tanto el diagnóstico es emocionalmente trastornador para los padres. Como hace referencia Richmond (1982, citado por Alonso, 2005) se dan ciertas reacciones en los padres y familias ante el conocimiento de una enfermedad en un hijo. Sus reacciones constan de tres fases (citado por Pastrana, 1998; Serradas, 2003; Alonso, 2005):

1. El Shock inicial suele originar sentimientos de enfado, los padres niegan la noticia, se preocupan, les da temor y sufren desesperación; se sienten fuera de control y se presentan sentimientos de ira, enfado e incredulidad. Es importante mencionar que las reacciones en este momento pueden ser muy variadas.

2. Le sigue un periodo de tristeza y desequilibrio psíquico donde los padres se preguntan a sí mismos si la enfermedad de su hijo podría haberse evitado de alguna forma, algunos buscan las causas en atención médica insuficiente, en personal incompetente o en otras circunstancias ambientales, con frecuencia otros asumen una carga de culpa por no haber sabido identificar los síntomas de la enfermedad, por no haber actuado con rapidez para lograr la curación o incluso por haber sido la causa de su aparición y por no tener las habilidades para proteger a su hijo.

Cada una de estas reacciones puede ser irracional, sin embargo debe considerarse que dicho sentimiento de culpa o de castigo puede ser particularmente intenso en los trastornos genéticos y en enfermedades como el cáncer. Petrillo y Sanger, (1975, citado por De la Huerta y Corona, 2003) comentan que a menudo, los padres se sienten culpables porque los asalta el deseo de deshacerse del niño enfermo que tienen enfrente, sin embargo señalan que ésta es una reacción dinámica universal y humana que debe reconocerse como normal sobre todo antes de empezar a hablar a los padres acerca de los métodos con que cuenta la ciencia moderna para ayudar al niño a superar su enfermedad.

3. Finalmente, la tercera fase ocurre cuando los padres llegan a una restauración del equilibrio acompañada de un enfrentamiento real del problema. Los padres empiezan a preocuparse tanto del presente como del futuro, otros lo conceptualizan como un periodo de optimismo renovado acostumbrándose a la enfermedad crónica. Puede conducir a la participación activa de los padres en el proceso de recuperación de su hijo; o la rebeldía y resentimiento final y constante.

La ansiedad y los trastornos del estado de ánimo aumentan en los padres que acaban de recibir el diagnóstico. Pueden agravarse los problemas conyugales que ya existían o surgir nuevas desavenencias. Por todo ello es muy importante el apoyo social percibido de los padres por parte de otros familiares y amigos (Méndez et al., 2004).

Tener un niño con una enfermedad grave representa para los padres tener que enfrentarse con desafíos, ya que el niño requiere cuidados médicos regulares, supervisión las 24 hrs. y un manejo conductual extenso, por ende los padres dedican una porción importante de su propia energía en el cuidado de su hijo, por lo que es difícil encontrar el tiempo para hacer compras y atender las obligaciones escolares o actividades extracurriculares de otros niños de la familia, puede ser imposible encontrar la energía para trabajar fuera de casa, cuidar adecuadamente

de otro niño o mantener una relación íntima, resaltando las necesidades de los padres de balancear su dedicación entre el cuidado del niño, la comprensión de los eventos médicos, el cuidado personal y la visión de la familia como un todo.

Para la mayoría de las familias los cambios en la dinámica familiar, en la economía, en el área laboral, en las relaciones entre sus miembros, etc., pueden generar una gran ansiedad, de forma que tanto sus rutinas diarias, como las referentes a la enfermedad y al tratamiento, se abordan con un nivel de estrés considerable. Cada miembro deberá realizar su propia adaptación a la enfermedad y ajustarse a los cambios en el funcionamiento familiar que ésta exige en diferentes etapas (Wicks-Nelson e Israel, 1997, citados por Pérez, 2006). De esta manera, muchos padres se comienzan a plantear el dilema de cuánto tiempo deben dedicar al niño enfermo y cuánto a sus hijos sanos (principalmente cuando son pequeños). Estos cambios constituyen una fuente de estrés que se suma a la propia situación del paciente.

En la mayoría de los casos, uno de los padres es quien se encuentra físicamente más cerca de su hijo durante el proceso de enfermedad (en la mayoría de los casos este papel lo adopta la figura materna), ya que el otro, generalmente es quien se dedica a trabajar. Ambos padres (pero principalmente el que pasa la mayor parte del tiempo con su hijo), se encuentran día a día, enfrentando diferentes situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad, por lo que no se puede desestimar el papel que ellos desempeñan en el tratamiento y la forma en que los niños reaccionan ante la enfermedad.

Pérez (1999, citado por Gálvez, 2004) dice que las respuestas por parte de la familia, así como el tipo de problemas que puedan aparecer, dependerán en gran parte, de la severidad de la enfermedad en términos de la ruptura con el estilo de vida, así como de la eficacia de las estrategias de afrontamiento a la nueva situación que posea. También influirán las características propias de la enfermedad como:

- El tipo de experiencias previas que haya tenido el niño y su familia con la enfermedad, es decir, si han sido positivas o negativas.
- Características de la hospitalización, por ejemplo si se han presentado hospitalizaciones frecuentes o de larga duración.
- Gravedad de la enfermedad, es decir, cuanto más grave es la enfermedad, y/o más invasivos y dolorosos los procedimientos y tratamientos médicos,

mayores serán las dificultades de la familia para manejar y hacer frente a las exigencias de la hospitalización del niño.

La desorganización que se presenta en la crisis dada a partir de la noticia de enfermedad repercute a nivel de sentimientos, pensamientos, conductas, reacciones físicas y relaciones sociales en sus diferentes etapas. Horowitz (1976, citado por Pastrana, 1998) subraya que durante un suceso de crisis la primera reacción es de *llanto* dado el impacto de la noticia, seguida de una *negación* del evento; la *intrusión* se refiere a los pensamientos y sentimientos de dolor que se experimentan. Posteriormente la *penetración* donde se identifican y externalizan los pensamientos y sentimientos y por último la *consumación* que es la reorganización o integración de la crisis en el individuo.

Respecto a esto, un número importante de padres presentan manifestaciones de ansiedad y depresión. El nerviosismo, el aturdimiento, la dificultad para relajarse, los problemas de insomnio y la negación de la realidad son algunas de las manifestaciones más comunes. En la mayoría de los casos, estos sentimientos se acompañan de una tendencia muy marcada al aislamiento y replegamiento de la familia sobre sí misma, cerrándose a todo apoyo que venga del exterior (Serradas, 2003).

Sentimientos de desesperanza, de impotencia y de pérdida de control también son comunes en los padres de niños hospitalizados. Estos sentimientos pueden aumentar cuando la enfermedad del niño se prolonga mucho o cuando suceden episodios repetidos de un final inminente. Este sentimiento de culpa con frecuencia hace que los padres sobreprotejan al niño, privándole de la independencia que éste necesita para su desarrollo y madurez. Se asegura que la sobreprotección puede ser desfavorable, porque disminuye las oportunidades del niño de desarrollar estrategias de afrontamiento y habilidades adaptativas, un ejemplo es que una madre puede hacer siempre lo que su hijo demanda en lugar de marcar límites de disciplina o decir no, por el temor o la preocupación de provocar una crisis o reincidencia de la enfermedad. Como consecuencia, el niño puede volverse altamente demandante esperando siempre hacer su voluntad sin la oportunidad de desarrollar paciencia o habilidades de afrontamiento para mejorar desacuerdos, frustraciones, contratiempos y enojos (De la Huerta y Corona, 2003; Costa, González, y Gisbert, 2000; Méndez y Ortigosa, 2000).

De acuerdo a la relación de la familia, el paciente responde a su enfermedad en términos de indefensión o de afrontamiento activo, influyendo así en su autoimagen y su autoestima. Sin embargo el modo en el que responde la familia de los pacientes es altamente variable; cuando una familia tiene dificultades para



aceptar la realidad de la enfermedad e intenta afrontarla negando sus serias implicaciones, el paciente presenta más probabilidades de experimentar un incremento de ansiedad; mientras que las familias que están junto al paciente favoreciendo el hablar abiertamente de sus miedos y preocupaciones facilitan la adaptación a la nueva situación (Gálvez, 2004).

El comportamiento de los padres influye notablemente en las reacciones infantiles. El niño suele percibir la ansiedad de sus padres a través de signos no verbales, y como consecuencia se produce un fenómeno de "Contagio Emocional" padre-hijo. Si los padres se muestran serenos contribuyen a tranquilizar al niño, pero si manifiestan ansiedad, sobre todo en momentos críticos como la aplicación de un procedimiento invasivo, es preferible que no se hallen presentes para evitar que el niño se altere dificultando el trabajo de los profesionales de la salud. De igual forma el niño afronta mejor la separación si los padres se sienten cómodos dejándole enfermo en el hospital, del mismo modo que los padres adecuados son más capaces y están más dispuestos a colaborar con los profesionales para ayudar a manejar al niño (Palomo, 1995; Costa, González y Gisbert, 2000; Gálvez, 2004).

Donovan en 1988, menciona que los sentimientos de temor e impotencia se pueden comunicar de los padres al niño y de éste a ellos, lo que a su vez puede empeorar las situaciones difíciles, porque los padres y el niño pueden verse involucrados en un ciclo creciente de tensión, sobre todo ante situaciones de incertidumbre como las implicadas en las enfermedades crónicas. Los padres se encuentran ansiosos y preocupados cuando los niños son sometidos a procedimientos médicos molestos o dolorosos, esto es percibido por el niño entorpeciendo el procedimiento médico, ya que la ansiedad paterna creciente, disminuye el umbral del dolor del niño lo cual aumenta por lo tanto la experiencia de dolor que el pequeño experimenta durante el procedimiento.

Es importante también hacer mención que los padres de un niño enfermo con frecuencia olvidan sus necesidades de alimentación y descanso, aumentando el cansancio puesto que crean una relación estrecha con él. Esta situación puede poner en riesgo su salud y el tratamiento del niño por ser los principales administradores de los cuidados especiales del pequeño. Cuando menos olvide el cuidador sus necesidades, más capacidad tendrá para ayudar al paciente (De La Huerta y Corona, 2003).

El estrés, la impotencia y la fatiga acumulada pueden dar lugar a reacciones de ira que pueden estar dirigidas contra Dios, el personal sanitario, etc. Si estas

reacciones no llegan a controlarse pueden generar importantes dificultades en sus relaciones interpersonales.

A fin de reducir esas reacciones emocionales es fundamental proporcionar a los padres información clara y concisa sobre la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento y el funcionamiento del hospital. Asimismo, es importante fomentar la participación de los padres en el cuidado del niño, motivándoles a adoptar un rol activo durante la hospitalización. Todo ello favorecerá el desarrollo de un mayor control sobre la situación y de una mayor cooperación con el personal sanitario (Costa, González y Gisbert, 2000).

Hemos hablado acerca del niño enfermo y de las reacciones de los padres ante la enfermedad infantil, pero ¿Qué ocurre con los hermanos? La situación de enfermedad y hospitalización lógicamente afecta de igual modo al resto de los miembros de la familia, cuando los hay. Ante la magnitud del problema representado por la enfermedad, casi toda la atención tiende a dirigirse al niño y, posteriormente, a los padres, como principales centros de interés y preocupación. Generalmente, los hermanos del pequeño paciente se ven fuertemente impactados, y no les resulta nada fácil la convivencia con un hermano enfermo.

La pérdida de atención por parte de sus padres, los cambios en la dinámica familiar, el cambio en las actividades de la familia, el miedo a la muerte, entre otros, son fuentes de ansiedad y angustia en los hermanos. Aparecen sentimientos de culpa, debido al hecho de estar sanos y suelen sentirse enojados o resentidos hacia el hermano enfermo.

Los cambios que acompañan a la hospitalización, pueden dar lugar a problemas de conducta en los hermanos, tales como reacciones violentas, celos, rabietas, actitud desafiante, negativismo, etc., como una forma de llamar la atención al sentirse descuidados y menos queridos por sus padres. También se ha encontrado baja autoestima, depresión, ansiedad, dificultades sociales y aislamiento. Los hermanos también pueden desarrollar quejas somáticas constantes para obtener la atención de sus padres o comienzan a bajar en sus calificaciones o a mostrarse rebeldes o con otro tipo de problemas de conducta. En ocasiones los hermanos deben asumir más responsabilidades de las que les corresponderían por su edad o de las que hasta ese momento tenían, lo que puede dar lugar a ciertas dificultades si la situación se prolonga (Costa, González y Gisbert, 2000; Adams-Greenly, 1989; Die-Trill y Stuber, 1998; Picazo, 2001, citados por Pérez, 2006; Serradas, 2003).

En este sentido Breslau, Weitzman y Messenger (1981, citados por Pastrana, 1998) estudiaron a 239 familias que tenían un hijo con una enfermedad crónica. Estos autores indican que las puntuaciones de los hermanos de un niño enfermo fueron más elevadas en agresión interpersonal tanto en los niños como con sus amigos.

Rothstein (1984, citado por Pastrana, 1998) menciona que los hermanos de los niños enfermos necesitan también del cuidado tanto de los padres como de las personas que le rodean; necesitan saber sobre la enfermedad y si ellos pueden tener lo mismo o si su hermano va a morir y cuándo.

En el caso de los hermanos es importante brindarles información sobre la enfermedad del hermano y su carácter no contagioso, los tratamientos, la necesidad de la hospitalización, y aclarar todas las posibles dudas que puedan tener ya que favorecerá una valoración más objetiva de la situación y una mejor adaptación a la misma, evitando de esta manera la posibilidad de desarrollar miedos o fantasías con respecto a la enfermedad de su hermano. También puede ser de gran utilidad fomentar su participación en el cuidado de su hermano enfermo, haciéndoles responsables de pequeñas tareas adaptadas a su capacidad, de tal forma que disminuyan los sentimientos de ser abandonados o apartados de la familia (Costa, González y Gisbert, 2000).

### **3. NIVEL CONDUCTUAL.**

El temor que un niño puede sentir hacia la hospitalización hace que se vuelva exigente con sus padres, demandando no solo su presencia física, sino también su constante cariño y aliento.

Distintos trabajos distinguen consecuencias negativas en torno a la hospitalización. Es frecuente que el niño exhiba conductas propias de una edad menor a la que en realidad se encuentra (regresión), alteraciones del lenguaje, alteraciones del estado de ánimo, fobias médicas, ansiedad de separación, retraimiento social, alteraciones somatoformes y de la conducta alimentaria, trastornos del sueño y de la eliminación (enuresis y ecopresis), tics nerviosos y conducta agresiva. (Méndez y Ortigosa, 2000).

Se suelen producir trastornos físicos con equivalentes depresivos, cambios en la conducta motora, trastornos digestivos (rechazo de alimentos, diarrea infantil), trastornos del sueño, etc. (Alonso, (2005).

Por otro lado, el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y el trastorno de ansiedad por separación, se han identificado como unos de los problemas más comunes en los niños hospitalizados (Rait y cols. 1988, citados por Pérez, 2006).

Pero, ¿Cómo reaccionan los niños más pequeños ante la separación? Se han descrito diversas fases y características conductuales para cada una de las respuestas que el niño puede manifestar ante la separación de las figuras de apego en el contexto hospitalario (Bolig y Gnezda, 1984, citados por Palomo, 1995; y en Valdés y Flórez, 1992):

1. *Protesta*: Puede durar horas o semanas. El niño tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus llantos. Por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño suele ser considerado un mal paciente.

El afecto invade la cognición, el niño está cada vez más difuso e indiferenciado, da respuestas globales a objetivos con la totalidad del cuerpo.

Características conductuales:

- a) Lloro por periodos prolongados.
  - b) Repite frases o conductas improductivas “quiero a mamá”.
  - c) Es incapaz de aceptar consuelo de los adultos que no sean sus padres, les rechaza.
  - d) No juega, busca consuelo en objetos.
2. *Desesperación*: Se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre. El niño presenta una apatía y un retraimiento fuera de lo normal, así como una gran tristeza aunque aparentemente esta tranquilo y adaptado. Es la fase de mayores controversias respecto a la presencia de los padres en el hospital.

El afecto invade totalmente la cognición, el niño sigue difuso e indiferenciado, pierde la comprensión de las relaciones causa-efecto y es incapaz de ilicitir respuestas del entorno.

Características conductuales:

- a) Llanto tranquilo, escaso afecto, poco contacto ocular, poca comunicación verbal y mira fijamente.

- b) No se opone al contacto corporal de los adultos, pero ni responde ni les solicita.
  - c) Agarra, chupa, etc., objetos familiares y realiza juegos autoeróticos.
3. *Negativa*: El niño muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos. El niño está menos difuso aunque aun el afecto domina la cognición, comienza a interactuar con objetos y personas provisionalmente o como tanteo.

Características conductuales:

- a) Lloro menos y se comunica más verbalmente.
  - b) Comienza a buscar apoyo y consuelo en cualquier persona del hospital o adultos.
  - c) Cuando los padres llegan, pasa un periodo de tiempo hasta que el niño responde o interactúa con ellos.
4. *Ambivalencia / Acercamiento*: El afecto y la cognición se equilibran cada vez más. El niño comienza a diferenciar y recobra la comprensión de la relación causa-efecto, se vuelve más activo con el entorno y usa los objetos simbólicamente.

Características conductuales:

- a) Hace preguntas, inicia la interacción verbal.
  - b) El afecto (llorar, gritar) está asociado a acontecimientos apropiados (inyección, análisis de sangre, ida de los padres, etc.).
  - c) Establece apego o preferencia por ciertos adultos y/o niños.
  - d) Es capaz de anticipar la visita de los padres con placer, pero es evidente un periodo de incertidumbre sobre su llegada.
  - e) Comienza a jugar con objetos pequeños y juguetes, utilizándolos de forma simbólica y creativa, mientras manifiesta afecto positivo (sonreír, reír).
5. *Recuperación*: El afecto y la cognición generalmente están en equilibrio. El niño es capaz de diferenciar y ser activo a nivel verbal y físico en el mundo. Utiliza simbólicamente todo su cuerpo en el juego. Se incluye en juegos dramáticos o sociodramáticos.

Características conductuales:

- a) Hace preguntas sobre sus experiencias y sentimientos.

- b) El afecto, casi siempre, está asociado con acontecimientos apropiados.
- c) Hace elecciones, establece preferencias y comienza a oponerse a expectativas.
- d) Manifiesta apego y preferencia por ciertos adultos y/o niños, pero es capaz de dejarles y /o compartir su tiempo e interés con otras personas y buscar otras relaciones.
- e) Le divierte la visita de los padres, comparte y muestra experiencias. Toca, se relaja y ríe, también continua jugando e interactuando con otros en presencia de sus padres.

En cuanto a los efectos a nivel conductual causados por la Hospitalización (que incluye el estrés asociado a los procedimientos médicos y la cirugía), independientemente del estrés asociado a la enfermedad, puede presentar consecuencias inmediatas en ciertos niños durante el tiempo que dura la estancia en el hospital y después de ella algunos de estos síntomas son: pesadillas, trastornos del sueño, cambios de conducta, temores y miedo a la separación de los padres, problemas alimenticios y depresión.

Respecto a esto, Wolf (1978) observó que los niños a su vuelta al hogar después de una hospitalización, permanecen asustados y atemorizados, mostrando gran preocupación por el lugar donde se hayan, fijándose mucho en las cosas que les rodean y mostrando una evidente ansiedad. Este cuadro ya había sido denominado por Schaffer y Callender (1959) con el nombre de "síndrome global", atribuyéndole una duración desde horas hasta días y debiéndose a la monotonía perceptual que el niño experimenta en la habitación del hospital y a la agudeza de las nuevas situaciones o circunstancias que interrumpen esta monotonía (Flórez y Valdés, 2001).

La separación de los seres queridos produce alteraciones emocionales y conductuales, principalmente en los menores de 5 años. En este sentido Wolf (1969, citado por Priego y Valencia, 1991) señala que entre los 4 y los 7 años de edad aproximadamente alcanzan su máximo los efectos emocionales de la separación, de la enfermedad y tratamiento. A estos niños les es más fácil tolerar la experiencia si su relación con su madre es buena, aunque mucho dependerá la manera en cómo se ha preparado para la situación, cómo se trate durante ella y de la actitud que tenga la madre a su regreso del hospital. Cuando el niño se reúne nuevamente con su madre, se observa una gran frialdad emocional; el niño parece que no reconoce a su madre, no habla con ella e incluso se muestra agresivo y hostil. Esta respuesta desaparece para dar paso a un aferramiento intenso y posesivo, por lo que el niño quiere tener a su madre al lado en todo

momento y reacciona de forma violenta ante cualquier posibilidad de separación. Según Barkwin y Barkwin (1979, citados por Priego y Valencia, 1991) estas reacciones que pueden durar semanas o meses, si no se tratan adecuadamente pueden llegar a convertirse en características permanentes de la conducta del niño. Y pueden extenderse a relaciones distintas de las del hogar e incluso perdurar hasta la edad adulta.

#### **4. NIVEL PSICOFISIOLÓGICO.**

La elevación de los niveles de ansiedad producto de la exposición a diferentes estresores, produce que el patrón de respuestas característico sea el incremento en la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo, produciendo cambios en las respuestas cardiovasculares. El aumento de las contracciones cardiacas se percibe como palpitaciones que, unido al mayor volumen de sangre que sale del corazón, eleva la presión sanguínea y la tasa del pulso. La afluencia de sangre a determinadas zonas del organismo y no a otras, varía la coloración de la piel, ocasionando enrojecimiento o palidez y alteración en la temperatura, manifestándose por súbitos cambios de calor o frío.

Así, la vasoconstricción periférica desplaza sangre desde las extremidades a los músculos principales, disminuyendo la temperatura periférica percibiéndose como manos o pies fríos.

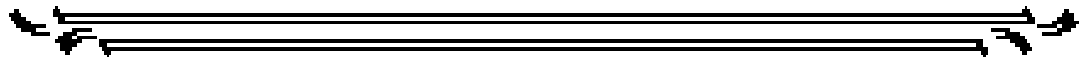
También ocurren cambios en la respuesta electrodérmica, en el cual, el incremento en la actividad de las glándulas sudoríparas (percibidos especialmente como palmas sudorosas, húmedas o pegajosas) disminuye la resistencia y aumenta la conductancia de la piel. El tono muscular elevado puede generar movimientos espasmódicos y percibirse como entumecimiento o tensión en diversas partes del cuerpo. Otras respuestas psicofisiológicas son las manifestaciones digestivas que pueden afectar el apetito (bulimia o anorexia) y manifestarse en forma de náuseas, dolores abdominales o problemas de tránsito (diarrea o constipación). Los signos genitourinarios comprenden los problemas de la micción (polaquiuria o por el contrario retención urinaria) y los problemas del acto sexual. También pueden encontrarse otros signos, sobre todo trastornos del sueño (frecuentes en los niños), manifestaciones cutáneas (prurito, erupciones) y fatiga constante, también llamada astenia. Cambios en la respiración que se perciben como sensaciones de ahogo acompañadas a veces de suspiros; manifestándose entonces en sequedad de boca, estreñimiento, etc. (Méndez y Macia, 1993; Gallar, 1998, citados por Martínez y Rodríguez, 2004; Alonso, 2005).

A lo largo de este capítulo observamos que el proceso de hospitalización conlleva una serie de acontecimientos estresantes (estructura propia del hospital, separación de los padres, contacto con desconocidos, procedimientos y manejo médico, enfermedad, etc.) que irrumpen el funcionamiento normal del paciente pediátrico y de su familia.

Los efectos de la hospitalización y el tratamiento generan un deterioro en el área psicológica, fisiológica, cognitiva, emocional y conductual. Debido a esta situación se ha puesto importante énfasis en la detección de estas repercusiones o efectos secundarios en los niños que pierden salud. Es en este punto donde cobra importancia una preparación psicológica adecuada ya que reducirá los efectos negativos del proceso hospitalario, permitiendo una pronta recuperación y por tanto disminuir los días de estancia hospitalaria.



**CAPÍTULO III.  
ESTRATEGIAS COGNITIVO-  
CONDUCTUALES PARA LA  
PREPARACIÓN PSICOLÓGICA AL  
PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DEL  
PACIENTE PEDIÁTRICO.**



La hospitalización y la cirugía son acontecimientos estresantes que requieren el uso de estrategias de afrontamiento para minimizar o eliminar sus potenciales efectos negativos a corto, medio y largo plazo.

Los programas de preparación psicológica a la hospitalización deben entrenar al niño y a sus padres para promover la adquisición y el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento. Melamed y Ridley – Johnson (citados por González y Montoya, 2001) consideran que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento es indicado especialmente con niños que han sufrido experiencias médicas negativas.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento disminuye las interpretaciones amenazantes de la situación, aumenta las sensaciones subjetivas de control, produce habituación a las sensaciones corporales e incrementa la probabilidad de obtener reforzamiento (González y Montoya, 2001).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretende incrementar el esfuerzo de niños, aumentar las respuestas activas para reducir la interpretación de peligro así como promover la habituación a las sensaciones corporales y acentuar la sensación de control. Cuando un sujeto percibe que tiene el control sobre los eventos aversivos, tiende a evaluarlos como menos dolorosos. De tal manera que entrenar a los niños en el uso de técnicas de afrontamiento puede aumentar la eficacia de la preparación psicológica.

Generalmente las técnicas de intervención psicológica con pacientes pediátricos se incluyen dentro de una perspectiva cognitivo-conductual. Se trata de identificar procesos de pensamiento, que no son los más adecuados para que el paciente pediátrico hospitalizado se adapte de forma más satisfactoria ante un determinado suceso, y planificar experiencias de aprendizaje con el objeto de cambiar los pensamientos, así como los patrones de conducta y emociones que correlacionan con dichos pensamientos.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en el contexto de la preparación psicológica son proporcionar información, modelado, relajación, la respiración, la imaginación, la distracción, las autoinstrucciones, juego, dibujo entre otras. Estas técnicas se centran en el pensamiento y las conductas necesarias para producir un ajuste necesario a la situación y disminuir las respuestas de estrés en el componente cognitivo, fisiológico y motor (González y Montoya, 2001).

A continuación se enuncian los objetivos, fundamentos teóricos, estudios evaluativos y componentes descriptivos de cada una de las técnicas.

Tabla N° 3.  
Estrategias Cognitivo Conductuales para  
el afrontamiento del proceso de hospitalización.

- 
- 
1. Proporcionar Información
  2. Modelado
  3. Autoverbalizaciones
  4. Visita al Hospital
  5. Dibujo
  6. Juego
  7. Distracción
  8. Relajación
  9. Imaginería
- 
- 

## **1. PROPORCIONAR INFORMACIÓN.**

### **a) Objetivos.**

- Proporcionar, aclarar y profundizar en los contenidos informativos que tiene los pacientes pediátricos sobre el hospital, la enfermedad y sus emociones.
- Que la hospitalización pueda ser entendida por el niño y su familia como reparadora.
- Contribuye a la educación relativa a la salud, para que el niño se haga cargo de su cuerpo y su cuidado.
- Facilita la explicación de la enfermedad y los procedimientos médicos.
- Evita el riesgo de severas alteraciones emocionales postquirúrgicas ya que la falta de información y/o comprensión llevan a una sensación general de confusión, ansiedad y falta de control.

De esta forma podemos deducir que la ayuda profesional permite que los padres respondan con alivio y adecuada disposición al tener una adecuada información e indicaciones claras de lo que se espera que hagan; y en lo que respecta al niño, la información le permite expresar sus temores y preocupaciones con el objeto de controlarlos y reducirlos, permitiéndole al profesional conocer los temores y fantasías que el niño puede generar a cerca de los procedimientos médicos a los puede ser sometido durante la hospitalización.

## **b) Fundamentación Teórica.**

La Información es la forma más común de preparar a los pacientes ante el evento hospitalario y de enfermedad.

La transmisión de Información forma parte de los programas de intervención psicológica ya que constituye un elemento básico en la relación entre el personal de salud–niños–padres. La información proporcionada es necesaria para fortalecer a los pacientes, preparándolos para los efectos colaterales del tratamiento y el futuro (Burbach y Peterson, 1986, citados por Gálvez, 2004).

La Preparación Psicológica basada en la Información debe fundamentarse en contenidos coherentes para el niño. Por tanto hay que tener en cuenta las siguientes variables:

1. Edad y nivel cognitivo. Pedroche y Quiles (2000, citados por Méndez y Ortigosa, 2000), señalan que el grado de comprensión de la información está en función de la edad del niño y su nivel cognitivo:
  - Preescolar (de 3 a 6 años). Para informar convenientemente tendremos que procurar explicaciones sobre aquellas cosas que él pueda observar. El contenido deberá ser muy general y presentada de forma lúdica, de participación o manipulación directa de los instrumentos médicos. Se le puede explicar cómo se utilizan algunos aparatos y qué sensaciones va a experimentar durante el tratamiento.
  - Escolar (de 7 a 11 años). La información que se le dé será más concreta. Se les puede proporcionar información sobre el interior de su cuerpo, mediante varios formatos como dibujos, folletos explicativos, videos, actividades de participación, visitas guiadas, etc.
  - Adolescencia (de 12 a 18 años). La información que el adolescente necesita recibir debe ser con un contenido más específico. Por ejemplo reconoce que la enfermedad es consecuencia de la interacción de factores internos con factores externos del organismo; conoce el proceso mediante el cual los medicamentos que se le suministran actúan sobre el organismo. Por tanto, el adolescente es susceptible de responder a la experiencia hospitalaria de forma similar al adulto.

2. Estilo de Afrontamiento. No todos los sujetos responden de la misma manera ante la enfermedad, la hospitalización o los procedimientos médicos, este hecho influye directamente en el grado de aceptación de la información por parte del paciente. Una forma de clasificar el grado de aceptación de la información es según el tipo de *locus* de control.

- *Locus* de Control Interno. El niño que posee un control personal interno, considera que puede influir en las recompensas que recibe y por lo tanto acepta mejor la información cuando tiene que enfrentarse a una situación estresante.
- *Locus* de Control Externo. El niño que posee un control personal externo cree que las recompensas dependen del azar, del destino o la suerte y por tanto tiende a bloquearse ante la información y prefiere estar desinformado.

Existen otros estilos de afrontamiento, estos son “Buscadores” de información y “Evitadores” de información. Éstos son extremos de un continuo que se relacionan con la cantidad de información que el niño posee antes del ingreso hospitalario, el interés manifiesto por conseguirla, la receptividad ante la misma y la experiencia previa con procedimientos médicos agresivos (Andrew, 1970; DeLong, 1971, citados por Méndez y Ortigosa, 2000):

- Buscadores. Estos pacientes se benefician más de la información, mostrándose más colaboradores con el personal sanitario. Suelen recuperarse más fácilmente, informan menos dolor y reducen la ingesta de analgésicos.
- Evitadores. Este tipo de pacientes, al ser informados, incrementan las quejas hacia el personal sanitario, se recuperan más lentamente y presentan más complicaciones

3. Nivel de Activación Fisiológica. La activación fisiológica o *arousal* se define como el nivel de recepción y respuesta que el sistema nervioso posee en un determinado momento ante los estímulos ambientales. El concepto de activación fisiológica se ha relacionado con diversos procesos psicológicos como los procesos atencionales y emocionales (López y García, 1997, citado por Méndez y Ortigosa, 2000). Cuando las personas se encuentran con una activación fisiológica adecuada, poseen niveles más altos de

atención y son capaces de concentrarse mejor durante más tiempo, por lo que es posible responder a una gran cantidad de información o desempeñar tareas que exigen distintas actividades. De este modo un niño demasiado activado puede rechazar la información, por lo que es importante proporcionarla en un momento de activación moderada.

4. Experiencias hospitalarias previas. Los contactos médicos que ha tenido el niño antes de la preparación informativa, puede influir directamente en la forma en que recibe la información. Todo tipo de intervención psicológica parece ser más eficaz en sujetos sin experiencia (Klorman, Hilper; Michael, Lagana, Sveen, 1980, citados por Méndez y Ortigosa, 2000). Los niños expertos, más que recibir información preparatoria lo que buscan es estructurar la que ya poseen fruto de la propia experiencia.
5. Nivel Sociocultural. Esta variable influye poco en los niños ya que la presentación de la información se suele administrar teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo del niño. Sin embargo, esta variable repercute en los adolescentes y en los padres. Por ejemplo, puede reducir la ansiedad en sujetos con estudios superiores e incrementarla en aquellos con estudios elementales o viceversa.

Antes de brindar algún tipo de información es importante conocer cómo se puede ver influido el procesamiento de la información por parte del niño hospitalizado. Según Melamed (1983, citado por Méndez y Ortigosa, 2000), este procesamiento es basado en las siguientes premisas:

1. La información, presentada antes del evento estresante, reduce la ansiedad del paciente, mejora la cooperación y también mejora la intervención médica.
2. El nivel de activación autónoma determina qué información se puede obtener en un contexto determinado, por lo tanto la respuesta simpática permite asimilar la información y prevenir su rechazo.
3. La información proporcionada mediante aprendizaje vicario con niños de la misma edad resulta ser más efectiva que la información directa, pues la primera facilita la atención a la información más relevante.
4. La edad del niño repercute en la retención de la información.

5. La experiencia hospitalaria previa influye en el nivel inicial de ansiedad con que el niño se enfrenta a la situación y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento.

### **c) Estudios Evaluativos.**

Investigaciones han demostrado que las conductas de búsqueda o evitación de la información están asociadas a niveles bajos de ansiedad. Sin embargo, los niños que combinan ambos estilos y sólo quieren conocer algunos aspectos de la hospitalización ignorando otros, muestran niveles más altos de ansiedad y miedo. En el caso de la cirugía una preparación informativa y de apoyo para pacientes con ansiedad alta o baja puede ser útil. El componente de apoyo al que se refieren varios estudios es una forma de relacionarse con el paciente ya sea tranquilizándole de forma general o, de forma más específica, optando por un contenido de la información con elementos tranquilizadores y de confianza para el paciente. (Thompson, 1994, citado por Méndez y Ortigosa, 2000).

Según Johnson y Leventhal (1974, citado por Sánchez y Vera, 1997), el proporcionar información sobre las sensaciones que se experimentarán parece ser más efectivo para reducir el estrés que la información sobre el procedimiento. Ellos compararon el efecto de proveer información del procedimiento, información de las sensaciones, instrucciones sobre conducta de afrontamiento, la combinación de la instrucción sobre afrontamiento e información o no información. Encontraron que la información sobre sensaciones o la combinación con instrucciones de afrontamiento, permitían un restablecimiento más rápido (Weisenberg, en Sánchez y Vera, 1997; Pedroche y Quiles, 2000, citado por Méndez y Ortigosa, 2000).

Por su parte, Méndez, Macia y Olivares (1992) señalan que la información modifica respuestas cognitivas, sobre todo, si se ofrece información sobre las sensaciones que experimentará durante los procedimientos médicos; respuestas psicofisiológicas como cuando se le asegura que se recuperará de la anestesia sin ningún problema (Méndez y Ortigosa, 2000).

Lisazoain y Polaino-Lorente (1990, citado por Gálvez, 2004) consideran que se han obtenido buenos resultados en las formas de preparación que combinan información y apoyo emocional, y que en niño de 7 a 12 años es más efectiva que en niños pequeños.

Un estudio de Ortigosa, Méndez y Quiles (1999) demuestra que la información oral es el método de preparación más empleado en los hospitales españoles, aunque

en la mayoría de los casos, acompañado de información escrita u otros métodos como manejo de material médico. Cuando se permite a un niño manipular los instrumentos médicos también se le facilita información sobre el procedimiento médico que hay que aplicar.

#### **d) Elementos Descriptivos.**

Toda intervención psicológica basada en la información puede clasificarse en dos grupos (Pedroche y Quiles, 2000, citado por Méndez y Ortigosa, 2000):

1. Intervención Centrada en el Problema. Esta dirigida al tipo de terapéutica o procedimiento médico al que va a ser sometido el paciente. Esta información puede darse de forma general o específica; la primera consiste en proporcionar al paciente y a sus padres descripciones sobre el contexto hospitalario, horarios, servicios, personal de salud que les va a atender, prohibiciones y derechos.

La información específica tiene varias modalidades:

Tabla 4.  
Tipo y contenido de la información proporcionada en la preparación psicológica a la hospitalización infantil (Pedroche y Quiles, 2000).

<b>INFORMACIÓN</b>	<b>CONTENIDO</b>
Sobre el Proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naturaleza de la intervención médica: cómo, cuándo, dónde y quienes le van a intervenir.</li> <li>• Fases de la hospitalización: cuánto tiempo durará, quién estará con él, cuánto tardará en recuperarse.</li> </ul>
Sobre Sensaciones	Percepción de sensaciones asociadas al tipo de intervención: dolor, rigidez, somnolencia, cansancio, náuseas, comezón, opresión, sonido, olores, etc.
Sobre la Enfermedad	Datos sobre la enfermedad: causas, epidemiología, mortalidad, pronóstico, tratamiento y cambios de vida asociados a dicha enfermedad. Este tipo de información, generalmente, se le brinda a los padres.
Sobre el Instrumental	La creciente tecnología en la exploración e intervención médica hace necesaria la explicación



	sobre el funcionamiento de estos aparatos. Su presencia puede generar miedo al niño, por lo tanto, la información con elementos tranquilizadores y de confianza para el paciente es muy conveniente en este caso.
Sobre la Conducta del Sujeto	Comportamientos para favorecer el bienestar y recuperación del paciente: moverse despacio, mantener determinada postura en cama, toser, respirar profundamente, etc., todas estas explicaciones aportan al niño cierto grado de tranquilidad.

2. Intervención centrada en la emoción. Se implementa para dotar al sujeto de estrategias para afrontar el estrés. López - Roig et. al. (1993, citado por Gálvez, 2004) refieren que este tipo de intervención implica las respuestas afectivas de los pacientes ante el diagnóstico y el tratamiento y ante los modos de afrontar estas situaciones.

La transmisión de la información puede realizarse a través de distintos medios a medida que sea más específica hasta el extremo de modificar las estrategias en la relación directa con el paciente. Méndez, Maciá y Olivares (1992, citado por Méndez y Ortigosa, 2000) señalan que la información modifica respuestas cognitivas si se ofrece información sobre las sensaciones que experimentará durante los procedimientos médicos; respuestas psicofisiológicas como cuando se le asegura que se recuperará de la anestesia sin ningún problema; y respuestas motoras cuando se le indica que puede llamar a la enfermera apretando el timbre junto a la cabecera de su cama.

La explicación oral es la forma de preparación más sencilla y económica y, por lo tanto la más utilizada. La comunicación oral es una herramienta al alcance de cualquiera que, empleada de forma apropiada, puede reducir la ansiedad.

Otra forma sencilla utilizada en la información es la distribución de folletos informativos. En el material impreso en caso de los niños, los folletos suelen contener elementos referentes al hospital y al procedimiento médico concreto para el que se tiene que preparar. Estos folletos contienen instrucciones sobre el tratamiento que se ha de seguir por parte del paciente para establecer una buena relación de colaboración con el personal del hospital.

Independientemente del medio que se utilice para brindarle la información al paciente y sus familiares, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos antes de brindarla (Reynolds, 1978, citado por Gálvez, 2004):

- Tener un plan en mente antes de iniciar (la revisión del expediente clínico antes de entrevistar al niño y a sus padres, será la guía de la información que se proporcionará).
- Averiguar lo que el paciente comprende de su enfermedad, conocer su forma de expresión, el contenido emocional de sus mensajes, falsas concepciones, mitos o fantasías que tienen al respecto, con el fin de clarificar la información y resolver sus dudas.
- Darle al paciente el control sobre la cantidad y tiempo de información que recibe.
- Permitir que el paciente tome tiempo para integrar la información.
- Suavizar las malas noticias con buenas noticias o esperanzas.
- Nunca decirle una mentira.

En el caso de los pacientes más pequeños, lo más adecuado es dar la información a los padres puesto que ellos son los que mejor pueden transmitir dicha información. Es necesario no sólo indicarles sobre qué aspectos deben informar a sus hijos sino también cómo y cuándo deben hacerlo (Friiz, Elver, Dam y Schmidt, 2003, citado por Gálvez, 2004):

- Al momento del diagnóstico, los pacientes no requieren mucha información, a excepción del diagnóstico en sí y sobre las emociones que experimentarán.
- Durante el tratamiento, es conveniente informar a los pacientes acerca de las situaciones que puedan interferir en su estilo de vida ya que esto los tranquilizará al permitirles conocer cómo el tratamiento podrá afectar sus actividades cotidianas

Se debe tener en cuenta que la información le sirve al paciente cómo forma de saber lo que está pasando a su cuerpo, de esta forma se debe tener en cuenta que aunque en muchos casos los padres optan por ocultarla o incluso engañar a sus hijos con la intención de tranquilizarlos, lo único que se está logrando es que la confianza depositada en ellos se desmorone. Hay que tener en cuenta que esta

forma de actuación no es adecuada, ya que puede tener consecuencias negativas como generar altos niveles de tensión, por lo tanto es necesario disuadir estas conductas en los padres.

Brindamos algunas recomendaciones que se deben de tomar en cuenta al usar la Información como técnica para el afrontamiento de la hospitalización:

- Hay que proporcionar únicamente la información que el niño pida, “ni más, ni menos”; es preciso que el niño tenga conocimiento de su condición, de las fases que atravesará durante su hospitalización, así como de los procedimientos a los que será sometido. Sin embargo es importante darle la oportunidad al paciente para integrar la información y mantener la actitud de apertura ante nuevas solicitudes de información.
- Es importante que los padres participen activamente en el momento de brindarle información al niño por lo que es imprescindible brindarles orientación sobre cómo transmitirle la información al niño. Esta situación puede facilitarse haciendo uso de folletos informativos y de materiales como muñecos, fotografías y esquemas para explicar los procedimientos que se llevarán a cabo.
- Se recomienda decirle al niño poca información al principio y paulatinamente ir aumentando la información. Esto implica preparar al paciente desde lo menos inquietante hasta lo más amenazante.
- Repetir la información que necesita el paciente puede brindarse según sus necesidades; toda la información debe ser dada de tal forma que la pueda asimilar. Siempre es mejor decir al niño lo que quiere saber en vez de ignorar su ansiedad.
- La información que se le proporciona al niño debe ser veraz, completa, clara, gradual y acorde al nivel de comprensión del niño. Es importante hablarle siempre con la verdad para mantener el vínculo de confianza que se haya establecido.

En una correcta transmisión de información, el mayor esfuerzo debe de recaer en el personal sanitario quien debe ajustar y modificar las estrategias en su relación con el paciente. El médico deberá considerar el grupo sociocultural del paciente, las creencias populares del grupo con respecto a la etiología de la enfermedad y tratamiento, y la terminología utilizada por el mismo, a fin de brindar una “atención culturalmente sensible” (Patcher, 1994, citado por Méndez y Ortigosa, 2000).

En general existen razones éticas y legales en los derechos del paciente que obligan al personal sanitario a facilitar algún tipo de información sobre las reglas del hospital, los procedimientos médicos y/o las reacciones del niño. Sin embargo, a pesar de que la información se considera necesaria, consideramos que es insuficiente para una completa preparación hospitalaria por lo que se recomienda presentarla en combinación con otras técnicas.

## **2. MODELADO.**

### **a) Objetivos.**

Que niños y padres aprendan por imitación cómo deben actuar en los momentos más difíciles de la hospitalización como el ingreso, la separación de los padres, las inyecciones, el dolor, etc. (Moix, 1996).

Los efectos de esta técnica consisten en la adquisición y práctica de nuevas habilidades y en la inhibición o desinhibición de conductas que ya formaban parte del repertorio del observador.

La finalidad es reducir el miedo del paciente al ver a otro niño o modelo enfrentarse con éxito ante estímulos amenazantes, así como el favorecer el aprendizaje de conductas adecuadas para facilitar la adaptación positiva a una determinada situación.

Los niños pueden lograr mediante esta técnica reducir la ansiedad producida ante situaciones amenazantes (operación, cateterización, etc.), aprender habilidades (tragar píldoras, ponerse inyecciones de insulina, etc.), y aumentar las conductas de cooperación (Peterson y Harbeck, 1990, citado por Palomo, 1995).

### **b) Fundamentación Teórica.**

La técnica de modelado se fundamenta en la teoría del aprendizaje social o vicario de Bandura (1983, citado por Méndez y Ortigosa, 2000), que sostiene que la conducta puede ser aprendida y modificada mediante la observación de la misma y de sus consecuencias, destacando el papel de las contingencias vicarias.

La técnica del modelado consiste en lograr que una persona adquiera y realice por imitación la conducta de un modelo (adulto, niño o marionetas). Puede tratarse de escenas reales o filmadas, como por ejemplo el video "*Ethan tiene una operación*" (Melamed y Siegel, 1975, citado por Méndez y Ortigosa, 2000).

En el aprendizaje observacional se suelen distinguir dos fases: la primera es una fase de adquisición de la respuesta, en la que el sujeto observa cómo el modelo realiza la conducta, y la segunda es una fase de ejecución, en la que el observador realiza la conducta a partir de su representación simbólica.

Moix (1996) menciona dos formas posibles de esta técnica: pasivo y activo. En el modelado pasivo, tanto niños como padres se limitan a visualizar la conducta a desarrollar; mientras que en el modelado activo los padres y los niños deben imitar una conducta, en el mismo momento que ven el modelo a desarrollar.

La adquisición de las conductas del modelo puede afectarse por la capacidad del observador para procesar y retener información, así como por el nivel de incertidumbre (cuando el observador no está seguro de que su conducta sea la adecuada) y el nivel de ansiedad (si la ansiedad es muy elevada puede afectar la observación del modelo). Por lo tanto, en este tipo de aprendizaje conviene supervisar que el niño atiende al modelo, comprende y retiene la información relevante, a la vez que es capaz y está dispuesto a emplear la información y las conductas modeladas (Feixas y Miro, 1993).

### **c) Estudios Evaluativos.**

Mizell, y Drotar (1999), en su investigación evaluaron dos técnicas de intervención con padres de pacientes pediátricos en unidades de cirugía ambulatoria del Hospital Rainbow Babies & Children's Hospital en Cleveland. Utilizaron tres grupos experimentales: 1º Grupo, se le brindaba a los padres una guía escrita con técnicas de distracción; 2º Grupo, se le brindaba a los padres una guía escrita con técnicas de distracción además de clases didácticas donde se les enseñaba la manera en que debían de aplicar dichas técnicas; 3º Grupo, grupo control donde a los padres únicamente se les informaba sobre los procedimientos que se le realizaría a sus hijos así como las reglas básicas del hospital. No encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo con guía escrita y clases didácticas; sin embargo encontraron que los padres que únicamente recibieron la guía escrita, no implementaron ninguna de las técnicas sugeridas, probablemente porque no se sentían lo suficientemente seguros de utilizar una técnica nueva. Esta situación generó un índice mayor de estrés preoperatorio en los niños que formaban parte de este grupo. Debido a estos resultados, los autores sugieren involucrar a los padres en la preparación psicológica de los pacientes próximos a someterse a una cirugía, enseñándoles a utilizar técnicas adecuadas por lo menos una semana antes de la cirugía programada.

Melamed y Siegel (1975, citado por Méndez y Ortigosa, 2000) realizaron una investigación donde compararon los niveles de ansiedad de dos grupos frente a la hospitalización. Al grupo experimental le fue presentada la película “Ethan tiene una operación” la cual narra la experiencia en el hospital de un niño de 7 años al que se le realiza una operación de hernia. El grupo control no recibió ningún tipo de preparación psicológica.

La reducción de la ansiedad evaluada mediante autoinformes, observaciones del personal hospitalario y el índice de sudoración palmar. Se encontró que la reducción de la ansiedad fue significativamente mayor en los niños del grupo experimental, que además exhibieron una conducta más cooperativa, recibieron menos analgésicos, comieron alimentos sólidos antes y presentaron menos problemas de conducta en el postoperatorio, que los del grupo control.

#### **d) Elementos descriptivos.**

En el caso de un niño hospitalizado el modelado puede hacer uso de diferentes recursos como: cintas de video, clases didácticas, técnicas de relajación o formas de respiración profunda para disminuir la ansiedad y calmar el dolor.

Melamed y Siegel (1975, citado por Méndez y Ortigosa, 2000) elaboraron la película “Ethan tiene una operación”, en la que un niño de 7 años afrontaba la hospitalización para operarse de una hernia. A lo largo de la película se presentan las situaciones que la mayoría de niños experimentan desde su ingreso hasta el alta: admisión, información al niño sobre la planta pediátrica, presentación del personal sanitario, exposición del material médico, realización de un análisis de sangre, separación de la madre, y escenas en el quirófano y en la sala de recuperación. El personal médico, realizaba las explicaciones sobre procedimientos hospitalarios, mientras que el niño describía sus sentimientos y preocupaciones en cada fase de la experiencia hospitalaria. La película mostraba al niño afrontando las situaciones y superando la ansiedad inicial.

Otro ejemplo de modelado filmado que se ha aplicado en programas de preparación psicológica a la hospitalización quirúrgica infantil es el video titulado “Mi operación” realizado por Ortigosa y Méndez en 1995. Este video representa la experiencia de un niño y una niña de 11 y 12 años, que ingresan en el hospital para someterse a una intervención quirúrgica. A través del modelado los niños muestran, en principio, una actitud de temor y preocupación moderada respecto a la hospitalización y la operación. Posteriormente, una enfermera les enseña las técnicas de relajación, autoverbalizaciones e imaginación/distracción para afrontar con más calma diferentes situaciones. Posteriormente los niños modelan a otro

niño cómo aplicar las técnicas. El video transcurre fundamentalmente durante el día de la operación. Se explican los pasos previos al traslado al quirófano: reconocimiento médico, colocación de la bata para bajar al quirófano, inserción de la vía intramuscular. A continuación se presenta la salida de la habitación hacia la sala quirúrgica, en ese momento los modelos ensayan las técnicas aprendidas. En el quirófano se presenta el personal médico y se le describe al niño la finalidad y el procedimiento de la inducción a la anestesia. Nuevamente en la habitación, se informa del malestar por la sutura y el tiempo que transcurrirá hasta la ingesta de líquido y sólido. Tras el alta, se muestra a los niños realizando de nuevo actividades de su vida cotidiana (Méndez y Ortigosa, 2005).

De igual forma, Alonso (2005) en su tesis propone el uso del modelado filmado, donde se facilita información sobre el acontecimiento estresante y se observan ejemplos de afrontamiento eficaz, ya sea para el niño como para los padres. La filmación abarca los diferentes momentos de la hospitalización, desde que el niño es ingresado, hasta el día del alta, incluyendo extracciones de sangre, rayos X, inducción de la anestesia, sala de recuperación y retorno a la habitación. En las diferentes filmaciones, generalmente se muestran niñas y niños de diferentes edades y razas, que inicialmente muestran ansiedad, expresando sus sentimientos negativos y sus preocupaciones. Se modelan estrategias de afrontamiento, como ejercicios de relajación, respiraciones profundas, pensamientos agradables, auto-instrucciones, ante diversas situaciones estresantes. También aparece el personal sanitario (pediatra, enfermera, anestesista, cirujano) informando, con el lenguaje apropiado, sobre las normas del hospital y procedimientos médicos de diagnóstico.

Podemos ver que el modelado filmado puede resultar útil como técnica de preparación psicológica ya que es un medio atractivo para los niños, posibilita el uso de trucos visuales o sonoros para enfatizar la información, minimiza el costo en esfuerzo y tiempo de aplicación a la vez que maximiza los beneficios para el paciente y es de fácil implementación en la práctica hospitalaria. Sin embargo, es un método impersonal, de elaboración costosa y limita la percepción a estímulos visuales y auditivos. Por estas razones, creemos importante tomar en cuenta lo anterior a fin de que el paciente obtenga el mayor beneficio.

Por otra parte, Mizell, y Drotar (1999) se refieren a esta técnica de modelado simple mediante el entrenamiento didáctico a los padres. Se les enseñó cómo utilizar los materiales y cómo desempeñar las técnicas distractoras para reducir el estrés de sus hijos. Se les explicó las diferentes fases por las que atraviesa el paciente y en qué momento es indicado utilizar una técnica u otra.

Con el fin de que la técnica sea eficaz, creemos conveniente tomar en cuenta los siguientes factores:

- **CARACTERÍSTICAS DEL MODELO:** El modelado es más eficaz cuando el modelo es semejante al observador en las variables de sexo, edad, raza y actitudes. De igual modo, el hecho de que el modelo posea prestigio, competencia y cordialidad también mejora la adquisición de las conductas que ejecuta para el observador.
- **CARACTERÍSTICAS DEL OBSERVADOR:** El observador debe tener la capacidad de retener la información que el modelo le brinda. Es importante tener en cuenta el nivel de incertidumbre, nivel de ansiedad que maneja el observador ya que ésta interferirá en su desempeño.

En el caso del paciente pediátrico, habrá que tomar en cuenta su nivel de desarrollo cognitivo y capacidad de comprensión.

- **CARACTERÍSTICAS DEL FORMATO DE PRESENTACION:** la presentación requiere de los siguientes pasos:
  1. **Dar Instrucciones:** para presentar la conducta se debe otorgar al observador instrucciones clara y precisas sobre la conducta que se desea desarrollar.
  2. **Modelar:** mostrar lo que tiene que hacer el observador. Se puede utilizar un modelo real o un modelo simbólico (ejemplo: cinta de video).
  3. **Ensayo Mental:** se le pide al observador que se visualice realizando la acción que se le modela.
  4. **Ensayo Conductual:** es la ejecución de la conducta por parte del observador.
  5. **Reforzamiento:** es importante otorgarlo solo por el ensayo conductual incluso cuando éste sea incorrecto.
  6. **Retroalimentación:** se señalan los errores en el desempeño del ensayo conductual. Se otorgan nuevamente las instrucciones junto con el modelo de la conducta a desarrollar dando una nueva



oportunidad al observador de que se inicie nuevamente el proceso. Este ciclo se repetirá hasta que la conducta haya sido aprendida.

El empleo de estrategias progresivas, en las que el modelo comienza mostrando un grado de habilidad similar al del observador para finalizar con un nivel de competencia adecuado, también mejora la adquisición.

Es importante asegurarse de que las conductas aprendidas se pongan en práctica en el contexto real de la vida del paciente. Para ello, junto a la recomendación de practicar, conviene asegurarse de que el paciente ha aprendido no solo a imitar (reproducir fielmente una conducta) sino que ha aprendido los principios en los que se basa.

### **3. AUTOVERBALIZACIONES.**

#### **a) Objetivo.**

El lenguaje interior dirige nuestras acciones, por lo que su modificación tiene un efecto directo sobre el comportamiento motor. Lograr este cambio es la principal meta del entrenamiento en autoverbalizaciones o autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977, citado por Méndez y Ortigosa, 2000).

Llevar a cabo este tipo de técnicas permite al paciente recobrar cierto control sobre la situación, reduciendo así el nivel de ansiedad experimentado por la hospitalización (Palomo, 1995).

Las autoinstrucciones son mensajes mediadores de la conducta motora para alcanzar un objetivo. Los programas de preparación psicológica utilizan autoverbalizaciones de apoyo, es decir frases o mensajes que pretenden infundir valor al niño, o minimizar el carácter aversivo de la situación.

#### **b) Fundamentación Teórica.**

El procedimiento habitual consiste, por un lado, en implementar nuevas autoverbalizaciones completas o reglas que le sirvan al niño de guía durante el afrontamiento de situaciones estresantes y, por otro, en eliminar, incrementar o adaptar las autoverbalizaciones automáticas del niño al enfrentarse a los estresores. Melamed y Ridley- Johnson (1988, citado por Méndez y Ortigosa, 2000) señalan que las autoafirmaciones positivas previenen la escalada de respuestas de estrés que desembocan en pensamientos catastróficos.

Se ha encontrado que las autoverbalizaciones positivas son un mediador de las habilidades de afrontamiento. Por ejemplo, un niño que sabe lo que se le va a hacer y dice “Yo sé lo que va a ocurrir y sé que me va a doler un poco, pero lo aguantaré”.

### **c) Estudios Evaluativos.**

Hasta este momento no se han encontrado estudios que demuestren la eficacia del uso de autoverbalizaciones en la reducción de efectos negativos durante la hospitalización.

### **d) Elementos descriptivos.**

Se considera que la forma de las verbalizaciones de una persona influye en sus conductas y emociones. Por ello, el personal sanitario puede ayudar al paciente a afrontar el miedo o dolor proveniente de un procedimiento médico favoreciéndole la verbalización de los siguientes tipos de declaraciones (Palomo, 1995):

1. Autodeclaraciones de Distracción. Este tipo de autodeclaraciones incluye descripciones del niño sobre sus actividades, programas de televisión o alimentos preferidos, así como tareas mentales tales como decir el alfabeto o contar números durante un tiempo determinado.
2. Autodeclaraciones orientadas a la Atención. En este caso el paciente debe describir sus sensaciones físicas de forma intelectual o “científica”. Se debe tener en cuenta la edad en la que el niño es capaz de utilizar este método intelectual.
3. Autodeclaraciones orientadas a la Eficacia. Se trata de que el sujeto se diga sí mismo frases que le animen a afrontar la situación, por ejemplo, “Yo soy un chico valiente y voy a colaborar mientras me hacen la cura”.

Para la implementación de esta técnica es necesario, como primer paso, analizar las exigencias de la situación y el repertorio del niño en relación con el diálogo interno o autoverbalizaciones que emplea de forma espontánea, destacando la conveniencia de que el procedimiento sea flexible e individualizado. Posteriormente se debe explicar con un lenguaje adaptado a la edad del paciente los motivos y el método de entrenamiento que se va a llevar a cabo. A partir de este instante, el profesional moldea autoverbalizaciones apropiadas por tanto, se le indica al niño “que pensé en voz alta” en lugar de que “se hable a sí mismo en voz alta”, para más tarde enseñarle a interiorizar las frases que inicialmente

pronuncia en voz alta. Es importante que se le permita al niño generar sus propias instrucciones usando su propio lenguaje.

A continuación se presentan ejemplos de autoinstrucciones para las diferentes fases del proceso de afrontamiento (Méndez 1999, citado por Méndez y Ortigosa, 2000):

1. Preparación: antes del acontecimiento estresante.
  - La operación es buena para mi salud.
  - Tengo que acordarme del truco que sé para relajarme.
  - Tranquilo, todo va a ir bien.
  - Me imaginaré que estoy jugando con mis amigos.
2. Confrontación: durante el acontecimiento estresante.
  - En este hospital operan todos los días y no pasa nada.
  - Mi cirujano es muy bueno.
  - Estoy en buenas manos. No tengo que preocuparme.
  - Dentro de un rato ya habrá pasado todo.
3. Afrontamiento de momentos críticos: en instantes de máximo estrés.
  - Respiro profundo y me relajo.
  - Distráete, piensa en algo agradable.
  - Cierro los ojos y veo el mar, c-a-l-m-a, c-a-l-m-a...
  - Tranquilo, relax, relaxs, relaxss...
4. Resolución: después del acontecimiento estresante.
  - ¿Has visto? ¡No es tan fiero el león como lo pintan!
  - ¡Yupiiii! Le tengo que contar a mis amigos.
  - Perfecto. La próxima vez no me asustare.
  - He estado un poco nervioso, pero me he controlado.

#### **4. VISITA AL HOSPITAL.**

##### **a) Objetivo.**

La visita al hospital ayudará a eliminar falsas expectativas y a fomentar sentimientos de control sobre el entorno hospitalario (Moix, 1996; Alonso, 2005).

## **b) Fundamentación Teórica.**

Una tendencia reciente es la de invitar a los futuros pacientes a visitar el hospital y sus distintas dependencias. Muchos métodos son valiosos para introducir el tema de la hospitalización, siempre que el paciente tenga la oportunidad de hacer comentarios.

El objeto de la visita al hospital, consiste en aumentar la comprensión del niño y presentar la hospitalización como un paso hacia la recuperación (Petrillo y Sanger, 1972).

A través de la visita al hospital, el niño recibe información, lo cual contribuye a una mayor confianza en sus referentes maternos y médicos. Al proporcionar información adecuada al niño sobre su estado y sobre la internación, atenúa el estrés, la ansiedad y el temor hacia la situación médica, promoviendo expectativas más adecuadas y creando una mayor colaboración.

De esta forma, presentando la información correcta sobre la hospitalización ayuda a disipar las ideas distorsionadas que son productores de angustia.

## **c) Estudios Evaluativos.**

La importancia de visitar el hospital previo a una hospitalización, ofrece al paciente pediátrico la oportunidad de conocer los diferentes espacios que componen el hospital, los sonidos y situaciones que posiblemente experimentará el niño durante su ingreso hospitalario. Ésta visita puede ayudarlo a informarse sobre el hospital y le permitirá hablar de sus inquietudes y formular las preguntas necesarias antes de la operación.

Actualmente algunos hospitales pediátricos ofrecen algunas alternativas de preparación psicológica en donde incluyen a los padres de familia como una forma de hacerlos partícipes dentro del proceso hospitalario.

El *Children's Hospital Central California* (EE.UU) ofrece dentro de sus servicios, una guía dirigida a los padres de familia para la preparación del niño en edad escolar para la cirugía. Esta guía contiene lineamientos que un padre de familia debe saber antes de llegar al hospital, ofrece información de apoyo para facilitar la comprensión del niño a la enfermedad y al medio hospitalario. Se brinda una extensa bibliografía que puede ser de gran utilidad para los familiares que se encuentran por primera vez en un hospital. Todo esto facilita a los familiares la preparación del niño al proceso de hospitalización.

El *Phoenix Children's Hospital* (EE.UU) ofrece dentro de sus servicios recorridos previos a la admisión a través de su programa de la Vida de los Niños. Este programa considera importante preparar antes del ingreso hospitalario tanto al niño como a su familia. El programa dura de 30 a 45 minutos y está diseñado para darles la oportunidad tanto a los niños como a sus padres de conocer un poco del ambiente del hospital. Se visitan espacios como salas de espera de cirugía y salas de recuperación.

El hospital promueve la participación de los padres de familia y considera vital el manejo de la información.

Otra modalidad que ofrece el hospital es la preparación para cirugías y procedimientos programados. Aquí una enfermera proporciona información específica sobre el procedimiento que le será realizado al niño. Además se ofrece una guía dirigida a los padres de familia, la cual contiene sugerencias acerca de cómo preparar al niño para una cirugía o procedimiento.

El *Joe DiMaggio at Memorial Children's Hospital* a través de su programa Child Life (Vida Infantil) desarrolla actividades y programas que ofrecen apoyo emocional tanto a los niños como a sus familiares, a fin de ayudarles a minimizar las tensiones y ansiedad que puede resultar durante un tratamiento médico.

Dentro de los servicios que ofrece este hospital se encuentra la visita guiada por el osito de Joe DiMaggio. Los niños (de 3 años en adelante) que van a ser operados o sometidos a procedimientos especiales, así como sus familiares, pueden hacer un recorrido especial por las instalaciones del hospital, para que se familiaricen con las mismas, y sepan lo que va a pasar durante su estancia en el hospital. Además, ofrece una guía práctica que contiene información que puede ser de utilidad para los padres de familia a fin de que puedan manejar el proceso de hospitalización.

El *Children's Hospital Boston (EE.UU)* es un centro integral para el cuidado de la salud pediátrica. Someterse a una cirugía o ser hospitalizado puede ser una experiencia impresionante para los niños. A fin de que se sientan más cómodos, se ha preparado un recorrido hospitalario a fin de que sepa con qué se encontrará en los diferentes espacios que conforman el hospital.

Para realizar el recorrido, se ha diseñado un video y un libro ilustrativo, los cuales ayudarán al niño y a su familia para saber lo que les espera en la consulta preoperatoria.

Los recorridos hospitalarios, tienen como función el familiarizar al niño y a su familia al ambiente hospitalario logrando así una mejor adaptación al medio.

#### **d) Elementos descriptivos.**

Consiste en que el paciente pediátrico y su familia visiten el hospital, de tal forma que se le enseña las diferentes secciones comentando la rutina hospitalaria con el fin de familiarizar a los niños y su familia con el hospital; podrá conocer los diferentes instrumentos y materiales que verá durante su estancia en el hospital. Se le permitirá tocarlos, y jugar con ellos. En dicho recorrido hospitalario se le brindará información sobre las diferentes fases por las que atravesará durante la hospitalización (admisión, cirugía, etc.) dándole instrucciones del comportamiento deseado en ese momento, de modo que ayude a prevenir y controlar la ansiedad.

Un profesional acompaña al niño por un recorrido establecido por el hospital, se recomienda iniciar por los espacios menos estresantes como lo es la cafetería o tienda de regalos, finalizando en las habitaciones o quirófanos, espacios considerados como altamente estresantes. Además se le presenta a las personas que le van a atender, se le enseña su habitación, el quirófano, la sala de recuperación y se le pone en contacto con niños ingresados.

Se sugiere que la visita al hospital se realice unos días antes del ingreso del niño a fin de participar en una sesión preparatoria. Ésta consiste en una entrevista con un miembro del personal hospitalario en la que se informa al niño, de manera general y/o específica, sobre los procedimientos médicos a los que se va a someter, las sensaciones que va a experimentar, la enfermedad de la que viene a curarse al hospital.

### **5. DIBUJO.**

#### **a) Objetivo.**

Esta técnica permite que los niños expresen cómo creen que será la operación a la que serán sometidos (Moix, 1996).

El análisis de los dibujos referidos a la situación quirúrgica, tanto antes como después de la cirugía revela en detalle el conjunto de temores y fantasías movilizados por la operación. Con estos recursos técnicos se logra una mayor verbalización de las ansiedades y miedos y se puede brindar una información más adecuada y esclarecedora.

## **b) Fundamentación Teórica.**

Como en los niños la capacidad de comprensión, expresión y simbolización verbal es menor que el del adulto, las ansiedades y las fantasías relacionadas con la operación deben detectarse con la ayuda de juegos, dibujos y dramatizaciones (Giacomantone, 1997).

La terapia de arte es utilizable generalmente en la etapa preoperacional de Piaget, ya que a esta edad la facilidad para representar objetos mediante símbolos y signos ayuda a expresar sus ansiedades; dicha terapia promueve la creatividad, la imaginación y el lenguaje, así como el afrontamiento de los eventos médicos (Pastrana, 1998).

En el dibujo se utilizan los colores, los diseños propios y toda la imaginación que le permite reproducir sus pensamientos y sentimientos, así como expresar sus dudas, preocupaciones, preguntas, confusión, etc.; puesto que el símbolo sustituye al temido significado por unos momentos.

## **c) Estudios Evaluativos.**

Argüelles, T., García, R., y Agramonte, A., (2005) utilizan el dibujo como un forma explorar la utilidad del dibujo como medio de expresión de las percepciones sobre la enfermedad en un grupo de niños con Diabetes Mellitus (DM), con el fin de valorar su uso en el proceso educativo. Formaron parte del estudio 20 niños/as con DM: 10 ingresados en la sala pediátrica y 10 participantes en una actividad clínico-educativa ambulatoria (convivencia). A todos se les invitó a realizar un dibujo con el tema "La diabetes y yo". Se hizo un análisis de contenido y gráfico (referido al uso del color) de cada dibujo elaborado. En el grupo del ingreso hospitalario los temas más representados fueron las restricciones dietéticas (70 %) y la inyección de insulina (50,0), mientras que en el grupo de la convivencia fueron el control metabólico (50,0) y el ejercicio físico (50,0). Temas como la dieta balanceada, educación, recreación e higiene solo se representaron en el grupo de la convivencia. En los dibujos los niños reflejaron elementos claves del tratamiento de la DM y la manera en que cada uno los percibía según el momento que estaban viviendo.

## **d) Elementos descriptivos.**

Thomann (2002) en su tesina elabora junto con el equipo de psicoprofilaxis quirúrgica del Hospital Garrahan el libro "Me voy a operar". El mismo, es entregado en la consulta, es en blanco y negro, de modo que el niño pueda

pintarlo y dibujar, responder las preguntas que ahí figuran, anotar junto a su familia las dudas o preguntas que van a realizar a su médico, etc. Consta de 4 dibujos de la figura humana (niño, niña, de frente y de espalda) donde el cirujano marcará en qué lugar del cuerpo será intervenido el niño. Este libro cuenta la historia de “Nicolás”, un niño de siete años que debe ser operado de una hernia y va describiendo los distintos pasos de su cirugía: estudios que debe hacerse (análisis de sangre, electrocardiograma, etc.), la anestesia, el reposo, el alta, etc. El objetivo es que el paciente pueda utilizar el libro junto a su familia, permitiendo en forma gradual la elaboración de lo que debe transitar.

## **6. JUEGO.**

### **a) Objetivo.**

Considerado lo antes planteado, podemos decir que el juego permite al niño realizar sus pensamientos y expresar sus sentimientos en un marco lúdico sin la restricción de la realidad, posibilitando la asimilación de nuevas situaciones y experiencias. Por lo que el juego tiene una doble función: lúdica y terapéutica que ayuda al niño a desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas, tanto en contextos cotidianos como en contextos estresantes tales como la hospitalización (Riddle, 1990, citado por Serrada, 2007).

El objetivo general de las actividades lúdicas en el contexto hospitalario es promover una adecuada adaptación del paciente pediátrico a la experiencia de la enfermedad y hospitalización, permitiendo asimilar gran cantidad de información desarrollando así sus funciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales, garantizando la continuidad de su proceso de desarrollo; además ayuda a afrontar una situación estresante, intenta familiarizar al paciente con los aspectos inherentes al hospital (personal sanitario, instrumental médico, procedimientos, etc.), así como permitir la elaboración de la ansiedad relacionada con la vuelta al hogar o el tratamiento (Palomo, 1995, Serrada, 2007).

El juego aporta múltiples beneficios al niño, y durante la hospitalización infantil, éste se convierte en un instrumento esencial para reducir su estrés y ansiedad así como la de sus padres. De igual forma facilita la elaboración y aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaces. (Palomo, 1995).

El juego, también puede aportar al adulto información relevante sobre el estado de ánimo y necesidades del niño. El juego puede cumplir una función terapéutica esencial al favorecer la continuidad del desarrollo infantil y aminorar los efectos negativos de la hospitalización. Como mencionan González, Benavides y Montoya



(2000, en Méndez y Ortigosa, 2000) algunas de las funciones que se le asignan al juego en el contexto hospitalario se presentan a continuación:

- Acelerar la recuperación del niño
- Facilitar la comprensión de la enfermedad
- Eliminar malentendidos y fantasías
- Promover el desarrollo del niño
- Favorecer el afrontamiento de la hospitalización
- Establecer *Rapport* con el personal sanitario
- Facilitar la comunicación con el niño
- Potenciar la confianza en el personal sanitario
- Facilitar la cooperación del niño
- Informar sobre la hospitalización
- Preparar al niño para los procedimientos invasivos
- Facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos
- Convertir la hospitalización en una experiencia positiva
- Potenciar la recuperación del niño

El juego puede ayudar al niño a entender su enfermedad aclarando los malentendidos y fantasías que el niño pueda tener, comprendiendo los procedimientos y tratamientos a los que será sometido (preparándole psicológicamente para ellos y facilitando su cooperación), y potenciando de esta manera su habilidad para afrontar las exigencias de la hospitalización. El juego le ayuda al niño a percibir esta experiencia de manera más positiva y potencia su recuperación.

#### **b) Fundamentación Teórica.**

El juego es la principal forma de expresión global del niño, es una actividad placentera en sí misma, que le permite explorar y comprender su mundo. A través de las actividades lúdicas manifiesta las preocupaciones emocionales, el nivel cognitivo, la habilidad para imitar e interactuar con su entorno social, etc. Especialmente estimula el desarrollo sensoriomotriz, intelectual, social, moral, de la creatividad y de la autoconciencia del niño (Palomo, 1995; Serrada, 2007):

- **Sensoriomotriz:** En las primeras etapas del desarrollo, los niños entran en contacto consigo mismos y con el ambiente a través de estímulos visuales, táctiles, auditivos y cinestésicos. Al ir madurando, sus movimientos se vuelven más diferenciados y aumentan en complejidad.
- **Intelectual:** El juego ayuda a los niños a comprender su ambiente y en función de las actividades realizadas, a potenciar distintos aspectos de su

desarrollo intelectual: lenguaje, abstracción y relaciones espaciales, entre otras.

- Social: A partir del contacto con otros niños aprenden a relacionarse con los demás, resolviendo los problemas que se presentan. También aprenden el rol sexual que socialmente se les atribuye.
- Creatividad: A través del juego el niño puede experimentar con sus propias ideas y con materiales a su alcance, dejando fluir su imaginación y construyendo nuevos objetos.
- Autoconciencia: Ensayando con el juego el niño aprende la constitución de su cuerpo, sus capacidades y sus roles.
- Moral: Con el juego el niño ensaya y aprende límites respecto a las normas morales. Los juegos infantiles poseen sus propias reglas establecidas por los niños, que se deben acatar para formar parte del grupo.

Mediante las actividades lúdicas, el niño explora y experimenta su entorno aprendiendo sobre sí mismo y lo que le rodea (objetos, personas, etc.), de esta forma el juego potencia el desarrollo del niño en la medida que le permite aprender las habilidades necesarias para desenvolverse en su medio y para afrontar determinadas situaciones de estrés por lo que también sirve como precursor de la vida adulta. Asimismo, puede contribuir en el desarrollo de su autoestima, la liberación de tensiones y la expresión de sus emociones, además de desarrollar el sentido de competencia. Se estima que también el juego tiene un papel importante en el desarrollo emocional, cognitivo, social y físico del niño, así como en su salud, en la adaptación de escenarios pediátricos, e, incluso en la rehabilitación y recuperación (Palomo, 1995; Sperling, 1997; Sweeney, 1997, citado por Serrada, 2007).

### **c) Estudios Evaluativos.**

La importancia de fomentar y promover el juego en el paciente pediátrico como una forma de asimilar la experiencia hospitalaria, desarrollando estrategias de afrontamiento adaptativas, la expresión de sentimientos y control de emociones y de identificación con el adulto ha sido aceptada por asociaciones como "The National Association for the Welfare of Children in Hospital" (NAWCH), las cuales reconocen la necesidad de realizar proyectos de juego en el ámbito hospitalario. Por otra parte dentro del hospital Children's Memorial, en los Estados Unidos, se cuenta con el Cuarto de Juego Infantil, el cual es un área diseñada para las

necesidades especiales de los bebés y niños pequeños que se encuentran ingresados, habitualmente grupos de juego se reúnen, con el propósito de crear un ambiente de apoyo, diversión y educación para promover la curación, el descubrimiento y el desarrollo de los más pequeños a través de una variedad de programas para ayudar a que los pacientes y sus familiares se adapten a la hospitalización.

De igual manera, en España a través de proyecto CurARTE se trata de posibilitar a los niños hospitalizados la realización de juegos creativos para facilitar la integración en los servicios de hospitalización pediátrica, de esta forma, el personal sanitario dispone de recursos materiales para utilizar este tipo de actividades como estrategia de mejora de la calidad de vida de los niños hospitalizados.

#### **d) Elementos descriptivos.**

En la actividad lúdica, al igual que en cualquier otra actividad infantil, se manifiestan diferencias individuales. En función de este aspecto, el profesional puede organizar juegos y actividades apropiadas a la naturaleza de la enfermedad y otras características personales del paciente durante su permanencia en el hospital.

Los materiales del juego y los juguetes deben ser seleccionados, teniendo en cuenta la edad y las necesidades especiales del niño en el hospital, al tipo de enfermedad que presente el niño así como el nivel de movilidad que ésta le brinda, a los objetivos psicopedagógicos que se pretenden alcanzar, a las condiciones ambientales.

Según Sadler (1990, citado por Serrada, 2007) los juguetes ideales en el caso del niño hospitalizado deben tener un tamaño mediano, colores vivos, ser duraderos y con la función de estimular la mente del niño enfermo pero no sobrestimulándolo.

El juego puede ser utilizado, como uno de los recursos principales para proporcionar información al niño sobre el hospital y los acontecimientos que le van a ocurrir, ayudándole a reducir su estrés ante los mismos y aumentando su cooperación. Existen varias modalidades de juego que pueden implementarse dentro del contexto hospitalario, las cuales describimos a continuación:

## **Juego Médico.**

Consiste en proporcionar al paciente la oportunidad de ejercer el papel de médico, personal de enfermería, paciente u otro personal sanitario, de tal modo que pueda anticipar detalles, emociones desagradables y fantasías que pueden acompañar a una experiencia estresante (Palomo, 1995).

Cumple importantes funciones como ser un medio de detección de las dificultades en el niño (miedos, problemas de comunicación, adaptación, etc.) y un canal de comprensión para los procedimientos e interpretaciones médicas. Esta técnica es una forma sumamente útil para conocer cómo imagina el niño la operación y a partir de aquí modificar sus ideas erróneas ya que la gran imaginación que poseen los niños les lleva en muchos casos a imaginar la operación como un acto totalmente cruel. También favorece la formulación de preguntas, clarificación de dudas y la adquisición de habilidades para afrontar las intervenciones médicas, así como familiarizarse con las situaciones e instrumentos (Costa, González y Gisbert, 2000; Palomo, 1995).

El objetivo de este tipo de juegos es potenciar el intercambio de roles entre el niño y el personal sanitario encargado de su cuidado, facilitando la proximidad emocional y la reducción de los miedos que el niño usualmente asocia con estos profesionales. Permite la desensibilización en vivo al niño al ropaje, instrumental y procedimientos médicos a los que va a ser expuesto. De igual forma favorece el control del paciente sobre dicha experiencia y, por ello, aumenta su sentimiento de competencia (Costa, González y Gisbert, 2000; Palomo, 1995).

Para llevar a cabo estos juegos se suele utilizar material inofensivo propio del hospital (máscaras, jeringas, etc.) y muñecos anatómicos. Estos juegos permiten que los niños expresen sus emociones a través de los muñecos de una forma socialmente más admitida. Si el paciente es demasiado pequeño, se le puede estimular a que juegue por ejemplo, a ser un médico que efectúa procedimientos médicos a un muñeco. Durante el juego el adulto indica al niño que señale la parte del muñeco que le van a operar, con lo que se puede conocer en muchos casos las ideas erróneas de los niños y modificarlas. Por ejemplo, muchos niños indican cómo va a ser la cicatriz señalando una área exageradamente extensa del muñeco, en este caso la utilización del muñeco nos puede ayudar para corregir al niño e indicarle exactamente el tamaño y el lugar de la cicatriz. Los muñecos también pueden ser utilizados para explicar a los niños algunos procedimientos médicos como las inyecciones o la inducción de la anestesia. Otra ventaja que presentan estos juegos es que permiten al niño familiarizarse con muchos de los objetos que verá durante su hospitalización, lo cual es sumamente importante si

pensamos en lo nuevo y extraño que resulta el ambiente hospitalario para la mayoría de los niños (Moix, 1996; Palomo, 1995).

En el caso de niños mayores o adolescentes, puede realizarse el procedimiento como una demostración de conocimiento del proceso. La simulación más semejante a la realidad se puede conseguir por ejemplo, utilizando vestuario del personal médico como una mascarilla y juguetes u otros objetos simulando hacer una operación, transfusión de sangre, etc. El paciente debe ser instruido no sólo para ensayar un determinado procedimiento médico, sino también para incluir declaraciones que animen al muñeco a usar técnicas de afrontamiento como respirar, pensar en una escena agradable, etc. (Palomo, 1995).

En resumen, esta técnica favorece la comunicación entre los profesionales y el paciente en los siguientes aspectos (Poster, 1983, citado por Palomo, 1995):

- Da oportunidad de expresar sentimientos y preocupaciones. Los profesionales pueden ayudar al paciente, durante el proceso de simulación de determinadas situaciones, respondiendo a sus preocupaciones y estado emocional.
- La comprensión sobre los procedimientos y equipo médico. Los profesionales pueden proporcionar información y aclarar malentendidos, lo que puede facilitar al paciente la adquisición de control de la situación cuando sea real.
- El juego proporciona valiosa información, ya que observar al niño mientras juega y ver cómo manipula o usa los materiales utilizados en su tratamiento, permite averiguar cómo ha interiorizado la información que ha recibido y cómo está viviendo su experiencia en el hospital.
- La posibilidad de que el paciente ensaye distintos modos de reacciones ante diversas situaciones amenazantes (por ejemplo, en lugar de reaccionar gritando, comportarse de una forma más adecuada o aprender que es correcto llorar o tener miedo) así como simular diversas situaciones (hacer suturas, cambio de vendajes, operar, etc.).

### **Muñecos y mascotas.**

Los muñecos y mascotas son personajes con personalidad propia que no resultan atemorizantes para el niño y le permiten hablar de pensamientos o emociones

difíciles de expresar, haciéndolo a través del muñeco. Esto le permite incrementar su control percibido de la situación.

Los muñecos suelen utilizarse para familiarizar a los niños con diferentes exigencias de la hospitalización. De esta manera se suelen constituir modelos para enseñar las rutinas del hospital, el instrumental médico y el personal sanitario.

González y Montoya (2001) hablan de dos modalidades de muñecos que se pueden utilizar durante la preparación psicológica:

- Muñecos Neutros. Esta modalidad se refiere a muñecos que pueden manipularse fácilmente por el niño y permanecer con él durante la hospitalización. Normalmente el niño puede llevarse el muñeco a casa cuando finaliza el periodo de hospitalización. De esta manera, sirve de nexo o transición entre el hospital y el propio hogar ya que con su apoyo podrá compartir con amigos, hermanos y familiares lo que ha vivido durante su hospitalización. Por otra parte, cuando son necesarios nuevos ingresos, volver acompañado de su compañero les proporciona una mayor sensación de seguridad y calidez, lo cual suele ser muy reconfortante en los primeros momentos tras el ingreso.
- Muñecos Mascotas del Hospital Infantil. Dentro de esta modalidad, los muñecos suelen tener un nombre y características determinadas, por ejemplo suelen traer la vestimenta característica del hospital (bata de cirugía, gorros, vendajes, etc.). Estos tienen un rol importante en el hospital ya que el hecho de que tengan un nombre concreto genera un ambiente cálido y personal para el niño. Las mascotas no pueden llevarse a casa. Sin embargo, muchos niños requieren su presencia en el momento de ser hospitalizados, pues son esos amigos fieles que siempre están ahí cuando les necesitan.

Se sugiere que tanto los muñecos neutros como las mascotas, cuenten con características como dientes extraíbles, venas preparadas para la introducción de agujas o partes del cuerpo afectadas dependiendo de las distintas enfermedades y que se acompañen con instrumental y juguetes médicos.

En definitiva, los muñecos de preparación tienen innumerables funciones. Además suponen un bajo costo para el hospital y no requieren de una gran especialización para su manejo, por lo que pueden ser utilizados por los padres, familiares,

enfermeras y/o médicos (Montoya, Benavides y González, 2000 en Méndez y Ortigosa, , 2000).

### **Actividades recreativas.**

A menudo los pacientes pediátricos y sus padres se encuentran con el hecho de tener que esperar por distintos acontecimientos como ser admitidos, examinados, someterse a un análisis de sangre u otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, resultados, etc., por lo que se le debe de dar la oportunidad de estar activos e interactuar mediante actividades lúdicas e incluso educativas. Las actividades concretas que se pueden desarrollar en esta área son diversas: celebración de fechas importantes, lecturas, música, programas multimedia, arcilla, teatro, trabajos manuales, libros autobiográficos, etc., (Montoya, Benavides y González, 2000, citado por Méndez y Ortigosa, 2000).

A continuación se describen algunas de estas actividades:

- La celebración de acontecimientos o días especiales favorecen la normalización de la vida del niño en el hospital y supone una ruptura de la monotonía introduciendo estímulos positivos.
- La lectura puede ser otra importante fuente de distracción para el niño hospitalizado, al tiempo que estimula el aprendizaje y la continuidad de su desarrollo.
- La música se utiliza como instrumento terapéutico, pues ayuda a reducir la tensión, genera una sensación reconfortante, facilita la verbalización de sentimientos y promueve la relación de confianza entre el adulto y el niño. Este tipo de actividad realizada en grupo permite que los niños se conozcan, se distraigan y expresen sus sentimientos y pensamientos en un ambiente lúdico así como compartir su experiencia y darse cuenta de que sus compañeros pueden tener miedos similares (Montoya, Benavides y González, 2000 citado por Costa, González y Gisbert, 2000).
- Los Programas Multimedia son un tipo de juego que se está extendiendo en la actualidad en el ámbito de la salud. Ortigosa, Vargas, Pedroche, Quiles y Méndez (1997, citado por Costa, González y Gisbert, 2000) crearon un programa multimedia titulado “Bienvenido al Hospital”, a través del cual se le informa al niño acerca de cómo se utilizan distintos instrumentos de exploración y su finalidad, así como de lo que puede sentir durante los procedimientos médicos. A través del programa se instruye al niño en tres

formas de enfrentarse a las situaciones amenazantes para él, la respiración profunda, las autoafirmaciones y la imaginación/distracción.

Otro tipo de juegos tienen el objetivo de enseñar a los niños a vivir con una enfermedad crónica y a cuidarse a ellos mismos (Brody, 1999, citado por Costa, González, y Gisbert, 2000), como el “Packy & Marlon” utilizado con niños diabéticos, en el cual se le presentan al niño situaciones en las que aprende qué alimentos debe darles a los personajes del juego, a controlar su nivel de glucosa y a administrarles la dosis de insulina adecuada. También encontramos el juego “Bronky the Bronchisaurus” utilizado con niños asmáticos, el cual tiene la finalidad de enseñarles a prevenir los ataques de asma y a tomar las medidas oportunas para controlarlos.

- La arcilla es un material que suele ser agradable y llamativo para los niños. Este material, permite la descarga de agresividad ya que los niños pueden golpearla, pellizcarla, patearla, etc. Se puede facilitar al niño diversos materiales para que la maneje, tales como palillos, anillos, o piezas de juguetes de construcción. Hay niños que pueden rechazar el contacto con este material por lo que se sugiere facilitarles toallas húmedas para limpiarse o plastilina para aquellos que no quieran utilizar la arcilla. En este tipo de juego es muy importante el proceso de construcción así como conversar después sobre la experiencia de haberlo construido (Montoya, Benavides y González, 2000, citados por Costa, González y Gisbert, 2000).
- Los “libros autobiográficos” son una vía de comunicación alternativa a través de la cual el niño puede descargar sus miedos y ansiedades. En esta técnica se alienta al niño a que dibuje y narre sus vivencias en el hospital. Para ello se le facilitan diversos materiales como gises, lápices de colores, revistas, tijeras, pegamento, etc. El niño puede reservar una página del libro para autógrafos de aquellas personas con las que se relaciona durante la hospitalización, como médicos, enfermeras, compañeros, familiares, etc. Se puede favorecer la expresión del niño y el sentimiento de estar atendido al permitirle que plasme su vivencia tal y como la siente, sin realizar juicios y censuras acerca de lo que representa y pidiéndole después de realizarlo que cuente por qué ha utilizado cada uno de los materiales y lo que ha representado (Montoya, Benavides y González, 2000, citados por Costa, González y Gisbert, 2000).

La actividad lúdica está empezando a abrirse camino en los hospitales infantiles, sin embargo, todavía es necesaria una mayor concientización sobre su



importancia para la adaptación del niño al hospital y sobre las características que han de cumplir los juguetes en este contexto.

En resumen, podemos ver como la teoría plantea que la superación de la enfermedad y la rehabilitación se hacen más complejas en un niño aburrido, sin estímulos y en un entorno desfavorable.

Cuando un niño ingresa a un Hospital, tiene miedo, se encuentra desorientado y no tiene estímulos, su imaginación y su vitalidad quedan mermadas, deja de hablar, deja de jugar y deja de sonreír. En este sentido el juego dentro del contexto hospitalario se convierte en un instrumento que le permite explicar y descubrir el mundo y así mismo, expresarse, encontrar satisfacción y aprender a vivir. Cuando el niño se introduce en el juego obtiene placer y aumenta su autoestima. Esto contribuye a darle recursos para mejorar su calidad de vida, favorecer su desarrollo global y soportar las incomodidades de los tratamientos (Serrada, 2007).

## **7. DISTRACCIÓN.**

### **a) Objetivo.**

El objetivo principal de las técnicas de distracción es la de centrar la atención del sujeto en actividades o estímulos agradables a la vez que se mantiene dicha atención alejada de las sensaciones desagradables o aversivas (Martínez y Rodríguez, 2004).

Esta técnica busca reducir la ansiedad que puede producir una situación o acontecimiento amenazante, además de alterar la percepción sensorial del dolor, considerándose que, cuanto más concentrado este el niño es más probable reducir dicha sensación. Autores afirman que puede disminuir la experiencia consciente de dolor o incluso desaparecerla (Moix, 1996; Méndez et al., 2004).

### **b) Fundamentación Teórica**

La distracción puede usarse en una cantidad muy grande de métodos y tal vez sea el elemento que subyace a todas las intervenciones de control del dolor, debido a que todos los métodos requieren al menos cierta atención por parte del paciente (Donovan, 1988). Cuando se focaliza la atención del paciente sobre estimulación irrelevante, o se le involucra en un nivel alto de actividad, se consigue que el dolor disminuya e incluso desaparezca.

La distracción es una técnica cognitiva que consiste en retirar la atención de la fuente de estrés o dolor y dirigirla a otro tipo de estímulo (Palomo, 1995; Moix, 1996; Méndez et al., 2004).

### **c) Estudios Evaluativos**

Hasta este momento no se han encontrado estudios que demuestren la eficacia de la distracción en la reducción de efectos negativos durante la hospitalización.

### **d) Elementos descriptivos**

Hay una gran variedad de formas simples de lograr la distracción; por ejemplo pedirle que cuente, que se concentre en alguna parte de su cuerpo, hablarle de personajes de TV, amigos, utilizando la fantasía, etc. Es una técnica que se recomienda ampliamente para niños de 3 a 6 años ya que por el estadio cognitivo en el que se encuentran (Preoperacional según Piaget) tienen una gran capacidad para pasar de una modalidad de pensamiento a otra y así se trasladan de la realidad a la fantasía de manera espontánea (Gaffney, citado por Sánchez y Vera, 1997).

Existen varias técnicas basadas en la distracción (Trianes, 1999, citado por Méndez y Ortigosa, 2000; Moix, 1996; Méndez et al., 2004):

- **Imágenes Emotivas.** Esta técnica implementada por Lazarus y Abramovitz (1962, citados por Méndez y Ortigosa, 2000) se ha usado para preparar psicológicamente a los pacientes para procedimientos médicos estresantes. Consiste en identificar un héroe del niño o una imagen fantástica, que le produzca un sentimiento de seguridad que le ayude a superar la ansiedad provocada por la situación médica, animando el valor y coraje del niño en el cumplimiento de su misión. Asimismo, se puede ayudar al paciente a elaborar una imagen estimulando su atención sobre características sensoriales sobre la escena imaginada, es decir, sugiriéndole describir dicha escena o imagen en función de lo que puede ver, oír, oler, etc. Es importante alentar a los padres hacer uso de esta técnica a fin de ayudar a su hijo a disminuir la tensión que experimenta. (Palomo, 1995).

La imaginación de estas escenas impide al niño centrar su atención en estímulos que evocan ansiedad. De esta forma, el propósito de evocación de imágenes emotivas es la transformación de la tensión en una excitación positiva que estimule el sentimiento de control y eficacia sobre la situación (Kendall y Braswell, 1986, citados por Palomo, 1995).

De igual forma, autores como Ellis y Spanos (1994, citado por Sánchez y Vera, 1997), refieren que la distracción junto con la imaginación funcionan estableciendo cogniciones de afrontamiento y disminuyendo las catastróficas; según Sullivan esto se refiere a la tendencia de los individuos a exagerar los aspectos negativos de la situación nociva y la tendencia a sentirse incapaces de enfrentarse o controlar dicha situación.

- Ejercicios de respiración. La meta de los ejercicios de respiración es lograr que el paciente controle voluntariamente su respiración para crear un estado de relajación (Sánchez y Vera, 1997, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

Las técnicas de respiración, proporcionan un control inmediato porque permiten concentrarse en el momento presente. Esto permite considerar más detenidamente qué es lo que está preocupando; centrarse en la respiración, ayuda a pasar momentos estresantes como procedimientos médicos invasivos sin que resulte incomodo o desagradable (Caudill, 1998, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

Se debe entrenar al niño a respirar profundamente; para ello y según la edad del niño se pueden utilizar diferentes metáforas (por ejemplo: "imagínate que eres una rueda y te están inflando, ahora la rueda se desinfla, ahora has el sonido que haría la rueda desinflándose"). Es muy útil hacerle respirar profundamente o soplar durante las inyecciones dado que de esta forma no está tan atento a las sensaciones que produce la inyección.

- Introducir en el ambiente señales de seguridad, para que la habitación del hospital le resulte menos extraña, puede crearse un ambiente más familiar, indicando al niño que lleve consigo fotos, dibujos u objetos de casa, sobre todo si se trata de una hospitalización larga.
- Libros con actividades: libros para dibujar, libros con botones que producen sonidos, libros con objetos para buscar dentro de una imagen (por ejemplo, "encuentra donde está el gato en esta hoja").
- Cuentos. Otra forma de distracción consiste en contar cuentos mientras los niños son sometidos a procedimientos dolorosos de larga duración. Es conveniente describir detalles como: olores, colores, sabores y sensaciones

en general, para que el niño logre "sumergirse" en la historia y olvidar el dolor.

- Actividad verbal. También es útil para que el niño se distraiga, hacerle contar, aumentando la dificultad según la edad (por ejemplo, de dos en dos, de tres en tres, al revés). Para lograr la distracción del niño también podemos animarle a que nos explique temas de su interés como su programa favorito.

## **8. RELAJACION.**

### **a) Objetivos.**

Existe una gran diversidad de programas de relajación, sin embargo el objetivo común es enseñar al paciente a relajar los músculos a voluntad de modo que pueda ser consciente de las sensaciones de tensión y de laxitud de los mismos (Echeburúa, 1998, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

Los programas de relajación permiten reducir la ansiedad de la persona ante una situación amenazante permitiéndole afrontar de una forma más adecuada dicha situación (Moix, 1996).

### **b) Fundamentación Teórica.**

La relajación es una técnica terapéutica adecuada en el control del estrés, la ansiedad y el dolor, y constituye una estrategia de afrontamiento para hacer frente a los estímulos y situaciones que amenazan nuestro bienestar (Echeburua, 1998, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

La relajación constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso como causa y como producto (Turpin, 1989, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

De ahí que cualquier definición de relajación deba hacer referencia necesariamente a sus componentes *fisiológicos*, como patrón reducido de activación somática y autónoma; *subjetivos*, como informes verbales de tranquilidad y sosiego; y *conductuales*, estado de quiescencia motora, así como sus posibles vías de interacción e influencia (Vera y Vila, 1995, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

Los programas de preparación psicológica con niños hospitalizados suelen incluir alguna modalidad de relajación muscular, respiración profunda e imaginación de escenas relajantes para controlar la activación vegetativa.

El entrenamiento en relajación consiste en diferenciar puntos de tensión en diversos grupos musculares del cuerpo mediante ejercicios de tensión y relajación. Además, ayudar a potenciar los efectos de la distracción. En general, es más fácil que el niño preste atención a nuestras palabras si se encuentra relajado que si está agitado (Moix, 1996).

### **c) Estudios Evaluativos.**

Los métodos de relajación han demostrado que alteran significativamente los procesos fisiológicos relacionados con la ansiedad, reduciendo sobretodo la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y el consumo de oxígeno, la tensión muscular tónica, la transmisión dérmica y la tensión arterial (López, 1994, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

Si se tiene en cuenta que la ansiedad puede incrementar el dolor, consecuentemente la reducción de la ansiedad producirá una disminución en la experiencia dolorosa. La relajación es efectiva en la disminución del dolor, afectando directamente los procesos físicos responsables del mismo. Así, por ejemplo, la reducción de la tensión muscular o la desviación del flujo sanguíneo mediante la relajación se puede reducir los dolores causados por estos procesos fisiológicos (Latorre, 1994, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

Una investigación realizada en la Universidad de Harvard en 1908 reveló que el estrés y la ansiedad están relacionados con la tensión muscular; de tal modo que si uno es capaz de reducir la tensión muscular, también reducirá el estrés y la ansiedad. De este modo, dado que el entrenamiento en relajación sirve para reducir la tensión, también es útil para abordar problemas de estrés y ansiedad (Everly, 1989, citado por Sánchez y Vera, 1997).

### **d) Elementos descriptivos.**

La relajación usualmente se enseña en la víspera de la aplicación de los procedimientos médicos y para ello es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos antes de llevar a cabo este tipo de procedimiento (Palomo, 1995; Moix, 1996; Poster, 1986, citados por Méndez y Ortigosa, 2000):

#### **a) Actividades preparatorias:**

1. Preparar el ambiente. Se dispone la sala de modo que resulte un lugar tranquilo y libre de estímulos distractores. Se programa de 10 a 20 minutos y se puede emplear música relajante.
2. Preparar al niño (y a sus padres si están presentes). Se le explica la finalidad del entrenamiento. Se le tranquiliza informándole que puede detener el ejercicio si lo desea.
3. Preparar al entrenador. Se le indica al profesional de la salud que emplee voz calmada, que hable despacio y que se muestre relajado.

b) Componentes claves:

- Instruir. Se instruye al niño sobre la posición de relajación (ojos cerrados, etc.) atención, discriminación de tensión y relajación, posibilidad de interrupción voluntaria.
- Modelar. Se le explica con lenguaje familiar y se le muestra la forma de tensar y relajar las siguientes partes del cuerpo: manos, dedos, frente, ojos, boca, hombros, pecho, estómago, nalgas, piernas y dedos del pie.
- Entrenar. Se realizan los ejercicios bajo supervisión del profesional.
- Practicar. Se le entrega una grabación. Se le anima a que emplee la relajación siempre que lo desee, especialmente durante los procedimientos médicos estresantes.

Con niños menores de 7 u 8 años resulta muy apropiado realizar un juego para inducir la relajación. Un método apropiado es el denominado “Robot- Muñeco de trapo” que consiste en actuar primero como un robot (rígido, tenso y andando sin doblar las extremidades), y después como un muñeco de trapo (flexible, relajado y flácido), para que pueda identificar la sensación de tensión y relajación (Palomo, 1995; Moix, 1996; Méndez et al., 2004).

El juego de la Marioneta consiste en que el niño (observador) y la marioneta (modelo) están sentados. Cuando el profesional manipula el artificio el niño imita los movimientos: se levanta despacio hasta ponerse de puntillas, alza los brazos, fija los ojos en el techo, enarca las cejas, estira el cuello, etc., tensando los músculos como si unos hilos imaginarios tirasen de él hacia arriba. A continuación

realiza el proceso inverso, relajando todo el cuerpo y sentándose de nuevo, como si se aflojaran los hilos imaginarios (González y Montoya, 2001).

También se sugiere realizar ejercicios de respiración en los cuales se le pide al paciente que realice una respiración profunda, que la mantenga, y que después expulse el aire lentamente. El propio niño puede controlar el ritmo de su respiración diciéndose así mismo, lentamente, la palabra “R-e-l-a-x” al expulsar el aire. El entrenamiento en relajación y respiración se completa con la imaginación de escenas placenteras que aumentan el estado de relajación (Palomo, 1995).

Otra técnica que puede implementarse es la Técnica de *Pensamientos felices*, donde se utiliza la memoria en lugar de la imaginación para inducir un estado incompatible con la ansiedad. Se le pide al niño que recuerde varios momentos felices. Después se le solicita que los relate detalladamente y que los escriba en un folleto de preparación a la hospitalización. El recuerdo de escenas agradables impide al niño centrar su atención en estímulos que evocan ansiedad (Méndez et al., 2004).

Después de haber descrito la técnica de relajación, es importante mencionar que durante las sesiones de relajación se debe de observar al paciente con el fin de evaluar si se esta presentando algún problema. Asimismo, al final de cada sesión se le pide que comente la misma, es decir que señale si ha habido alguna frase que le haya ayudado especialmente o por el contrario le haya dificultado la relajación. En definitiva, es necesario adecuarla técnica a las necesidades individuales de cada persona.

La importancia de las técnicas de relajación no reside en ellas mismas, sino en la aplicación que se haga en ellas. No son fines en sí misma, sino medios para alcanzar una serie de objetivos. El objetivo fundamental de estas técnicas es dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que le están produciendo tensión, dolor o ansiedad (Vera y Vila, 1995, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

## **10. IMAGINERIA.**

### **a) Objetivos.**

El uso de imágenes mentales agradables permitirá al individuo aliviar síntomas físicos de la enfermedad y el estrés, entre las que se encuentran dolor de cabeza, espasmos musculares, dolor crónico de causa no determinada y la ansiedad. A

través del uso de escenas mentales agradables se logrará cambiar la reacción que tiene el individuo ante la experiencia de dolor.

La imaginería facilita la creación de escenas mentales agradables que permitan modificar la cognición relacionada con la afección que presenta la persona en ese momento.

### **b) Fundamentación teórica.**

El uso de la imaginería se basa en el uso de representaciones mentales internas o externas de un sentimiento, un estado de ánimo, un esquema, un concepto abstracto, un objeto, una escena o una persona (Sánchez y Vera, 1997).

La utilización del pensamiento para el tratamiento de síntomas físicos fue popularizada por Emil Coué, farmacéutico francés que afirmaba que uno es lo que piensa que es. Así, si pensamos en cosas tristes, terminamos sintiéndonos tristes; si se tienen pensamientos ansiosos, se experimenta la ansiedad. Para sobreponerse a estos sentimientos de tristeza y ansiedad hay que concentrar la mente en imágenes positivas para alcanzar sus efectos curativos. Es importante resaltar que los pensamientos negativos se reflejan no sólo en cambios emocionales sino también conductuales y fisiológicos.

La imaginería es una técnica cognitiva que incluye el uso de representaciones vívidas (usualmente visuales) de escenas o acciones placenteras. La imaginería es un tipo de sueño de día, deliberado y dirigido (McGrath y Unruh, citado por Sánchez y Vera, 1997).

Según Álvarez (1994, citado por Sánchez y Vera, 1997), la imaginería es una actividad cognitiva que consiste en imaginar sintiendo, es decir tener una percepción mental de los objetos, personas o eventos con sensaciones y emociones asociadas. Los objetos de la imaginería pueden estar o no presentes en el entorno. El grado de eficacia de la imaginería dirigida depende de la actitud de uno mismo y del grado de convencimiento. El deseo de sentirse mejor no es suficiente, uno debe de crear que lo logrará.

La imaginería es un componente frecuente en el tratamiento cognitivo-conductual. Es una de las técnicas más útiles para el control del dolor, ya que además de sus efectos psicofisiológicos cumple la función de distractor eficaz, de tal modo que el niño puede ser alejado del contexto agresivo.



### **c) Estudios evaluativos.**

Existen estudios que demuestran que la actividad cognitiva produce cambios en diferentes sistemas del organismo. Investigaciones han reportado cambios en la actividad músculo-esquelética en sujetos que pensaban en resolver problemas complejos (McGuigan, 1978; Langfeld, 1933; Smith, 1969, citado por Sánchez y Vera, 1997).

También se ha encontrado que durante el pensamiento también hay cambios en la actividad intestinal, en la actividad electodérmica y en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (Davis, 1957; Grings, 1973; Lacey y Lacey, 1974, citado por Sánchez y Vera, 1997).

### **d) Elementos descriptivos.**

Generalmente la modalidad que se usa en la imaginación como proceso terapéutico es la visual, sin embargo las imágenes pueden ser experimentadas en todas las modalidades: visual, auditiva, kinestésica, olfativa, gustativa, somatosensorial y táctil.

El profesional de salud puede ayudar al paciente a elaborar una escena que, posteriormente, éste visualice con los ojos cerrados mientras se le realice el procedimiento médico necesario (inyección, sutura, etc.). Algunos autores han propuesto las siguientes sugerencias:

“Mientras yo estoy haciendo esto, es importante que permanezcas tranquilo. Te ayudará a relajarte si te imaginas haciendo algo que te gusta o estando en algún lugar agradable y tranquilo. Algunas veces los niños imaginan que se encuentran en la playa durante un día soleado y maravilloso o sentado en el fresco y verde césped. Otros niños piensan que están sentados en un barco en un claro y tranquilo lago o tumbados en una nube. ¿dónde o qué te gustaría estar haciendo a ti?” (Kendall y Braswell, 1986, citado por Palomo, 1995).

Otras veces se pueden diseñar imágenes o escenas de situaciones médicas donde intervienen héroes o personajes favoritos del niño. Por ejemplo, se puede elaborar una escena en la que el niño sea un ayudante de Superman y, para cumplir una misión, debe someterse a una prueba que, en este caso, podría ser una extracción de sangre o debe salvar a sus amigos de algún peligro y, para ello, debe someterse a dicha prueba. Se anima el valor y coraje del niño en el

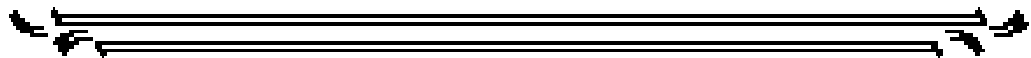
cumplimiento de su misión. El propósito de estas imágenes es la transformación de la tensión que el niño experimenta en una excitación positiva que estimule el sentimiento de control y eficacia sobre la situación (Kendall y Braswell, 1986, citado por Palomo, 1995).

Con esto concluimos la revisión de las principales técnicas utilizadas en los programas de preparación psicológica para el proceso hospitalario. Las investigaciones presentadas a lo largo del capítulo han demostrado su eficacia en la reducción de los efectos negativos que genera en el paciente el proceso hospitalario.

Hay que destacar que para una completa preparación psicológica es necesario aplicar en combinación algunas de las técnicas ya mencionadas. Es importante seleccionar las técnicas adecuadas para cada paciente, puesto que lo que puede ser aceptable y relajante para un niño, puede producir tensión y ser evaluado como aversivo para otro (Scott y Worthington, 1978, citado por Martínez y Rodríguez, 2004).

Por lo tanto, si se desea brindar una atención integral al paciente pediátrico se deben de tomar en consideración aspectos como el nivel de activación emocional del niño, edad y desarrollo cognitivo, estilo de afrontamiento, experiencias previas y nivel sociocultural. Estos aspectos determinarán la manera en la que cada paciente sobrelleve su hospitalización, razón por la cual será importante tomarlos en cuenta al momento de diseñar un programa de preparación psicológica.

CAPÍTULO IV.  
PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE  
PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA  
LA HOSPITALIZACIÓN EN  
PACIENTES PEDIÁTRICOS.



Hasta hace poco tiempo, las técnicas de preparación psicológica eran prácticamente inexistentes. El niño ingresaba en el hospital y era sometido a procedimientos médicos, pero no disponía de una asistencia psicológica capaz de estimular su expresión emocional, de potenciar las relaciones entre el niño y el personal sanitario, de suministrar información puntual y didáctica a los padres y proporcionar estrategias de afrontamiento al niño y a los padres frente al estrés hospitalario y quirúrgico.

Hoy en día cada vez se tienen más en cuenta las necesidades biopsicosociales de los niños hospitalizados con la finalidad de proporcionar una asistencia integral, que considere tanto las condiciones de la hospitalización como las reacciones que genera en el niño y en la familia. Un ejemplo de ello ha sido el interés por parte de instituciones hospitalarias de crear, con ayuda de especialistas, programas de preparación psicológica.

Un ***programa de preparación psicológica*** consiste en un conjunto de métodos que, aplicados antes, durante o después de la estancia hospitalaria, tienen la finalidad de facilitar la adaptación del niño a esta situación estresante, potenciando, de esta manera, el bienestar del niño y de la familia

Mediante el entrenamiento en habilidades de afrontamiento se pretende que el paciente pediátrico adquiera y practique las conductas adecuadas para afrontar consecuencias del proceso de hospitalización a nivel conductual, emocional, cognitivo y fisiológico, fomentando su participación activa.

Así, desarrollando programas de preparación psicológica en los hospitales, favorecemos que el mismo medio que genera estrés facilite los aportes necesarios para superar dichas situaciones estresantes, reduciendo el sufrimiento que estos procesos naturalmente traen consigo y ayudando, en última instancia, a reducir los costos de hospitalización y mantenimiento de la salud.

La guía que a continuación se presenta pretende ayudar al niño y sus padres en las diferentes fases de la hospitalización. A través de técnicas cognitivo-conductuales como imaginación, relajación, distracción, información, juego y dibujo, se intenta contrarrestar los efectos negativos del proceso hospitalario, así como reducir el impacto psicológico de la enfermedad a nivel emocional, fisiológico, conductual y cognoscitivo. Asimismo este programa contempla la participación de los padres de familia dentro de actividades de afrontamiento y apoyo social.

A continuación se presenta el esquema propuesto del programa de preparación psicológica para el paciente pediátrico hospitalizado. Es importante mencionar que esta guía no sigue una secuencia temporal sino se usa en función de las necesidades y síntomas presentados por el paciente.

Cada estrategia se describe en una carta descriptiva que contiene:

1. El objetivo de la técnica.
2. Las actividades preliminares.
3. La descripción del procedimiento para utilizar la técnica
4. Los materiales a utilizar
5. La duración aproximada de la técnica.

Tabla 5.  
Guía de procedimientos y técnicas dirigidas a los síntomas objetivo.

<b>SÍNTOMA OBJETIVO</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>NOMBRE DE LA TÉCNICA</b>
Manejo del Miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporcionando Información.</li> <li>▪ Expresión Emocional</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visita tu hospital.</li> <li>2. Dibuja tu miedo.</li> <li>3. Dibuja en tu silueta.</li> <li>4. Jugando al doctor.</li> <li>5. El miedo, mi señal amiga..</li> </ol>
Control del Dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación.</li> <li>▪ Imaginería.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un globo en mi pancita.</li> <li>2. Relajando el cuerpo.</li> <li>3. Eliminando el dolor I. Imaginería guiada.</li> <li>4. Eliminando el dolor II. Evocando un recuerdo agradable.</li> <li>5. Símbolos para el dolor.</li> </ol>
Conductas de cooperación y afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprendizaje por observación.</li> <li>▪ Distracción.</li> <li>▪ Preparación para el egreso hospitalario.</li> <li>▪ Narrativa.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hada mágica.</li> <li>2. Cambiando mi manera de pensar.</li> <li>3. Volteando los ojos hacia otro lugar.</li> <li>4. Mi robot.</li> <li>5. De vuelta a casa.</li> </ol>
Apoyo social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colaboración de padres.</li> <li>▪ Información.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cadena de favores.</li> <li>2. Folleto "Mi hijo en el hospital".</li> </ol>

## **A. TÉCNICAS ORIENTADAS AL CONTROL DEL MIEDO.**

El miedo en el paciente pediátrico, surge como respuesta a diversos factores que se encuentran implícitos en el proceso de enfermedad y de ingreso hospitalario, que lo alejan de su entorno habitual y familiar.

El ingreso al ambiente hospitalario, la convivencia con desconocidos, la falta de información y la anticipación a la presencia del dolor, provocan en el niño un aumento en los niveles de ansiedad y angustia.

La forma más común de reducir los niveles de ansiedad, angustia y miedo es proporcionar información acerca de lo que se desconoce y de esta forma aumentar al máximo la familiaridad entre el niño y el medio hospitalario. La información aumenta el sentido del control cognitivo sobre los acontecimientos y, disminuye el estrés que genera la experiencia hospitalaria. Además, fomentar la expresión emocional facilita al paciente identificar la situación que le provoca miedo, de tal forma que genere alternativas que le permitan reducir y controlar su propio miedo.

A continuación se presentan diversas cartas descriptivas utilizando ambas técnicas, que pretenden disminuir el miedo provocado por el ambiente hospitalario y los procedimientos médicos en pacientes pediátricos.

### **1. VISITA TU HOSPITAL.**

A continuación se presenta la técnica de “Visita tu hospital”. Se propone un recorrido previo al ingreso hospitalario con el objetivo de familiarizar al niño y dar a conocer las áreas a las que estará acudiendo durante su hospitalización. Se brindará información sobre las áreas y se aclararán dudas sobre las normas y funcionamiento del hospital.

A través de esta técnica, es posible brindar información sobre el proceso hospitalario, las sensaciones que experimentará, la enfermedad por la que será ingresado, el instrumental médico que verá y las conductas que se esperan de él durante su hospitalización. El uso de esta técnica permite reducir la incertidumbre y las falsas expectativas del niño sobre el lugar donde se encontrará durante el periodo de hospitalización.

## **“VISITA TU HOSPITAL”**

**Duración:** 20-30 minutos

- **Objetivos:**

- Qué el niño pueda realizar un recorrido hospitalario antes de su ingreso, con el fin de conocer las diferentes áreas y familiarizarse con el personal.
- Presentar al hospital como el primer paso hacia la recuperación, incrementando la comprensión del niño hacia el proceso hospitalario.
- Ayudar a eliminar falsas expectativas fomentando el control del entorno hospitalario.
- Proporcionar información para tratar de disminuir el temor y ansiedad que se agudizan durante un proceso de hospitalización a través de la información.

### **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

#### **1. Consideraciones Previas.**

Es necesario que la visita al hospital se lleve a cabo días antes del ingreso hospitalario y que acuda en compañía de sus padres. Verificar que tanto el niño como sus padres hayan sido informados por el personal médico sobre la enfermedad que ha derivado su ingreso hospitalario, el objetivo y la finalidad de los procedimientos médicos que se le realizarán, las sensaciones que experimentará y los aparatos con los que se va a encontrar.

#### **2. Para empezar.**

El instructor puede dar la bienvenida al hospital e iniciar con una breve presentación. Posteriormente por medio del juego y la improvisación puede involucrar al niño en la actividad “Ayúdame a descifrar qué actividades se hacen en cada lugar”. El niño podrá ayudar relacionando la columna que contenga la información que corresponda al área que se haga mención. Por medio de ésta actividad se busca que a través de la participación e interacción entre el instructor y el niño tenga conocimiento respecto a las actividades que se realizan en las diferentes áreas. El instructor puede proporcionar pequeñas pistas que ayuden al niño a clarificar sus ideas y visualizar las actividades que se llevan a cabo en cada área. De ésta forma se puede corregir la información que se presenta y crear formato correcto de “Ayúdame a descifrar qué actividades se hacen en cada lugar” que contenga la información adecuada.

Una vez que el niño tiene conocimiento respecto a las actividades que se realizan en las diferentes áreas, el instructor puede hacerle saber al niño que ahora se encuentra listo para iniciar la “Visita al Hospital”.

### **3. “Visita tu hospital”.**

Se debe considerar iniciar el recorrido con los espacios menos estresantes y finalizar en lugares considerados como altamente estresantes. El instructor brindará la información que considere necesaria de modo que ayude a prevenir y controlar los estados emocionales que se puedan generar.

El primer lugar para visitar, puede ser la “cafetería”. Aquí el instructor muestra el espacio y habla sobre los alimentos que se prepararán en éste lugar.

Posteriormente se puede continuar con el área de “Admisión”. El instructor puede explicar qué en ésta área se recibe a las personas que han sido citadas y las ordenes de los médicos para consultas subsecuentes de los pacientes, solicitudes de análisis de laboratorios o estudios de rayos X, solicitudes de consulta a los médicos especialistas de la propia clínica o de otras unidades. También se toman algunos datos que el médico podrá consultar una vez que el niño ingrese al hospital. Además se menciona que aquí conocerá a la enfermera que estará a cargo de él.

La siguiente sección para visitar será su “cuarto”. Se menciona que en éste lugar la enfermera será la encargada de su cuidado. Se le proporciona la ropa que deberá usar y se le explica el funcionamiento del cuarto por ejemplo: la cama, lugar para guardar sus cosas, baño, luces, T.V., etc. Se habla sobre las normas, conductas e indicaciones que debe de seguir una vez que ingrese al hospital. Es importante hacer énfasis sobre las actividades que podrá realizar y los objetos que podrá traer de su casa.

Se le pueden mostrar algunos materiales médicos de uso común, que pueden ayudarlo a familiarizarse con el ambiente hospitalario.

Se le menciona que durante su estancia en el hospital, va a tener que pasar por algunas pruebas de las cuales habrá oído hablar pero no sabe cómo se realizan y cuál es su función. Es por esta razón que a continuación se va a explicar en qué consisten algunas de ellas.

Se menciona que la siguiente área a visitar es la “unidad de rayos X”. El instructor brinda una explicación sobre el estudio que se realiza en éste lugar y habla sobre el proceso de realización de una radiografía. Además se comenta sobre algunas consideraciones que se deben tomar en cuenta al momento del estudio.



Puede ser de utilidad mostrar una radiografía para explicar el proceso que se sigue durante un estudio como éste.

Enseguida se dirige el recorrido hacia el “Laboratorio”. El instructor puede explicar las funciones de este lugar y dar algunos ejemplos de las pruebas que se llevan a cabo.

Posteriormente se acude a la “Sala de espera”. Es conveniente que el instructor haga ver qué en ésta área los pacientes aguardan mientras se realizan todos los trámites para su ingreso y también es un área en la cual los familiares esperan cuando el niño ingresa a cirugía o a estudios.

Ahora se dirige el recorrido hacia “Quirófano”. Es probable que ésta área no pueda ser vista hasta el día de la cirugía, por lo que únicamente se puede brindar información. El instructor puede mencionar que en éste lugar se llevan a cabo las intervenciones quirúrgicas que buscan mejorar la salud del paciente. Se habla sobre la atención que se recibe y el personal médico que labora en éste lugar. Asimismo se menciona que la duración de cada intervención quirúrgica dependerá de la complejidad de la misma. Se habla sobre el material médico que se encuentra en el quirófano y sobre los efectos del anestésico que se le administrará durante la cirugía.

Una vez que la operación haya finalizado, se te llevará a la “sala de recuperación”.

Ahora se dirige el recorrido hacia este lugar. En la esta sala la enfermera que estará a cargo de ti, además de confirmar la estabilidad de las constantes vitales, vigilara el pulso, temperatura y aguardará a que despiertes. Cuando estés totalmente despierto y no haya ninguna complicación pasaras de nuevo a piso y podrás estar en compañía de tu familia.

#### **4. Reflexión final “Visita tu hospital”.**

Al finalizar el recorrido, el instructor puede recordar junto con el niño los lugares que se visitaron. El instructor puede promover una reflexión sobre la manera en la que el niño está percibiendo el hospital, si hubo algún lugar que le causará miedo o que experimentará alguna sensación diferente y de qué forma cree le servirá la visita al Hospital. Posteriormente se puede invitar al niño para realizar un dibujo referente a los lugares que visitó. El día del ingreso se le puede pedir traer consigo el dibujo que realizo como una forma de recordar la preparación previa que se le brindó.

- **Indicaciones y contraindicaciones:**

- Será importante generar, desde un inicio, un ambiente de confianza dónde el niño logre comunicar sus dudas durante el recorrido.
- En cada área que se visite, se sugiere al instructor brindar al niño información sobre el funcionamiento de los espacios, los instrumentos médicos, las sensaciones que podrá experimentar, así como las conductas que se esperan de él, con el fin de reducir su ansiedad.
- Es necesario que el instructor anime al niño a realizar algún comentario respecto a lo que está observando.
- Es posible que el niño no quiera realizar el dibujo, por lo que se debe animar al paciente para realizar la actividad. En caso de no tener alguna respuesta se pedirá que lo realice en casa bajo la supervisión de los padres, pero sin interferir durante su ejecución.

- **Materiales:**

- ✓ Actividad “Ayúdame a descifrar qué actividades se hacen en cada lugar”.

## 2. DIBUJA TU MIEDO.

Se presenta la técnica “Dibuja tu miedo”. Ésta consiste en compartir anécdotas de la vida cotidiana y experiencias médicas que tanto al niño como al instructor les haya provocado miedo, para posteriormente realizar una representación gráfica que permita la expresión emocional de su miedo.

A través de la verbalización, el niño puede identificar la situación que le genera miedo, así como las conductas adecuadas para controlar y reducir su miedo.

### **“DIBUJA TU MIEDO”**

**Duración:** 20 – 30 minutos

- **Objetivos:**

- Qué el dibujo sea un medio a través del cual el niño pueda expresar fantasías y temores movilizados por la enfermedad y hospitalización.
- Lograr la verbalización de ansiedades generadas por procedimientos médicos.
- Utilizar la técnica de dibujo como una forma de brindar información.

### **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

#### **1. Consideraciones previas.**

El instructor debe tener conocimiento sobre el motivo de ingreso al hospital y los procedimientos médicos que le serán realizados al niño. Posteriormente se verifica que cuente con el estado de ánimo óptimo para las actividades. Se pide la participación del adulto que se encuentra acompañando al niño. Se menciona a los familiares no emitir ningún juicio respecto al dibujo que realizará el niño.

#### **2. Para empezar.**

El instructor podrá iniciar la actividad conversando sobre situaciones de su vida cotidiana que le causan temor. Se pueden compartir experiencias, anécdotas, detalles, etc., y todo aquello que ayude a la descripción del evento que causa miedo. Después, el instructor puede mencionar sobre las situaciones médicas que ha tenido que vivir y que le han causado temor. Posteriormente, se le

puede pedir al niño compartir las cosas que fuera del hospital le causan miedo. Después se puede dirigir la situación hacia los eventos del ambiente hospitalario. Puede ser de utilidad realizar una clasificación sobre los miedos que se manifiestan.

### **3. *Dibuja tu miedo.***

Una vez que el niño ha referido el miedo a situaciones y a eventos específicos, se le motivará para llevar a cabo la actividad “Dibuja tu miedo”. Se realizará un dibujo en el cuál pueda expresar su más grande temor.

### **4. *Reflexión final y cierre.***

Al finalizar la actividad “Dibuja tu miedo”, el instructor podrá promover una reflexión sobre lo que se dibujó con base a preguntas que hagan alusión a su sentir, a lo que imaginó y todo aquello que permita favorecer la expresión de fantasías, creencias, etc., generados por el ambiente hospitalario.

Se puede preguntar sobre los síntomas que presentaba el niño antes de llegar al hospital, explicando que éstos eran indicadores para el doctor de que alguna parte de su cuerpo no estaba trabajando tan bien como debiera. Tranquilice al niño acerca de que nadie es responsable de su padecimiento.

#### **• Indicaciones y contraindicaciones:**

- Es necesario que en todo momento el instructor propicie un ambiente de confianza en donde el niño se sienta cómodo para expresarse. Se debe dejar al niño trabajar libremente y sin ninguna presión.
- En caso de no querer participar en la actividad “Dibuja tu miedo”, se puede motivar para establecer una conversación dónde se toquen algunos de los puntos que fueron considerados en el dibujo.
- Si durante la realización del dibujo surgen preguntas respecto a la forma en la que debe ser realizado, se debe dar la oportunidad al niño para que decida cómo lo realizará.
- Cuando el instructor realice preguntas referentes al dibujo realizado, deberá tomar en cuenta cada una de las respuestas que el niño da, así como las verbalizaciones hechas durante la realización del dibujo.
- Si el niño realiza un dibujo diferente a la indicación que se le dio en un inicio, se debe dejar que éste termine y posteriormente se deberá reiterar la indicación. En caso de observar resistencia para realizar el dibujo original se debe dar como máximo 2 intentos más. Si no, se dejarán las hojas para que el niño retome posteriormente la actividad.
- Es importante que durante la conversación que se establece entre el niño y el instructor, éste último lleve a cabo una retroalimentación sobre la participación del niño durante la actividad de “Dibuja tu miedo”. Todo esto

con base a las respuestas que el niño ha proporcionado.

- Es importante que el instructor realice preguntas tácticas que ayuden a esclarecer el tipo de información que maneja el niño así como ayudar a despejar las dudas generadas hasta ese momento.
- Si al finalizar la actividad “Dibuja tu miedo” el niño tiene dudas referentes a lo que le será realizado, es conveniente llevar a cabo una lista de las preguntas que tenga el niño y posteriormente hacérselas llegar al médico para que sea él quien proporciona información precisa.
- Es necesario adecuar la técnica a las características y condiciones del niño.

- **Materiales:**

- ✓ Hojas blancas.
- ✓ Lápiz.
- ✓ Goma.
- ✓ Sacapuntas.
- ✓ Papel bond blanco.
- ✓ Plumones de colores.

### 3. DIBUJA EN TU SILUETA.

El uso de esta técnica permitirá identificar el área del cuerpo del niño que será intervenida, tamaño y forma de su cicatriz, dándole la oportunidad de expresar gráficamente sus pensamientos y fantasías respecto a su cirugía. A través de esta técnica se puede aclarar las ideas erróneas implicadas en el proceso quirúrgico, brindando información precisa al respecto.

#### **“DIBUJA EN TÚ SILUETA”**

**Duración:** 20 – 30 minutos

- **Objetivos:**

- Dar la oportunidad al niño de explicar la razón por la que se encuentra en el hospital, el lugar dónde será intervenido, así como el tamaño de la cicatriz.
- Permitir al niño expresar dudas, temores o fantasías durante la actividad.
- Desmentir las falsas creencias proporcionando información clara y precisa con la ayuda del personal médico.

#### **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

##### **1. Consideraciones previas.**

Es importante que el instructor tenga conocimiento sobre el padecimiento actual del niño y de los procedimientos médicos que le serán realizados. Se debe verificar que el niño no se encuentre limitado en el movimiento. Pedir la participación del familiar que se encuentra a su cuidado.

##### **2. Para empezar.**

Se puede iniciar un diálogo para explicar brevemente la razón por la cual la luz reflejada en los objetos genera una sombra y al contorno de ésta se le llama silueta. Posteriormente se puede iniciar un juego el que se realicen figuras con las manos y las sombras reflejadas en la pared dibujen las sombras. Puede ser útil representar un conejo con las manos, un ave, etc.

### **3. *Dibuja tu silueta.***

Ahora que el niño conoce cómo se forman las sombras, se puede pedir que participe en la actividad “Dibuja tu silueta”.

Se trata de que el niño se coloque de espaldas al papel bond que se puso en la pared, para que el familiar proceda a dibujar el contorno de su silueta. Se le pide señalar y dibujar el área de su cuerpo que será intervenida, el tamaño y forma que imagina tendrá la herida. Al finalizar el dibujo, el instructor deberá explorar las razones por las cuales el niño imagina de esa forma su intervención.

Después de determinar qué tanto entiende el niño el procedimiento que le será realizado, se podrá brindar una explicación que ayude a disipar dudas o aclarar falsas ideas.

### **4. *Reflexión final y cierre.***

Al finalizar la actividad “Dibuja tu silueta”, el instructor podrá promover una reflexión que haga ver a la hospitalización y a los procedimientos médicos como procesos reconstructivos y de curación para mejorar su salud. Durante la reflexión se pueden tocar algunos puntos sobre su enfermedad, la operación que le van a realizar, tamaño de la herida y cicatriz, etc. Y todo aquello que permita al niño asimilar su situación actual. Se le debe asegurar que ninguna otra parte de su cuerpo se tocará.

El instructor debe eliminar las falsas creencias promoviendo la generación de dudas y proporcionando la información que se considere necesaria.

- **Indicaciones y contraindicaciones:**

- Es necesario que en todo momento el instructor propicie un ambiente de confianza en donde el niño se sienta cómodo para expresarse.
- Puede ser de utilidad llevar a cabo una lista de las preguntas que tenga el niño y posteriormente hacérselas llegar al médico para que sea él quien proporcione información precisa.
- En caso de no querer participar en la actividad “Dibuja tu silueta”, se puede motivar para establecer una conversación en donde se toquen algunos de los puntos que fueron considerados en el dibujo.
- Se debe propiciar que durante el dibujo de la silueta puedan interactuar el niño y su familiar como una forma de que ambos puedan aclarar dudas.
- El instructor debe hacer uso de cualquier técnica que le permita al niño explicar verbalmente y gráficamente lo que está sucediendo con él.

- **Materiales:**

- ✓ Hojas blancas.
- ✓ Lápiz.
- ✓ Goma.
- ✓ Sacapuntas.
- ✓ Papel bond blanco.
- ✓ Plumones de colores.



## 4. JUGANDO AL DOCTOR.

Con esta técnica se busca familiarizar al niño y su familia con el instrumental y situaciones médicas que se puedan presentar durante la hospitalización, logrando disminuir la percepción del miedo hacia el material médico.

También esta técnica permite detectar el grado de comprensión del niño ante procedimientos médicos, favorece la adquisición de habilidades, la formulación de preguntas y la aclaración de dudas respecto a los procedimientos médicos.

### **“JUGANDO AL DOCTOR”**

**Duración:** 20-30 minutos

- **Objetivos:**

- Promover que el padre de familia participe junto con su hijo en la realización de actividades lúdicas.
- Propiciar que la actividad “Jugando al Doctor” constituya una forma de comunicación entre el niño y su mamá (o papá).
- Se busca que las actividades lúdicas permitan al niño entender su enfermedad, procedimientos y tratamiento al que será sometido.
- Aclarar los malentendidos y fantasías que pueda tener el niño respecto a los procedimientos médicos.
- Favorecer la comunicación, cooperación, expresión de sentimientos y pensamientos, transformando el proceso de hospitalización en una experiencia positiva.
- Facilitar la elaboración y aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaces.

### **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

#### **1. Para empezar.**

Se iniciará con una breve presentación si es la primera vez que se tiene contacto con el niño. Si ya se conoce, se iniciará con una conversación donde se toquen temas como los amigos, juegos preferidos, con quien acostumbra jugar, etc. se creará un ambiente propicio para la interacción entre el familiar y el niño.

Posteriormente, el instructor proporcionará al familiar el maletín médico el cual contiene materiales que serán útiles durante la actividad “Juguemos al Doctor”.

## **2. Lectura de sugerencias.**

Se proporcionará una copia sobre “Sugerencia de actividades de juego médico”. Posteriormente el instructor pide la participación del familiar y se discute sobre aquellas actividades que se pueden desarrollar durante “Juguemos al Doctor”. Se debe mencionar que el acudir al hospital constituye el primer paso para recuperar la salud.

## **3. Reflexión de actividades.**

El instructor brinda una explicación sobre el beneficio y la importancia de realizar actividades lúdicas en espacios hospitalarios. Se le pide al familiar que se involucre durante la actividad y se le anima para utilizar el material de su maletín médico. Es importante mencionar que durante el juego se puede hacer uso de cualquier actividad que permita recrear situaciones médicas de importancia, fomentando la expresión de emociones y dudas. Se puede considerar durante el juego hacer uso de frases que infundan valor al niño. El instructor debe hacer énfasis en la importancia de la improvisación, imaginación y creatividad durante las actividades.

- Se puede animar al niño para que administre una inyección al muñeco. Usted podrá fingir llanto u otra expresión de dolor, para que el niño vea que el llanto está permitido.
- De igual forma puede crear un diálogo en donde pregunte y explique por qué son necesarias las inyecciones y después responder a sus propias preguntas a fin de poner de manifiesto algunas de las fantasías del niño.
- En todo momento se debe estimular la creatividad del niño además de favorecer que se familiarice con el material médico que se utilizara con él.

A continuación se muestra un ejemplo del diálogo que usted puede desarrollar durante la actividad “Juguemos al Doctor”.

*Muñeco:* “¡Hay, cómo duele! ¿Por qué me han de poner estas horribles inyecciones?...”

*Enfermera:* “Ya sé que te duele. Ayúdame quedándote quietecito a fin de que termine pronto”.

*Muñeco:* “ No me quiero que me piques, me voy a portar bien”.

*Enfermera:* ¿A poco crees que esto es un castigo? Te voy a decir lo por qué te estamos inyectando. ¿Sabes que hay en la jeringa?

*Muñeco:* No, no lo sé (finge que llora).

*Enfermera:* “Bueno pues esta jeringa contiene un medicamento que ayudará a que tú te sientas mejor”.

Durante el curso de la actividad es vital que usted logre establecer un diálogo con el niño, de forma que le permita saber ¿Qué procedimiento le va a realizar al muñeco?, ¿Qué estudios le harán?, ¿De qué tamaño será la cicatriz que tendrá?, ¿Cómo se siente el muñeco al cual se le está practicando el procedimiento?, ¿Qué es lo que más le molesta en este momento?, ¿Qué le podría decir para que no le duela tanto?, etc.

De igual manera se pueden plantear preguntas dirigidas hacia la enfermedad del niño y los procedimientos que se le efectuarán.

#### **4. Reflexión final y cierre.**

Verificar si durante la actividad “Juguemos al Doctor” le fue fácil al familiar adaptarse en la dinámica o de lo contrario imposibilitó su interacción.

Indagar en qué situaciones cree puede beneficiar la actividad “Juguemos al Doctor” y de qué forma puede beneficiar al niño.

El instructor realizará el cierre de la actividad retomando las funciones que cumple el juego durante la niñez y cuál es el beneficio que se obtiene al practicar actividades como éstas en el medio hospitalario.

Se destacará la importancia de la participación familiar durante actividades que permitan la interacción entre el niño y su familia. Es fundamental mencionar al familiar que cuanto más informado se encuentre sobre el curso de la enfermedad y de los procedimientos que se realizarán en el niño, podrá desempeñar un mejor papel como transmisor de la información además de poder fomentar la cooperación del niño.

#### **• Indicaciones y contraindicaciones:**

- Es necesario que durante la actividad lúdica, el familiar anime al niño a realizar algún comentario que él crea conveniente y que pueda complementar el juego.
- Una vez que se hace uso del maletín médico, es conveniente mostrar al niño cada uno de los instrumentos de los que dispone. Es muy importante permitirle que los toque y que los pueda manipular, además de permitirle que realice preguntas sobre el uso y función del material.
- Es de gran utilidad que durante el juego usted realice preguntas acerca del procedimiento médico que se le va a realizar al niño, de esta manera tendrá oportunidad de ver qué tipo de información maneja el niño y si es necesario

solicitar apoyo del personal de salud.

- Debe tener la confianza (o) de que su participación beneficiará el entendimiento por parte del niño de la situación hospitalaria.
- Es posible que “Juguemos al Doctor” precipite ansiedades o temores a ciertas situaciones, por lo que se le debe calmar y asegurarle que nada malo le sucederá, que se encuentra en buenas manos y que no hay nada que temer porque usted permanecerá con él.
- Es necesario adecuar la técnica a las necesidades individuales de cada persona.

- **Materiales:**

- ✓ Maletín Médico.
- ✓ Vendas
- ✓ Gasas.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Mascarillas.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Cajas de medicinas.
- ✓ Bata.
- ✓ Hoja de “Sugerencias de actividades de juego médico”.

## 5. EL MIEDO. MI SEÑAL AMIGA.

Con esta técnica se busca que el niño identifique al miedo como un sentimiento normal en su proceso de hospitalización. A través de la identificación de los principales miedos hospitalarios, el niño buscará en su interior recursos que le permitirán hacerle frente a nivel cognitivo y/o conductual.

Identificar al miedo como una señal positiva, fomentara un sentimiento de autocontrol y seguridad, aumentando de esta forma la autoestima del paciente hospitalizado.

### “EL MIEDO, MI SEÑAL AMIGA.”

**Duración:** 15 – 20 minutos

- **Objetivos:**

- Que los niños identifiquen su miedo.
- Que los niños visualicen su miedo como algo que es posible controlar.
- Que los niños aprendan tácticas efectivas que les permitirá controlar y disminuir su propio miedo.

### DESARROLLO DE LA TÉCNICA

#### **1. Para empezar**

El instructor iniciará la actividad platicando sobre cómo han vivido los días dentro del hospital. Es importante que la conversación se dirija hacia los aspectos que menos le han gustado al niño sobre su estancia en el hospital.

#### **2. Conociéndome a mí mismo y a mi señal amiga.**

El instructor deberá explicar al niño que tener miedo no es algo malo, ni tonto ni ridículo; al contrario, es bueno y sirve para advertirnos de algo. Sin embargo, el no conocer o identificar los aspectos que generan nuestro miedo no nos permite trabajar con él como un equipo.

Por tal motivo es importante que lo identifiquemos y busquemos la mejor manera de convertirlo en parte de nuestro equipo.

De esta forma, el instructor pedirá al niño enumerar los aspectos dentro del hospital que le generen miedo. Esta lista se ordenará de lo menos atemorizante a lo más atemorizante. El instructor se enfocará en el miedo que el niño haya clasificado como el más atemorizante. Se usará la hoja de apoyo “Mi señal amiga” para realizar esta actividad. En esta sección el instructor se enfocará a dar respuesta sólo a las primeras 4 preguntas.

### **3. Soy un niño valiente.**

El instructor deberá aclarar al niño que un valiente no es el que no tiene miedo, sino el que, aún teniendo algo de miedo, se enfrenta a él con distintas armas y poderes.

Con esta frase en mente, se trabajará en una lluvia de ideas para encontrar otras opciones para afrontar el miedo más atemorizante para el niño (Pregunta 5 de la hoja “Mi señal amiga”).

### **4. Reflexión final.**

El miedo es una señal que nos advierte que algo está pasando. Hay que trabajar con esta señal para beneficio nuestro. Ahora que sabes cuál es tu principal miedo y que sabes qué puedes hacer para manejarlo, deberás ponerlo en práctica.

El instructor deberá explicar al niño que es importante convertir a sus miedos como integrantes de su equipo. Con su ayuda, podrá vencer a la enfermedad que lo llevó al hospital.

#### **• Indicaciones y Contraindicaciones:**

- Se sugiere haber tenido una conversación previa con los papás para averiguar si hay alguna situación en particular que le genere miedo al niño. En caso de existir un miedo específico, la aplicación de esta técnica deberá orientarse a generar tácticas que le permitan al niño disminuir ese miedo.
- El instructor podrá hacer sugerencias de lo que podría hacer el niño ante su miedo; sin embargo lo más recomendable es que la solución alternativa ante el miedo surja del propio niño.

#### **• Materiales:**

- ✓ Hoja de apoyo “Mi señal amiga”.

## “MI SEÑAL AMIGA”

1) Me da miedo lo siguiente: \_\_\_\_\_

2) Cuando tengo miedo ¿Qué es lo primero que pienso? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Cuando tengo miedo ¿Qué es lo que siento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Cuando tengo miedo ¿Qué es lo que normalmente hago? \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

5) ¿Cómo enfrentaría su miedo.....? (un súper héroe o alguien a quien admire mucho) \_\_\_\_\_

## DIPLOMA CAZADOR DE MIEDOS.

Como una forma de fortalecer las habilidades que el niño aprendió para manejar su miedo, la terapia narrativa propone entregar al niño un reconocimiento que le haga sentir que ya externalizó y dominó el miedo que le impedía colaborar en su proceso de recuperación de la salud.



 ¡Colorea tu título como quieras!



## **B. TÉCNICAS ORIENTADAS AL CONTROL DEL DOLOR.**

El dolor es un mecanismo que nos pone sobre aviso de la existencia de una lesión o enfermedad corporal. Entre los numerosos factores psicológicos que pueden afectar al dolor destacan los pensamientos y emociones que pueden influir directamente sobre las respuestas fisiológicas; así por ejemplo, los pensamientos estresantes pueden conducir al dolor en las partes del cuerpo que son vulnerables.

Los factores psicológicos afectan también al enfrentamiento del dolor, con aspectos como los sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor, o las interacciones con otras personas que pueden reforzarlo. Aunque no suele aliviarse completamente en algunos pacientes, en la mayoría de ellos el dolor puede controlarse eficazmente empleando alternativas de origen psicológico que puedan contrarrestar los desagradables efectos del dolor. Destacan las técnicas distractoras, el uso de la imaginación y el entrenamiento en relajación-respiración, considerados elementos terapéuticos esenciales para aliviar el dolor y reducir la ansiedad.

La distracción es una técnica cognitiva que consiste en retirar la atención de la fuente de dolor y dirigirla a otro tipo de estimulación. Se encuentra implicada en diversos procedimientos psicológicos, bien porque el niño está inmerso en la fantasía, porque debe atender al ritmo de su respiración o porque concentra su atención en una actividad atractiva.

Por su parte, la imaginería es un proceso que desarrolla relajación y una serie de imágenes mentales que ocurren espontáneamente, pero pueden ser practicadas formalmente y crear estados psicológicos placenteros y cambios fisiológicos a partir de la influencia afectiva. Con el uso de la imaginación se pretende que el niño focalice su atención en imágenes sugerentes, relajantes, de gran fuerza emotiva y que no se concentre en estímulos que le producen ansiedad.

De igual forma, la relajación permitirá que el paciente focalice su atención en las tareas de relajación, lo que lo hace incompatible con la atención a la experiencia del dolor, resultando beneficioso para el sujeto. La importancia de las técnicas de relajación no reside en ellas mismas, si no en la aplicación que se haga de ellas. Estas técnicas son medios para alcanzar un objetivo fundamental, es decir, dotar al paciente de la habilidad para hacer frente a situaciones que le están produciendo tensión o ansiedad.

A continuación se presentan diversas cartas descriptivas utilizando estas técnicas, que pretenden disminuir el dolor asociado a los procedimientos médicos en pacientes pediátricos.

## 1. UN GLOBO EN MI PANCITA.

Con esta técnica se fomenta el uso de la respiración y la imaginación como un recurso para disminuir las sensaciones dolorosas.

La respiración profunda favorecerá la vasodilatación y la relajación muscular; por su parte, la imaginación permite distraer la atención del niño durante un evento doloroso hacia una imagen agradable y relajante. La combinación de ambas técnicas facilita la manipulación del paciente y la administración de medicamentos y tratamientos.

### **UN GLOBO EN MI PANCITA**

**Duración:** 20 – 30 minutos

- **Objetivos:**

- Enseñar a los pacientes una forma de relajación para dotarle de habilidades y hacer frente a las situaciones que le estén provocando tensión, dolor o ansiedad.
- Hacer que el niño participe durante la actividad haciendo uso de su imaginación.
- El uso de esta técnica permitirá al niño entender que puede controlar diferentes respuestas fisiológicas que le ayudarán a disminuir la tensión, el dolor y la ansiedad.

### **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

#### **1. Para empezar.**

Se iniciará comentando sobre lo que ha hecho el niño en sus días en el hospital, explorando los sentimientos y emociones que ha experimentado hasta el momento.

## **2. Preparación del ambiente.**

Asegurarse que el niño se encuentre alerta y con disponibilidad para atender las indicaciones.

Buscar un momento donde no se tengan interrupciones y que no se interfiera con los pases de revisión médica.

## **3. Juego “Un globo en mi pancita”**

Para la implementación de esta técnica se sugiere que el niño se encuentre sentado sobre su cama o sobre un sillón cómodo.

El instructor deberá hacer uso de sus habilidades en juego, expresión corporal e interacción con el niño durante el desarrollo de la actividad. Se puede pedir al niño que mencione su color preferido y después que imagine que su pancita es un globo del color que mencionó y que cada que respira su pancita se infla y cambia de color. Se podrán hacer gestos y ademanes graciosos al momento de inflar y desinflar los globos, etc.

El juego consiste en imaginar un globo en el interior del abdomen, el cual se puede inflar y desinflar cuando uno quiera.

Para inflar se debe pedir al niño aspirar el aire por la nariz lentamente y llenar el globo lo más que pueda en unos segundos 1...2...3...4...5...

Deberá contener el aire en el interior del „globo’ por unos segundos 1...2...3...4...5...

Para desinflar el globo, se le pedirá sacar el aire por la boca 1...2...3...4...5, lo deberá hacer de forma lenta y pausada.

En caso de que se le dificulte al niño expirar lentamente, el instructor podrá hacer uso de un pañuelo, el cual pondrá frente a la cara del niño y éste deberá repetir el ejercicio y evitar que el pañuelo se mueva cuando saque el aire. Repetir el ejercicio 5 veces o hasta que el niño se sienta totalmente relajado.

## **4. ¡¡Vamos a imaginar!!**

Una vez que el niño domina la técnica de respiración, se debe cambiar la posición (por ejemplo acostado en su cama) para simular alguna situación donde pueda requerir el uso de esta técnica como la administración de procedimientos dolorosos (punción lumbar, administración de medicamentos vía intramuscular, etc.).

Preguntar al niño si conoce los procedimientos que le estarán efectuando en el transcurso de su hospitalización, ¿En qué consisten?, ¿Para qué son?, ¿Cómo lo hacen?, etc.

Pedir al niño adoptar una posición similar a la del procedimiento que se le realizará y pedir que comience a concentrarse en su respiración. Permitir al niño realizar entre 5 y 10 repeticiones.

Mientras realizas tus ejercicios, te voy a pedir poner toda tu atención en mi voz:

Cierra tus ojos...imagina que estas en un jardín muy grande, observa todos los colores que pintan ese jardín... visualiza los árboles y arbustos que se encuentran en él...tú te encuentras acostado en el pasto debajo de una cálida sombra...siente el fresco y esponjoso pasto bajo tu cuerpo relajado...empiezas a percibir el olor de la hierba y de las flores a tu alrededor...escucha los pajaritos cantar...siente el viento soplar en tu cara...como una tierna caricia...

Ahora vamos a despedirnos de esa hermosa vista y vamos a regresar al lugar donde nos encontramos... tu habitación en el hospital... cuenta lentamente uno... dos... tres..., estamos tu mami y yo acompañándote...cuenta lentamente cuatro... cinco... seis... y, cuando quieras abre lentamente tus ojitos”.

##### **5. Reflexión final y cierre.**

Se debe preguntar al niño, ¿Cómo te sentiste?, ¿Pudiste visualizar el hermoso jardín?, ¿Hubo alguna frase en especial que te ayudara o dificultara la imaginación del jardín?, ¿Cómo crees que estos ejercicios puedan ayudarte?”.

El niño puede crear su propia escena con un lugar en especial donde pueda sentirse seguro. Es conveniente que la madre apoye al niño y ayude a enriquecer las escenas que el niño desee.

Fomentar la repetición de los ejercicios durante el día e impulsar el uso de esta técnica como técnica de afrontamiento. Es necesario hablar con el paciente sobre la importancia de estar relajado al momento de ser sometido a algún tratamiento doloroso. Estar relajado ayudará a que sea más fácil de administrar el tratamiento y será menos doloroso para él.

##### **• Indicaciones y Contraindicaciones:**

- Una limitación importante para este ejercicio puede radicar en la timidez del paciente. Por ello será importante generar, desde un inicio, un ambiente de confianza donde el niño logre cooperar ante las instrucciones que impone el

ejercicio. Se recomienda que la mamá del paciente sea quien realice el ejercicio con el paciente.

- Antes de invitar al niño a participar en esta actividad es importante revisar el historial clínico con el fin de revisar que no presente alguna de las siguientes características:
  - × Enfermedades físicas graves.
  - × Heridas y tensiones musculares.
  - × Operaciones recientes.
  - × Desmayos.
  - × Ataques epilépticos.
  - × Trastornos o tratamiento psiquiátrico.

- **Materiales:**

- ✓ Pañuelo.

## 2. RELAJANDO EL CUERPO.

Esta técnica se enfoca a la distensión gradual de los músculos del cuerpo del niño brindándole tranquilidad y permitiéndole sobrellevar más fácilmente la ansiedad y el dolor experimentado.

### RELAJANDO EL CUERPO.

**Duración:** 20 minutos

- **Objetivo:**

- Enseñar al niño una forma de relajación que ayude a controlar su estado de ansiedad.

### DESARROLLO DE LA TÉCNICA

#### **1. Para empezar.**

Se iniciará comentando sobre lo que ha hecho el niño durante los días de estancia en el hospital, explorando los sentimientos y emociones que ha experimentado hasta el momento.

#### **2. Preparación del ambiente.**

Asegurarse que el niño se encuentre alerta y con disponibilidad para atender las indicaciones. Buscar un momento donde no se tengan interrupciones y que no se interfiera con los pases de revisión médica.

Permitir al niño elegir la posición que le sea lo más cómoda posible, puede ser acostado o sentado. Pedir al niño escuchar las frases que se estarán mencionando, si es de su elección podrá permanecer con los ojos cerrados.

#### **3. Técnica de relajación autógena.**

El instructor deberá leer la lista de frases de Relajación Autógena. Deberá emplear un tono de voz calmado, hablar despacio y además mostrarse relajado. Es importante remarcar las palabras: tranquilidad, pesadez y calor. Lea las frases despacio y repítalas cuantas veces sea necesario.

Se hará énfasis en las diferentes frases propuestas dándoles un sentido rítmico y monótono intentando que la mente del niño se centre exclusivamente en la voz.

### LISTA DE FRASES.

- 1.- Me siento bastante tranquilo
- 2.- Estoy empezando a sentirme relajado...
- 3.- Siento mis pies pesados y relajados...
- 4.- Siento mis tobillos, rodillas y cintura pesadas, relajadas, cómodas
- 5.- Siento mi pecho, mi estómago flojito...relajado...tranquilo
- 6.- Siento mis manos, brazos y hombros pesados, relajados y muy cómodos
- 7.- Siento mi cuello, mi boca y mi frente cómodos y suavecitos
- 8.- Estoy bastante relajado... como un muñequito de trapo, flojito... suavecito,...guanguito...
- 9.- Siento todo mi cuerpo pesado, cómodo, relajado...
- 10.- Estoy bastante relajado...
- 11.- Mis brazos y mis manos están pesados y calientes...
- 12.- Me siento bastante tranquilo...
- 13.- Todo mi cuerpo está relajado...
- 14.- Mis manos están calientitas...
- 15.- El calor llega a mis manos, están bien calientitas...
- 16.- Mis manos están calientes, relajadas y calientes...
- 17.- Continúo sintiendo mis manos calientitas...calientitas...
- 18.- Siento mi cuerpo tranquilito, cómodo y relajado...
- 19.- Mi mente está tranquila...
- 20.- Aparto mis pensamientos y sólo me quedo calmado y tranquilo...
- 21.- Me concentro en mis sensaciones de tranquilidad, de paz...
- 22.- Se que estoy atento a las señales de mi alrededor pero me siento tranquilo...
- 23.- Mi mente está tranquila...
- 24.- Siento tranquilidad dentro de mi...
- 25.- Sigo disfrutando de estas sensaciones en mi cuerpo y en mi mente...
- 26.- Este ejercicio está por terminar, el cuerpo completito se reactiva con una respiración profunda como ustedes ya la saben hacer...
- 27.- Siento mucha energía y vida que recorre mi cuerpo...
- 28.- Mis piernas, mi cintura, mi estómago, mi pecho, manos, brazos, hombros, cuello y toda mi cara, mi cabeza...
- 29.- La energía me hace sentir ligero y lleno de vida...
- 30.- Voy a contar de 3 a 0 y al llegar a 0 podrás abrir lentamente los ojos.  
3...2...1...0.
- 31.- Si lo necesitas puedes estirarte

#### **4. Reflexión final y cierre.**

Indagar si al niño le fue fácil relajarse, si experimentó alguna sensación diferente o se durmió, si hubo alguna frase que le haya ayudado especialmente o por el contrario le haya dificultado la relajación. Se debe enfatizar que las reacciones generadas durante esta actividad son normales.

Antes de finalizar la sesión, pedir al niño que mencione algunos de los beneficios que podría traerle la práctica de estos ejercicios durante su proceso hospitalario. El instructor deberá reforzar la importancia de estar tranquilos para combatir el miedo o simplemente para tomar decisiones. Estar relajado al momento de ser sometido a algún tratamiento doloroso ayudará a que sea más fácil de administrar el tratamiento y será menos doloroso para él.

- **Indicaciones y contraindicaciones:**

- Antes de iniciar el ejercicio, es conveniente mencionar al niño que puede interrumpir el procedimiento si lo desea, pero que en todo momento debe poner mucha atención a todas las indicaciones que se le dan.
- Observar muy atentamente las reacciones fisiológicas y emocionales del niño.
- Es probable que durante la actividad de relajación, el niño consiga llegar a un estado de tranquilidad y tienda a dormir, sin embargo esta situación no debe tomarnos por sorpresa. Se intentará hablar más cerca de él, llamarlo por su nombre y elevar el volumen de la voz, si no funciona, entonces se le puede mencionar que se tocará alguna parte de su cuerpo a fin de que esto le ayude a recobrar la conciencia del lugar donde se encuentra.
- Al finalizar la sesión, se debe tomar en cuenta que el niño no podrá realizar rápidamente actividades que requieran un esfuerzo físico, por lo que se recomendará descansar e ir recuperando el vigor con leves movimientos.
- Se sugiere que este ejercicio se lleve a cabo durante la tarde o cuando ya no se tengan más actividades que realizar durante el día.

- **Materiales:**

- ✓ Lista de frases “Relajación Autógena”.



### 3. ELIMINANDO EL DOLOR: I. IMAGINERÍA GUIADA.

Eliminando el dolor es una técnica que utiliza la imagería guiada para reducir sensaciones de dolor producto de la enfermedad o de los procedimientos médicos. A través del uso de la imaginación y de la activación de los sentidos, se favorece la creación de diferentes situaciones, momentos y estados que generan en el organismo una sensación de bienestar.

En esta técnica, el niño observa mentalmente su proceso de curación, eliminando su dolor y favoreciendo su reincorporación a la vida cotidiana.

#### ELIMINADO EL DOLOR: I. IMAGINARÍA GUIADA.

**Duración:** 20 minutos

- **Objetivo:**

- Aliviar la sensación de dolor que se experimenta a través de la generación de imágenes que produzcan en el organismo una sensación de bienestar.

#### DESARROLLO DE LA TÉCNICA

##### 1. *Preparación del ambiente.*

Asegurarse que el niño se encuentre alerta y con disponibilidad para atender las indicaciones.

##### 2. *Para empezar.*

Se iniciará pidiendo al niño describir minuciosamente la forma en que percibe el dolor y en qué áreas de su cuerpo lo percibe.

##### 3. *Usando la imaginación.*

El instructor deberá leer la actividad correspondiente a “usando la imaginación”. Se le pide al niño permanecer con los ojos cerrados a fin de que pueda imaginar la escena que se va a recrear.

## **“USANDO LA IMAGINACIÓN”**

Quiero que imagines que estas recostado sobre el pasto, son las doce del día y hace un calor agradable. ¿Ya lo imaginaste?... Siente como el aire toca tu rostro y despeina tu cabello, escucha el canto de los pájaros y el ruido a tu alrededor.

Tomate un momento y observa el azul intenso del cielo... mira como se mueven las nubes y toman formas diferentes, ¿Las puedes ver?...

Siente sobre tu cuerpo los resplandorosos rayos del sol... levántate y trata de alcanzar uno de ellos... ¿Ya lo tienes? Ahora quiero que observes su aspecto, si es largo o corto, ancho o delgado, si es ligero o pesado... quiero que sientas sobre tus manos el calor que te produce... Este rayo de sol, tiene la cualidad de aliviar (Repetir la descripción que el niño realizó sobre el dolor). Por esta razón lo vas a colocar sobre las áreas de tu cuerpo que más te duelen... ¿Ya lo hiciste? Al principio vas a sentir una pesadez sobre tu cuerpo, pero pronto te será familiar....

Quiero que respires y sientas como el calor del rayo de sol avanza lentamente sobre tu cuerpo. Observa como ese calor pinta de colores tu cuerpo, ¿Qué tal se siente?..., Primero pasa a ser de color “Naranja”. Este color representa la pérdida de salud que has tenido y el proceso de hospitalización por el que estas aquí.

Deja por unos momentos que el color “Naranja” se quede en ti... lentamente trata de expulsarlo y que salga de tu cuerpo.

Ahora nuevamente respira... y nota que el calor ha hecho que tu cuerpo cambie al color “Rojo”. Este color representa las heridas y las marcas que en otro tiempo pusieron en riesgo tu vida.

Deja por unos momentos que este color se quede en ti... ahora lentamente haz que salga de tu cuerpo para dejar de tener la sensación de dolor y pesadez.

Nuevamente el calor que te proporcionó el rayo de sol, quiere seguir cambiando tu condición y esta pintando de “Verde” tu cuerpo. Observa cómo este color ha hecho que la expresión de tu cara, gestos y movimientos cambien, porque te sientes muy bien, como te quieres sentir. Ahora tu cuerpo se ha liberado de cualquier molestia, de cualquier tensión porque cuando las heridas sanan, la cicatriz queda como un recuerdo, ya sin dolor de esos momentos difíciles.

Respira profundamente y deja que el color “Verde” te siga llenando de vida, de energía y de tranquilidad, porque este cambio que ya se inició continua durante el día y durante la noche con cada respiración que tú realices. Desde ahora en adelante, cada vez que sientas alguna molestia, imagina que tienes en tus manos el rayo de sol que llena tu cuerpo de color, guarda dentro de ti todas las ricas sensaciones que tienes en este momento y cuando estés listo puedes

comenzar a abrir los ojos lentamente.

#### **4. Reflexión final y cierre.**

Indagar si al niño le fue fácil imaginar su cuerpo lleno de color, si la sensación de dolor fue desapareciendo a medida que el calor avanzó sobre su cuerpo, si hubo alguna frase que le haya ayudado especialmente a la transformación de dolor en tranquilidad.

Se debe reforzar la importancia de estar permanecer tranquilos para eliminar el dolor. Se debe enfatizar que las reacciones generadas durante esta actividad son normales.

Antes de finalizar la sesión, pedir al niño que mencione algunos de los beneficios que podría traerle la práctica de estos ejercicios durante su proceso hospitalario. El instructor deberá reforzar la importancia de generar escenas agradables para el control de sensaciones de dolor.

#### **• Indicaciones y contraindicaciones:**

- Es conveniente mencionar al niño que puede interrumpir la actividad si lo desea, pero que en todo momento debe poner mucha atención a todas las indicaciones que se le dan.
- Hablar lento, claro, tranquilamente. Se deben hacer pausas entre una indicación y otra. No susurrar ni mantener un tono monótono pues no se busca un efecto hipnótico.
- Es importante remarcar el significado de cada color y se hará énfasis en las diferentes frases propuestas haciéndolas ver como parte de un proceso para la transformación del dolor.
- Es importante que durante la aplicación de la actividad “Usando la imaginación” se permita al niño responder cada expresión que se lleve a cabo.
- Si durante la actividad “usando la imaginación” el niño menciona que todavía siente dolor, se le puede mencionar que lo que siente es una señal de que ahí estuvo un dolor durante algún tiempo, pero que ya paso y poco a poco va a ir desapareciendo.
- Observar reacciones conductuales en los niños antes, durante y después de la técnica.
- El reporte subjetivo de los niños es muy importante, cualquier cambio positivo debe reforzarse.

#### **• Materiales:**

- ✓ Ejercicio “usando la imaginación”.

## 4. ELIMINANDO DOLOR: II. EVOcando UN RECUERDO AGRADABLE.

Con la técnica “Eliminando el dolor” se utiliza la imaginación de escenas agradables para aliviar la sensación de dolor. El uso de la imaginación permite al niño visualizar momentos que traigan a su mente alegría, de forma que pueda transformar las sensaciones desagradables de dolor por felicidad.

El uso de todos los sentidos durante una actividad de imaginación constituye una forma de respuesta del organismo para guardar dentro de sí, aquellos momentos, olores y sonidos, que crean en el cuerpo una sensación de bienestar.

### ELIMINADO EL DOLOR

**Duración:** 20 minutos

- **Objetivo:**

- Aliviar la sensación de dolor que se experimenta a través de la generación de imágenes placenteras que produzcan en el organismo una sensación de bienestar.

### DESARROLLO DE LA TÉCNICA

#### **1. Preparación del ambiente.**

Asegurarse que el niño se encuentre alerta y con disponibilidad para atender las indicaciones. Se le debe permitir elegir la posición que le sea más cómoda.

#### **2. Para empezar.**

Se iniciará conversando sobre las situaciones, lugares, personajes, etc. que le traen recuerdos felices y que son agradables para el niño con el fin de transportarlo a través de esta técnica a un estado placentero, lejano de la situación desagradable.

### **3. Usando la imaginación.**

El instructor deberá explicar al niño que si logra imaginar situaciones agradables, será mucho más fácil desplazar las sensaciones de dolor. A continuación se lee la actividad correspondiente a “Qué deseo imaginar”.

#### **“¿QUÉ DESEO IMAGINAR?”**

Quiero que cierres los ojos y que imagines un lugar que te traiga recuerdos felices... ¿Ya lo tienes?.. Fíjate qué hora del día o de la noche es... a través de tus párpados siente la luminosidad o la obscuridad de ese lugar... Siente la temperatura de ese lugar sobre tu piel... Fíjate si estás sola(o) o acompañada (o)... Mira los colores y las formas que hay ahí... Escucha los sonidos o el silencio y fíjate cómo cada uno de esos sonidos te hace sentir cada vez mejor, porque te recuerdan ese momento tan feliz que estás viviendo... Siente la posición de cada una de las partes de tu cuerpo o su movimiento... Ahí, en ese lugar en el que te encuentras, quiero que sientas las texturas de lo que toca tu piel: en las manos... tal vez en la espalda o en cualquier otra parte, y siente tu respiración en esa escena... Vívela y disfrútala, porque estás sintiéndote como te quieres sentir, estás viviendo como quieres vivir.

Desde ahora en adelante, cada vez que sientas alguna molestia, trata de imaginar alguna escena que traiga a tu mente momentos agradables. A medida que respiras estas más y más relajado y gustoso de estar en este lugar.

Permanece con este estado durante unos minutos, guarda dentro de ti todas las ricas sensaciones que tienes en este momento y cuando estés listo puedes comenzar a abrir los ojos lentamente.

Te voy a pedir que poco a poco abras tus ojos.

### **4. Reflexión final y cierre.**

Indagar sobre la escena que imaginó el niño, si le fue fácil imaginar una escena placentera y si la vivió con todos sus detalles. Conocer si la sensación de dolor fue desapareciendo a medida que se concentró en los detalles de la escena que imaginó.

Se debe reforzar la importancia de permanecer tranquilos para eliminar el dolor. Antes de finalizar la sesión, pedir al niño que mencione algunos de los beneficios que podría traerle la generación de escenas placenteras durante su proceso hospitalario. El instructor deberá reforzar la importancia de generar escenas agradables para el control de sensaciones de dolor.

- **Indicaciones y contraindicaciones:**

- Es conveniente mencionar al niño que puede interrumpir la actividad si lo desea, pero que en todo momento debe poner mucha atención a todas las indicaciones que se le dan.
- El instructor puede mencionar que la generación de escenas placenteras produce en el organismo una sensación de bienestar haciéndole ver a la persona lo que desea sentir desde su interior.
- Al crear escenas placenteras, se debe tener en cuenta que la narración debe hacer uso de los sentidos a fin de construir una realidad que ayude a vivir a la persona cómo desea sentirse.
- El instructor puede invitar a los niños a que usen la imaginación de escenas agradables durante sensaciones de dolor, molestias o incomodidad a causa de los tratamientos médicos.
- Hablar lento, claro, tranquilamente. Se deben hacer pausas entre una indicación y otra. No susurrar ni mantener un tono monótono pues no se busca un efecto hipnótico.
- Observar reacciones conductuales en los niños antes, durante y después de la técnica.
- El reporte subjetivo de los niños es muy importante, cualquier cambio positivo debe reforzarse.

- **Materiales:**

- ✓ Ejercicio “Qué deseo imaginar”.

## 5. SÍMBOLOS PARA EL DOLOR

Esta técnica se inicia con la descripción que realiza el niño de su dolor. A partir de esto se crea una realidad en la cual el dolor adopta la forma de un símbolo. De esta forma, se logra transformar el dolor en un símbolo, él cual posee característica especial que le será de utilidad al niño para eliminar el dolor que manifiesta.

A través de símbolos para el dolor, el niño hace uso de sus recursos internos para controlar el malestar que presenta. Guarda dentro de sí, las sensaciones agradables que experimentó y vive la curación como un proceso de transformación del dolor a un estado de bienestar.

### SIMBOLOS PARA EL DOLOR

**Duración:** 20 minutos

- **Objetivo:**

- Convertir la sensación de dolor en un símbolo que pueda ser controlado mediante la generación de recursos internos que produzcan en el organismo una sensación de bienestar.

### DESARROLLO DE LA TÉCNICA

#### 1. *Preparación del ambiente*

Asegurarse que el niño se encuentre alerta y con disponibilidad para atender las indicaciones.

#### 2. *Para empezar.*

Se iniciará pidiendo al niño describir minuciosamente la forma en que percibe el dolor en su cuerpo y los lugares en que los percibe.

#### 3. *Usando la imaginación.*

Se debe pedir al niño adoptar la posición que le sea más cómoda y

posteriormente cerrar los ojos. A continuación el instructor deberá leer la actividad correspondiente a “Símbolos para el dolor”. Deberá emplear un tono de voz calmado, hablar despacio y además mostrarse relajado.

### **“SÍMBOLOS PARA EL DOLOR”**

Cierra tus ojos y deja que APAREZCA un símbolo que representa ESO que produce (repetir cada una de las sensaciones con que describió el dolor)... no lo busques, deja que APAREZCA... lo primero que SURJA, eso es. Un símbolo puede ser cualquier cosa: un color, una luz, una forma, puede ser un sonido, un olor, un sabor, una sensación física, puede ser incluso una idea que te pase por la mente y que se materializa después... ¿YA TE DISTE CUENTA cuál es ese símbolo?- Pedir que describa con todos los detalles preguntándole por ejemplo: ¿Cómo es?, ¿Tiene colores? ¿Es brillante o mate?, ¿Tiene movimiento?, ¿Varía?... ahora déjalo ahí a un lado un momento y siente tu respiración, siéntela con todo detalle, siente cómo pasa el aire a través de tu nariz, entrando, saliendo... tal vez puedas escuchar cómo pasa ese aire a través de la nariz, incluso tal vez puedas darte cuenta de su temperatura... siente esa respiración que ES el principal RECURSO que tiene tu cuerpo y tu mente para estar bien, la respiración INTEGRAL en cada una de tus células el oxígeno que LES HACE BIEN y ECHA FUERA todo ESO QUE si se quedara adentro HARÍA DAÑO... y mientras sientes tu respiración, deja QUE APAREZCA ese símbolo que representa los RECURSOS internos que tú TIENES, RECURSOS que son físicos, fisiológicos, mentales (y, dependiendo de las creencias de la persona, puedo agregar, espirituales) para ACABAR, TRANSFORMAR o HACER lo que sea NECESARIO con ese (y describir el símbolo del síntoma) de manera que (el síntoma) DESAPAREZCA. ¿YA TE DISTE CUENTA cuál es ese símbolo?- si asiente, se pregunta cuál es y si dice que no, se le repite que un símbolo puede ser cualquier cosa, etc., cuando dice qué es, le pido que me lo describa interrogándole sobre sus características como lo hice con el símbolo del problema, y después continúo- ahora, pon (describir el símbolo del problema) junto a (describo el símbolo de los recursos) siente tu respiración y observa cómo esa respiración hace que (el símbolo de los recursos al que llamo por su nombre) ACABE, DESAPAREZCA, TRANSFORME o haga LO que sea NECESARIO hacer con (describo el símbolo del problema) para (el síntoma) desaparezca... fíjate cómo sucede... ¿YA TE DISTE CUENTA cómo ESTA SUCEDIENDO?- cuando la persona dice que el cambio ya se dio, pregunto por cada una de las sensaciones desagradables en que se descompuso el afecto sugiriendo que ya cambiaron, en la siguiente forma- ¿YA TE DISTE CUENTA QUE SIENTES AHORA ahí adonde ANTES sentías... (la sensación desagradable)- Este cambio que ya se inició continua durante el día y durante la noche con cada respiración que tú realices. (\*) Ahora guarda dentro de ti todas las ricas sensaciones que tienes en este momento y cuando estés listo puedes comenzar a abrir los ojos lentamente.

(\*) Descripción reproducida con autorización de: Robles, Teresa. (1990) **Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia**. México, Instituto Milton H. Erickson.



#### **4. Reflexión final y cierre.**

Preguntar al niño si le fue fácil transformar su dolor en un símbolo, las sensaciones que experimentó y si hubo alguna frase que le haya ayudado especialmente a la transformación de dolor.

Se debe reforzar la importancia de hacer uso de los recursos internos para la eliminación de cualquier malestar que impida que el cuerpo mantenga su equilibrio.

#### **• Indicaciones y contraindicaciones:**

- Hablar lento, claro, tranquilamente. Se deben hacer pausas entre una indicación y otra. No susurrar ni mantener un tono monótono pues no se busca un efecto hipnótico.
- Si durante el ejercicio “Símbolos para el dolor” el niño refiere que no aparece ningún símbolo para el dolor, se le debe decir que el símbolo es “nada” y se pide su descripción. De forma que se puedan utilizar las palabras del niño para referirse al símbolo.
- Es importante hacer uso de las frases del niño respecto al dolor.
- Es importante que durante la aplicación de la actividad “Símbolos para el dolor” se permita al niño asentir cada expresión que se lleve a cabo.
- Observar reacciones conductuales en los niños antes, durante y después de la técnica.
- El reporte subjetivo de los niños es muy importante, cualquier cambio positivo debe reforzarse.

#### **• Materiales:**

- ✓ Ejercicio “Símbolos para el dolor”.

### **C. TÉCNICAS ORIENTADAS A FOMENTAR CONDUCTAS DE COOPERACIÓN Y AFRONTAMIENTO.**

La hospitalización produce un aumento excesivo de la activación vegetativa, de las imágenes y pensamientos negativos y de las conductas inapropiadas de los niños, por lo tanto los programas de preparación psicológica deben incluir técnicas para lograr su modificación. Para tal efecto, es importante que el paciente sepa que puede contribuir a mejorar su problemática. Tal situación incrementa sus expectativas de autoeficacia, y por tanto, su motivación.

Se pretende que el paciente adquiera y practique las conductas adecuadas para afrontar la ansiedad y el temor, fomentando su participación activa. Las estrategias que con mayor frecuencia se emplean son las *autoverbalizaciones*, *modelamiento* y *la imagería guiada*.

El lenguaje interior dirige nuestras acciones, por lo que su modificación tiene un efecto directo sobre el comportamiento motor. Lograr este cambio es el objetivo principal del entrenamiento en autoinstrucciones o autoverbalizaciones. Los programas de preparación psicológica, utilizan principalmente autoverbalizaciones que brindan apoyo, es decir, frases o mensajes que pretenden infundir valor al niño («puedo manejar la situación»), o minimizar el carácter aversivo de la situación («pronto habrá pasado todo»).

Las estrategias distractoras y de imaginación de escenas placenteras se usan a menudo en combinación con la relajación muscular y la respiración. Se solicita al niño que imagine una escena tranquila que le haga sentirse feliz. A continuación se le indica que describa dicha escena para evaluar su capacidad de creación y mantenimiento de imágenes mentales. La imaginación de escenas agradables impide al niño centrar su atención en estímulos que evocan ansiedad.

El modelado es un proceso de aprendizaje observacional, en el que la conducta de un individuo o un grupo (el modelo), actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes, en otras personas que observan la actuación del modelo.

A continuación se presentan diversas cartas descriptivas utilizando estas técnicas, que pretenden fomentar las conductas de cooperación y afrontamiento ante las situaciones que se le pueden presentar a un paciente pediátrico durante el proceso hospitalario.

## 1. HADA MÁGICA.

En esta técnica se busca la creación de un ser mágico al cual se pueda dotar de poderes mágicos que le otorgue valor al niño y le permita sobrellevar diferentes situaciones durante su hospitalización. El objetivo de crear un conjuro mágico es que éste funcione como una forma de autoverbalización y pueda ser utilizado en situaciones de ansiedad y dolor, fomentando en el niño una conducta cooperadora

### **HADA MÁGICA**

**Duración:** 20 – 30 minutos

- **Objetivo:**

- Fomentar la expresión emocional del niño.
- Reducir los miedos que el niño usualmente asocia al personal sanitario.
- Fomentar la creación de frases que infundan valor al niño durante procedimientos médicos.
- Potenciar la imaginación y creatividad del niño a través de la creación de un ser mágico.

### **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

#### **1. Para empezar.**

Se iniciará comentando sobre lo que ha hecho el niño en sus días en el hospital, explorando los pensamientos y emociones que ha experimentado hasta el momento.

#### **2. Lectura del cuento.**

Se relata el cuento “Hada mágica”. El narrador puede hacer uso de variaciones de voz, crear sonidos y lograr que participe el niño durante la actividad a través de comentarios, ideas o propuestas que enriquezcan la narración del cuento. De esta manera se captura la atención total del niño y se logra una mayor interacción.

### **DESCRIPCIÓN DEL CUENTO “HADA MÁGICA”**

¿Alguna vez has visto a una Hada?... ¿Cómo te imaginas que son las Hadas?... Tú sabes ¿Qué poderes tienen las Hadas?... Bueno, cuando nace un Hada es algo espectacular, lleno de luz y de magia. El Hada es un ser minúsculo, con forma de ser humano al cual se le da un par de alas que podrá utilizar para volar.

Posteriormente descubre cuál será su talento o habilidad para trabajar en el mundo de las Hadas. Después se deja caer sobre ella un poco de polvo mágico que ayudará a que sus alas desplieguen una serie de destellos luminosos que al volar hará que todo lo que la rodea tenga un toque de magia.

Todas las Hadas tiene un trabajo diferente y especial, por ejemplo algunas enseñan a que las aves pequeñas puedan volar, otras toman un poco de agua con sus manos para rociar y hacer que las plantas crezcan, pintan y decoran a cada insecto con múltiples colores y algunas recogen frutos para alimentar a los animales durante el periodo invernal.

Sólo algunos grupos de Hadas tienen permitido volar a la Tierra para ayudar a los Seres Humanos, por ejemplo las Hadas de los niños visten de un color en especial y sólo ellas tienen el nombre del color que más le gusta a los niños con el que están. En general, las Hadas de los niños los ayudan a que no sientan miedo, molestias o dolor.

### **3. *Imaginando al hada mágica.***

Después de la lectura, el instructor presentará al niño a su “**Hada Alegría**”, la cual posee la cualidad de poner contentos a los niños que están con ella. Se llama así porque los niños que llegan al hospital a veces están tristes porque extrañan su casa, a sus amigos y porque a veces se sienten solos cuando sus papás se van.

A continuación el instructor motiva a que el niño haga uso de su imaginación y creatividad para que lleve a cabo la creación de su hada brindándole las características que él desee (color, cualidades especiales, poderes mágicos, etc.).

Al mismo tiempo el instructor apoyará con el llenado de la tarjeta “Cualidades de mi hada” con el nombre y las cualidades que se vayan mencionando.

Posteriormente el niño podrá elegir los materiales necesarios para elaborar a su hada.

#### **4. Reflexión.**

El instructor deberá promover una reflexión sobre la razón por la cual doto a su hada de ciertas cualidades especiales. De esta forma el niño podrá darse cuenta de la falta de esa cualidad en él.

El instructor hará notar al niño que la presencia del hada durante situaciones que le generen ansiedad, permitirá que ésta le transfiera la cualidad que requiere para afrontar la situación.

#### **5. Cierre.**

Antes de iniciar con la actividad manual, el instructor deberá hacer énfasis sobre el beneficio que puede tener invocar los poderes mágicos del hada durante las situaciones que le generen ansiedad, para aminorar el miedo, dolor o las molestias.

El instructor deberá facilitar diferentes materiales para que el niño permanezca en la habitación elaborando su hada en compañía de sus papás.

#### **• Indicaciones y contraindicaciones:**

- El instructor deberá potenciar la creatividad de los niños para la creación de su Hada.
- Si el niño no refiere alguna cualidad que permita el afrontamiento de la situación hospitalaria, el instructor podrá retomar algunas emociones y pensamientos que el niño expresó al inicio de la sesión, a fin de brindar sugerencias de las cualidades que podría tener el hada.
- El instructor deberá apoyarse en la imaginación del niño para crear el ambiente y la secuencia que el cuento del “Hada mágica” describe.

#### **• Materiales:**

- ✓ Cuento “Hada mágica”.
- ✓ Tarjeta “Cualidades de mi hada”.
- ✓ Materiales para el armado del Hada.

***CUALIDADES DE MI HADA.***

**NOMBRE DE MI HADA:**

**CUALIDADES DE MI HADA:**

**MOTIVOS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. CAMBIANDO MÍ FORMA DE PENSAR.

Se propone la identificación de los pensamientos espontáneos durante situaciones estresantes. De esta forma el niño podrá entender la forma en que éstos afectan sus emociones.

Cuando el niño domina los pensamientos derrotistas y los cambia por afirmaciones que le ayuden a darse valor, notará que sus respuestas son diferentes ante cada situación médica. Esto lo ayudará a seguir empleando un diálogo interno que favorezca su adaptación durante los procedimientos médicos subsecuentes.

El uso de autoafirmaciones positivas le dará al niño mayor seguridad y control de sus emociones.

### ***“CAMBIANDO MÍ FORMA DE PENSAR”***

**Duración:** 20 – 30 minutos

#### **• Objetivos:**

- Los niños aprenderán a identificar sus pensamientos negativos y comprenderán que son la base de su estado emocional.
- Facilitar el control de los pensamientos, imágenes y sentimientos que incrementan el nivel de estrés.
- Fomentar la generación de pensamientos alternativos que le permitan dominar y disminuir su estrés.

### ***DESARROLLO DE LA TÉCNICA***

#### ***1. Para empezar.***

Se debe iniciar una conversación sencilla con el familiar y el niño a fin de crear un ambiente propicio para el desarrollo del ejercicio.

#### ***2. “Tic-Tac...ahí vienen”.***

El instructor lleva a cabo un sondeo para ver qué tipo de pensamientos surgen de manera espontánea en los diferentes momentos de situaciones estresantes. Para el desarrollo de esta actividad, el instructor hará uso del ejercicio “Tic- Tac, ahí vienen”, el cual contiene situaciones médicas que son generadoras de estrés, a fin de que el paciente identifique los

pensamientos que generan una emoción.

Al finalizar el ejercicio, el instructor brinda una explicación en la cual se considera que los pensamientos que se producen antes de un evento estresante, afecta nuestros sentimientos creando intranquilidad.

### **3. *Cambiando mi forma de pensar.***

El instructor expone las razones por las cuales se deben controlar los pensamientos negativos y sugiere cambiarlos por afirmaciones que puedan cambiar las respuestas a las situaciones que generan estrés.

Se retoma el ejercicio “Tic-Tac...ahí vienen” y se analizan los pensamientos mencionados por el niño. En forma conjunta, instructor y paciente generan afirmaciones alternativas apoyándose de las frases utilizadas por otros pacientes así como en la tabla “Autoafirmaciones de afrontamiento utilizadas en el adiestramiento en inoculación de estrés” (Meichenbaum, 1985).

#### **AUTOAFIRMACIONES DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS EN EL ADIESTRAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS**

##### *Preparación para el estresor.*

Propósito: Centrarse en preparaciones específicas para la tarea.

- Combatir el pensamiento negativo.
- Recalcar la planificación y preparación.

Ejemplos: ¿Qué he de hacer?

Puedo elaborar un plan para enfrentarme a ello.

Sólo pienso en lo que puedo hacer al respecto.

Ésta podría ser una situación difícil.

Puedo idear un plan para abordar esto.

Recuerda, concentrarte en los problemas y no te los tomes personalmente.

Deja de preocuparte, porque eso no te servirá de nada.

¿Cuáles son algunas de las cosas útiles que puedo hacer en vez de preocuparme?

Me siento tenso...es natural.

Tal vez sólo estoy ansioso de enfrentarse a la situación.

##### *Confrontación con el estresor y abordaje del mismo.*

Propósito: Controlar la reacción de estrés.

Reafirmar que uno puede abordar la situación.

Reinterpretar el estrés como algo que se puede usar de una manera



constructiva.

Recordar el uso de respuestas de afrontamiento tales como la relajación.

Permanecer centrado en la tarea o la situación.

Ejemplos: “Psicoanalizarse” uno mismo: puedo aceptar este reto.  
Puedo convencerme a mí mismo para hacerlo.  
Un paso cada vez.  
Dividir el estrés en unidades manipulables.  
No pensar en mi estrés, sino sólo en lo que he de hacer.  
Este estrés es lo que el terapeuta dijo que podría sentir.  
Es un recordatorio para usar mis ejercicios de afrontamiento..  
Esta tensión puede ser un aliado, una señal para afrontar.  
Relájate, tengo control. Respira lento y hondo. Ah, muy bien.  
Mientras mantenga la serenidad, tendré el control de la situación.  
No des a esto más importancia de la que tiene.  
Busca los aspectos positivos, no saques conclusiones precipitadas.  
Tengo muchas técnicas diferentes de afrontamiento que puedo utilizar.  
Las cosas no son tan graves como me parece.  
Puedo someterme y tomármelo con calma.

#### *Afrontamiento de las sensaciones de estar abrumado.*

Propósito: Esta etapa no siempre tiene lugar.  
Establecer planes de contingencia, prepararse para la posibilidad de llegar a un grado extremo de estrés.  
Prepararse para enfrentarse a la peor situación cuando uno se siente sin control y abrumado.  
Estimulante para permanecer en situación.  
Permanecer centrado en el presente.  
Aceptar los sentimientos y esperar a que disminuyan.  
Aprender a tener cierto control incluso si sucede lo peor.

Ejemplos: Cuando llegue el estrés haz una pausa.  
Mantente centrado en el presente, ¿qué es lo que he de hacer?.  
Clasificar mi estrés en una escala de 0 a 10 y observar su cambio.  
Debo esperar que el estrés aumente algunas veces.  
No trates de eliminar el estrés totalmente, límitate a mantenerlo en unas proporciones a manejables.  
Los músculos se me están tensando.  
Relájate y haz las cosas con menos apresuramiento.  
Es el momento de respirar lenta y profundamente.  
Consideremos el problema punto por punto.  
Mi estrés es una señal.  
Tiempo para la resolución de problemas.

### *Evaluación de los esfuerzos de afrontamiento y autogratificaciones.*

Propósito: Evaluar el intento, lo que ayudó y lo que no.  
Revisar la experiencia anterior para ver lo que se ha aprendido.  
Reconocerlos pequeños beneficios, no menospreciar el progreso gradual.  
Alabarse por el intento.  
Seguir intentando, no esperar la perfección.  
Qué habrías hecho tú de manera distinta o mejor.

Ejemplos: No ha sido tan malo como esperaba.  
He dado al estrés más importancia de la que tenía.  
Mejoro cada vez que utilizo este procedimiento.  
No salió bien, pero no importa.  
Qué puedo aprender del intento.  
Puedo estar satisfecho de mis progresos.  
Espera hasta que les diga a los otros cómo fue.  
Lo he hecho bastante bien.  
Bueno, lo hice. La próxima vez lo haré incluso mejor.

#### **4. Reflexión final y cierre.**

El instructor deberá de fomentar el uso de este tipo de pensamiento cada vez que se le presente al niño una situación estresante haciendo mención de que el uso de estas afirmaciones le permitirán tener mayor dominio sobre las situaciones a las que es sometido durante su hospitalización.

- **Indicaciones y contraindicaciones:**

- Se debe exhortar al niño para cambiar cualquier pensamiento que interfiera con sus emociones y le impida mostrarse cooperador durante los procedimientos médicos.
- Se enfatiza hacer caso de las señales que su cuerpo exprese para poder cambiar su manera de pensar.
- El instructor debe dar la confianza al niño para generar sus propias alternativas de pensamiento durante cada situación médica.
- En caso de que el niño no tenga idea sobre cómo crear alguna alternativa de pensamiento que le ayude durante una situación médica, el instructor debe ayudar a generar las ideas.
- Si es necesario, se debe reforzar la explicación de que el pensamiento afecta nuestras emociones.

- **Materiales:**

- ✓ Tic- Tac...ahí vienen.

**TIC-TAC, AHÍ VIENEN.**

A continuación se presentan diversas situaciones médicas. Lee cada una y complétala con lo primero que venga a tu mente. En caso que no puedas completar una, continúa con la siguiente y regresa a la que dejaste vacía después de que acabes todas.

**El hospital es:**

---

**La revisión médica: es:**

---

**Pienso que mi doctor:**

---

**Me siento tranquilo(a) cuando:**

---

**Me gustaría que mis papás:**

---

**Lo que no me gusta es:**

---

**Cuando me inyectan, yo:**

---

**Cada día siento que:**

---

**Me siento bien cuando:**

---

### 3. VOLTEANDO LOS OJOS HACIA OTRO LUGAR.

La técnica Volteando los ojos hacia otro lugar, propone el uso de actividades mentales (distractoras) durante procedimientos médicos dolorosos, como forma de apartar la atención de ese estímulo hacia otro tipo de sensaciones agradables.

Se presenta la historia “Jimena voltea los ojos a otro lugar” resaltando la importancia de actividades mentales así como también promover la aplicación de diferentes actividades que puedan ser útiles durante eventos estresantes. Con esta actividad se exhorta al familiar a llevar a cabo estrategias que le permitan cambiar la condición del niño y de esta forma pueda controlar su miedo y disminuir la sensación de ansiedad y dolor. Para llevar a cabo esto, se proporciona una lista de acciones que podrá emplear el familiar durante acontecimientos que le generen miedo, tristeza o temor.

#### **“VOLTEANDO LOS OJOS HACIA OTRO LUGAR”**

**Duración:** 10 – 15 minutos

- **Objetivos:**

- Que los familiares puedan participar mediante la aplicación de diferentes actividades.
- Enfatizar la importancia de la aplicación de actividades mentales durante situaciones estresantes.
- Fomentar el desarrollo de estrategias de intervención que reduzcan los niveles de ansiedad.
- Promover la actividad como medio de comunicación e interacción entre el familiar y el niño.

#### **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

##### **1. Para empezar.**

Se debe iniciar una conversación sencilla con el familiar y el niño a fin de crear un ambiente propicio para el desarrollo del ejercicio.

## **2. Lectura de la historia.**

Se inicia con la lectura “Jimena voltea los ojos a otro lugar”. Durante el desarrollo del ejercicio el instructor debe mantener un tono de voz dinámico y reproducir las expresiones de asombro y emoción que reflejen los personajes. Se podrá hacer uso de cualquier estrategia que permita captar la atención del niño y su familiar.

### **“JIMENA VOLTEA LOS OJOS A OTRO LUGAR”.**

Jimena es una niña de 6 años que me platicó que un día estaba en una fiesta y que su tía le sirvió refresco en un vaso de vidrio y como estaba jugando con otros niños, no se fijo bien y se le resbalo el vaso de las manos. Ella al querer levantar los vidrios del suelo, se cortó la mano. Inmediatamente su mamá la llevo con el Doctor, pero ella tenía mucho miedo de lo que le iban a hacer y además le dolía su mano.

El Doctor le explicó que le tenían que dar unas puntadas para que la herida cerrara y le dejara de salir sangre, pero para esto le tenía que inyectar un medicamento para que no le doliera mientras le realizaban la sutura.

Una vez que el Doctor inicio, la mamá de Jimena le pidió que hiciera caso a todo lo que ella le pidiera. Le dijo que contara en voz alta de 2 en 2, así que Jimena inicio y dijo 2, 4, 6, 8, 10. Después su mamá le pidió contar de 3 en 3 y Jimena contó 3, 6, 9, 12, 15. Como el médico aun no terminaba, la mamá de Jimena le pidió decir animales que iniciaran con la letra “A”... Jimena dijo abeja, avispa, alacrán, armadillo, ¡mmmmm!.. araña, avestruz... ahora animales con “M”...Jimena dijo murciélago, mamut, mariposa, mapache, mosco... y de pronto escuchó que el Doctor le dijo “He terminado”.

Jimena estaba muy contenta porque no sintió nada y el dolor y el miedo desaparecieron porque estuvo jugando con su mamá durante el procedimiento médico que le practicaron. Los juegos ayudaron a que olvidara lo que estaba sucediendo y se concentrara en las actividades que su mamá le pedía.

## **3. Reflexión sobre la historia.**

Una vez que se terminó de leer la historia “Jimena voltea los ojos a otro lugar”, el instructor solicita al familiar su participación para saber qué actividades mentales se llevaron a cabo durante el procedimiento médico. Se aborda la forma en que se eligieron aquellas actividades así como también se habla sobre el objetivo y el papel que éstas desempeñan durante una situación médica.

#### **4. Actividades mentales para distracción..**

El instructor proporciona una copia de las sugerencias de “Actividades Mentales de distracción”. Posteriormente se lee y se discute sobre aquellas actividades mentales que son del agrado del niño y que se cree puedan funcionar. Además se hace mención de que los seres humanos no pueden poner atención a dos situaciones al mismo tiempo por lo que la actividad mental se reduce al estímulo que resulte novedoso, interesante y agradable para el observador. El instructor debe animar al familiar para que haga uso de la improvisación, imaginación y creatividad durante la actividad mental.

#### **ACTIVIDADES MENTALES DE DISTRACCIÓN.**

A continuación se da una lista de algunas actividades que usted podrá realizar junto con su hijo durante acontecimientos que le generen miedo, tristeza o temor.

- Hacerle contar, aumentando el grado de dificultad según la edad del niño por ejemplo de 2 en 2, de 3 en tres, de 5 en 5, etc.
- Pedir la participación del niño para crear una historia empleando figuras valerosas como Superman, el increíble Hulk, las chicas superpoderosas, etc. Por ejemplo: Mira al hombre araña, le han tenido que realizar una prueba para saber que sus superpoderes no han cambiado. Las pruebas se llaman (Decir nombre de la prueba que se le va a realizar). Aunque estas pruebas le dolían, él respiro profundamente y permaneció quieto. Después el hombre araña se sintió muy bien y orgulloso de haber superado esa prueba y además comprobó que sus superpoderes seguían funcionando.
- Es muy útil hacerle respirar profundamente o soplar durante las inyecciones dado que de esta forma no está tan atento a las sensaciones que produce la inyección. Hacer uso de la imaginación del niño, por ejemplo: “Vamos a imaginar que tú eres una Rueda muy pero muy grande (mostrar el tamaño con las manos) y vamos a respirar por la nariz porque se está inflando... y ahora la Rueda se desinfla Shshshs”. “Ahora vamos a respirar por la nariz y vamos a sacar el aire por la boca haciendo el ruido de una víbora SssSSSSssSS”. Nuevamente respiramos por la nariz y sacamos el aire por este popote.
- Llevar libros de cuentos y pedir que localice objetos o algún personaje que se encuentre ahí. Asimismo se pueden utilizar libros interactivos que emitan sonidos.
- Hablarle de personajes de Televisión.
- Se recomienda que durante la realización del procedimiento médico se

ponga música instrumental o alguna melodía que sea del gusto del niño.

Animar al niño a elaborar una imagen estimulando su atención sobre características sensoriales sobre la escena imaginada, es decir, sugiriéndole describir dicha escena o imagen en función de lo que puede ver, oír, oler, etc.

## **5. Reflexión final y cierre.**

Reflexionar sobre la importancia que puede traer aplicar la actividad mental. El instructor deberá indicar al familiar sobre la importancia de permanecer tranquilo y tener el control de la situación que va a dirigir.

Se le informa sobre la mecánica que debe seguir durante la actividad mental así como también el momento en que se debe aplicar. Además se asigna el papel que jugará el familiar durante cada actividad.

Se sugiere tomar de la mano al niño y mirarlo fijamente a los ojos durante toda la actividad mental, asegurándose siempre de captar su atención. En caso de ocurrir lo contrario se puede optar por otra dinámica. Permitir al familiar expresar su sentir respecto a la actividad.

### **• Indicaciones y contraindicaciones:**

- Es posible que al principio el familiar no se sienta seguro para aplicar la técnica por lo que se deberá apoyar su instrucción en caso de necesitarlo. Se sugiere que al finalizar la actividad reciba una retroalimentación sobre el manejo y curso que ha tenido la técnica.
- Es importante mencionar que las actividades que se plantean en la hoja de “Actividades mentales de distracción” únicamente son sugerencias de lo que puede hacer, sin embargo puede usar cualquier otra actividad que crea conveniente.
- El instructor deberá permanecer durante el primer procedimiento médico e intervenir si se observa que la actividad no está funcionando.
- Es necesario adecuar la técnica a las necesidades individuales de cada persona.

### **• Materiales:**

- ✓ Hoja de actividades mentales de distracción.
- ✓ Historia de “Jimena voltea los ojos a otro lugar”.

## 4. PREPARACIÓN PARA EL EGRESO. MI ROBOT.

En la “preparación para el egreso” se hace uso de la imaginación y de metáforas que permitan al niño visualizar mentalmente el proceso de curación que se ha llevado a cabo en él.

La creación de una figura con características similares a las del humano, ayudará a que el niño se identifique y reviva momentos difíciles de la hospitalización. A través de la técnica el niño vivirá un proceso de curación, renovación y esperanza, favoreciendo el aprendizaje de las señales que su organismo puede emitir ante una situación que le genere miedo.

Con esta técnica el niño podrá poner en práctica las respuestas de afrontamiento que aprendió durante su estancia hospitalaria y de esta forma brindar apoyo a la figura que imaginó.

### **“PREPARACIÓN PARA EGRESO. MI ROBOT”.**

**Duración:** 20 minutos

- **Objetivo:**

- Se busca que el niño pueda reconocer el proceso de hospitalización que vivió y pueda observar su recuperación a través del aprendizaje de las señales que su organismo puede emitir, de forma que produzca respuestas que lo ayuden a afrontar la situación presente.

### **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

1. **Preparación del ambiente**

Asegurarse que el niño se encuentre alerta y con disponibilidad para atender las indicaciones.

2. **Para empezar.**

Se iniciará pidiendo al niño platicar sobre cómo llegó al hospital, las situaciones que vivió y los sentimientos que experimentó.



### 3. **Puedo ser un ROBOT.**

El instructor deberá leer la actividad correspondiente a “Mi ROBOT”. Se le pide al niño permanecer con los ojos cerrados a fin de que pueda imaginar la escena que se va a recrear.

#### **“MI ROBOT”**

Quiero que imagines un “ROBOT”, puede ser cualquier tipo de robot, lo más importante es que sea GRANDE y FUERTE ¿Ya lo imaginaste?... Ahora si tú quieres puedes darle un nombre... (Si no sabe qué nombre darle, no hay problema y sólo se le debe llamar ROBOT) ¿Ya lo tienes?... ¿Cómo se llama?...

Fíjate que aspecto tiene tú Robot, si está sólo o acompañado, mira los colores brillantes que adornan su armadura, nota a qué distancia se encuentra de ti... trata de acercarte hasta quedar junto a él y desde ahí MÍRALO.... TÓCALO y SIENTE toda su estructura.

Yo no sé cómo sea tú ROBOT, pero todos los ROBOTS están hechos de un material RESISTENTE y DURADERO, de esta forma todo su cuerpo será FUERTE y SEGURO de cualquier desgaste producido por el tiempo.

A través del aceite que es como la sangre, su organismo toma LO QUE NECESITA para CRECER. Y esto que toma lo transforma a sus células y las llena de ENERGÍA que sube por todo su cuerpo llenándolo de VITALIDAD. Ahora, si tú te das cuenta y caminas alrededor de tu ROBOT, MIRÁNDOLO y TOCÁNDOLO notarás que tu ROBOT ha CRECIDO y CAMBIADO pero el paso del tiempo ha provocado que fallen algunas partes de su cuerpo... y el metal se encuentra oxidado.

En estos momentos tu ROBOT ha perdido la SALUD, se encuentra con una FALLA MECÁNICA y necesita acudir a un CENTRO DE REPARACIÓN.

Quiero que lo acompañes... y lo trates de ayudar para que no sienta MIEDO... DOLOR... y TRISTEZA... Dile todas aquellas frases...ideas o consejos que a ti te fueron útiles en cada momento de tu HOSPITALIZACIÓN. Mencíonale que todo lo que siente en este momento es NORMAL y que tú estarás a su lado. ¿Ya lo hiciste?...sin abrir tus ojos, dime en voz alta lo que le estás diciendo a (Decir el nombre del ROBOT).

Nota como su cara ha cambiado y se muestra más tranquilo, asegúrale que PRONTO ESOS MALOS MOMENTOS PASARÁN.

Mira que pruebas... estudios... o análisis le van a realizar. Fíjate en el tamaño y aspecto de su herida. Todas las HERIDAS cicatrizan tarde o temprano, unas lo hacen de ADENTRO hacia fuera y otras de AFUERA hacia ADENTRO... pero

para que pueda CICATRIZAR la herida debe mantenerse LIMPIA.

Ahora tú eres el encargado de CUIDARLO,... PROTEGERLO,... y darle CARIÑO, porque tú COMPAÑÍA hará que se RECUPERE RÁPIDAMENTE.

Nota como la HERIDA comienza a SANAR, en un principio lucía de color ROJO, después ROSA y ahora es de color CAFÉ porque solo queda la marca de que en otro tiempo fueron HERIDAS... HERIDAS que tal vez pusieron en peligro la vida de (Decir el nombre del ROBOT) pero SOBREVIVIÓ y las HERIDAS CICATRIZARON y ahora son solo recuerdos YA SIN DOLOR de esos MALOS MOMENTOS que ya PASARON y tu ROBOT CRECIÓ y se FORTALECIÓ.

Ya que has visto la RÁPIDA RECUPERACIÓN de tu Robot, tómalo de la mano y quiero que le pidas acompañarte para recordar la forma en que llegaste AQUÍ AL HOSPITAL. ¿Estás listo? Dime si conocías el hospital... si sabías qué hacer... cómo te sentías... las emociones que experimentabas... y las ideas que pasaban por tu mente. Recuerda TODO LO QUE APRENDISTE... si te AYUDO o si te fue de UTILIDAD durante tu hospitalización.

Dime, cómo crees qué esto que APRENDISTE, lo puedas CONTINUAR APLICANDO cada vez que tu cuerpo te dé alguna señal de ANGUSTIA... MIEDO... MOLESTIA...

De ahora en adelante tú podrás ser quién controle todas esas EMOCIONES que tu CUERPO pueda EXPERIMENTAR durante un EVENTO QUE NO CONOZCA.

Quiero que permanezcas tomado de la mano (Nombre del robot) y le preguntes si está listo para regresar a su casa... tal vez se sienta diferente, pero esa sensación desaparecerá cuando regrese a sus actividades cotidianas y vea que su FAMILIA lo espera con los brazos abiertos.

Tomate unos momentos y cuando estés listo, puedes guardar dentro de ti todos los momentos agradables que viviste con (Nombre del ROBOT) porque ahí permanecerá contigo cada vez que tú lo necesites. Cuando quieras puedes IR ABRIENDO LOS OJOS y GUARDANDO esas lindas sensaciones.

***Parfraseado de la técnica “mi árbol” del texto mencionado de Teresa Robles***

**4. Reflexión final y cierre.**

Indagar si la técnica fue del agrado del niño, si le fue fácil imaginar un robot, si logró identificarse con él y si tuvo algún inconveniente o duda durante su participación.

Fomentar la expresión emocional al término de la actividad, a fin de que el niño pueda hablar sobre lo que experimentó durante la hospitalización.

Hacer una revisión sobre lo aprendido durante su hospitalización y la forma

en que esto le ha ayudado a cambiar su forma de responder ante las diferentes situaciones médicas.

Se deben reforzar las habilidades adquiridas y promover un sentimiento de eficacia y competencia ante situaciones que se consideren amenazantes.

- **Indicaciones y contraindicaciones:**

- Es conveniente mencionar al niño que puede interrumpir la actividad si lo desea, pero que en todo momento debe poner mucha atención a todas las indicaciones que se le dan.
- Hablar lento, claro, tranquilamente. Se deben hacer pausas entre una indicación y otra. No susurrar ni mantener un tono monótono.
- Es importante remarcar el proceso que vive el ROBOT durante la hospitalización y se hará énfasis en las diferentes frases propuestas haciéndolas ver como parte de un proceso para recuperar la salud.
- Es importante que durante la aplicación de la actividad “Mi ROBOT” se permita al niño responder cada expresión que se lleve a cabo.
- Se debe fomentar que el niño utilice las diferentes técnicas de afrontamiento que aprendió a fin de que sea él quien ayude al ROBOT a manejar la situación de enfermedad que vive.
- Observar reacciones conductuales en los niños antes, durante y después de la técnica.
- El reporte subjetivo de los niños es muy importante, cualquier cambio positivo debe reforzarse.

- **Materiales:**

- ✓ Ejercicio “Mi ROBOT”.

## 5. DE VUELTA A CASA.

Con esta técnica se busca orientar a los padres sobre las conductas que puede presentar el niño a su regreso a casa, así como también la forma en que ellos podrán manejar la situación.

A través de las dinámicas de grupo, se busca que el familiar amplíe su campo de conocimiento y enriquezca su experiencia como padre. La información proporcionada antes del egreso hospitalario, permitirá al familiar tener conocimiento respecto a lo que puede ocurrir de regreso a casa. De igual forma facilitará a los familiares la toma de decisiones, de funciones y asegurarán una mejor adaptación del niño al seno familiar.

### DE VUELTA A CASA

**Duración:** 30 – 45 minutos

- **Objetivos:**
  - Brindar orientación a los padres de pacientes hospitalizados sobre como manejar el regreso de un hijo a casa.

### DESARROLLO DE LA TÉCNICA

#### **1. Para empezar.**

El instructor debe dar la bienvenida a los integrantes de la familia que estén presentes. Se pedirá a cada miembro decir su nombre y el motivo de la hospitalización de su paciente pediátrico. A continuación se les proporcionará una hoja de papel en la cual puedan expresar su sentir sobre cómo la pérdida de salud de un miembro de la familia cambió sus vidas. Se promueve una dinámica en la cual puedan compartir sus experiencias y los cambios a los que se han adaptado.

El instructor puede retroalimentar a los familiares haciendo ver que cualquier hospitalización, por breve que sea, supone una modificación en las costumbres y rutina diaria, a la que todos los miembros de la familia se han tenido que adaptar.

## **2. Qué hacer de regreso a casa.**

Se pedirá a los integrantes del grupo hablar sobre su sentir tras la noticia del alta hospitalaria y el regreso de su hijo a casa para saber cómo están manejando la situación. Se promoverá una lluvia de ideas que ayude a saber qué hacer cuando un hijo (a) regresa a casa tras una hospitalización, las acciones que cada familia tiene contempladas llevar a cabo. Se debe alentar a los padres para que compartan las dudas que tengan respecto al manejo de su hijo (a). Ayudarles a que hablen sobre las actividades que crean que pueden beneficiar a su hijo tras una hospitalización así como los cuidados adicionales, conductas y hábitos nuevos que se puedan presentar a su regreso. El instructor deberá anotar cada respuesta en las hojas del rotafolio.

Una vez que se ha escuchado a cada uno de los padres, se les repartirá el folleto *“Vuelta a casa tras la hospitalización. Guía para padres”*. Se inicia la lectura pidiendo a cada uno de los presentes leer en voz alta una parte del folleto. El instructor podrá ahondar más respecto a la información contenida en el folleto y complementar con la información del folleto *“Mi hijo en el hospital. Guía para padres”*. Al término de la lectura se dará un momento para reflexionar y opinar al respecto. Posteriormente se retomará la lluvia de ideas que en un inicio dieron a cerca del cuidado del niño y se contrastará con la nueva información a fin de proveer de nuevos elementos de intervención.

FOLLETO:

### ***“VUELTA A CASA TRAS LA HOSPITALIZACIÓN. GUÍA PARA PADRES”.***

**Es normal que el carácter y el humor de tu hijo (a) se vean alterados. Seguro que se sentirá más feliz al volver a su casa, pero necesitará de tiempo para habituarse otra vez a los viejos hábitos.**

A continuación te presentamos algunas pautas orientativas sobre qué esperar y cómo afrontar la vuelta a casa del niño o niña que ha estado hospitalizado (a).

#### **CONDUCTAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR,**

- Durante algunos días el niño puede presentar cambios de carácter y/o de sus costumbres.
- Se puede sentir extraño (a) al haber estado fuera de casa.
- Habla más o por el contrario se muestra muy callado (a).
- No quiere separarse de sus papás o de las personas que lo cuidan, mostrándose más dependiente de ellos.
- Es posible que el niño no quiera comer o mostrar poco apetito.

- Trata de llamar la atención.
- Puede mostrarse poco tolerante, haciendo berrinches sin razón aparente.
- Puede mostrar un temor excesivo a la oscuridad, soledad, etc.
- Puede que algunos días se comporte como un niño más pequeño chupándose el dedo, buscando objetos para dormir (muñecos, peluches, mantas, etc.), mojar la cama en la noche, etc.
- Muestra comportamientos de miedo que no había tenido antes, por ejemplo miedo a los doctores, a las batas blancas, a no querer dormir ni quedarse solo(a), demanda la presencia de los padres hasta que se duerme, etc.

### **¿QUÉ HACER PARA AYUDARLE?**

La duración de este tipo de comportamientos depende, en parte de la tolerancia de los padres, de su comprensión y del modo en que lo atiendan. Dichos comportamientos suelen corregirse una vez que el niño se adapta a un ambiente cálido familiar que le genera seguridad.

A continuación se presentan algunas pautas que pueden ayudar a que los niños recuperen lo antes posible su vida y comportamiento habituales.

- Realice en casa los preparativos que crea conveniente para que el niño (a) se sienta cómodo, por ejemplo prepare su cuarto con algún detalle que a él (ella) le guste.
- A su llegada a casa, trate de "normalizar" su vida familiar en la medida de lo posible, adaptando las actividades familiares a las limitaciones impuestas por la enfermedad.
- Establezca normas que se asemejen lo más posible a la rutina anterior. Es necesario conjugar la flexibilidad con la disciplina, ya que la falta de control suele confundir al niño y provocar celos en sus hermanos.
- Mantenga el contacto físico con su hijo (a), bríndele cariño y reconozca la valentía que ha mostrado durante los días de internamiento hospitalario.
- Apoye a su hijo (a) en todo momento y hable con él (ella) respecto a su enfermedad, aclare sus miedos y dudas.
- Haga notar que las emociones que se encuentra sintiendo en esos momentos son normales y que usted lo apoyará en su recuperación.
- Haga participe al niño (a) de los cuidados médicos que necesite hasta su total recuperación: ayudar a curarse heridas o a cambiar algún vendaje, hacer ejercicios de rehabilitación, etc.
- Trate de incorporar al niño (a) en cuanto sea posible a su vida normal: escuela, tareas sencillas de la casa (ordenar juguetes y ropa), etc.
- Es posible que el niño (a) presente una mayor sensibilidad a la situación que se encuentra viviendo, por lo cual debe fomentar la expresión emocional a través de dibujos, cuentos o poemas que ayuden a expresar lo que ha vivido.
- Permita que su hijo (a) descanse y evite saturar su día con visitas familiares que puedan cansarlo.

- Si persisten los comportamientos anómalos o síntomas nuevos que le preocupen, consulte a su médico.

### **¿QUÉ DEBE HACER LA FAMILIA?**

Cuando un niño (a) vuelve a casa después de haber estado muchos días ingresado en el hospital, representa una alegría para toda la familia. Pero manejar esta situación también requiere trabajo y paciencia.

- Puede que todos esos cambios, le generen miedo e incertidumbre, pero mantenga la calma y restablezca el lazo emocional que le unía a su hijo(a). Piense que es una etapa de readaptación y que pronto su hijo(a) volverá a vivir de una manera normal, como antes. Recuerde que todo necesita su tiempo y su dedicación.
- Su hijo (a) necesita mucha paciencia, amor, intuición y tacto. Cuanto mayor sea la paciencia de los padres y menor la seriedad, más corta será, en un principio la fase de readaptación.
- Procure que el amor y la ternura que siente por su hijo se vean implícitos en los actos de cuidado que lleva a cabo hacia su hijo(a), ya que se esta forma le brinda energía para crecer y volverse hacia el mundo exterior.
- Trate de controlar sus estados emocionales y no se muestre excesivamente protector con su hijo(a) ya que de esta forma incrementa la vulnerabilidad del niño (a).
- Haga tiempo para usted mismo y busque ayuda en su familia para cuidar a su hijo(a) que se encuentra convaleciente.
- Prepare y mantenga informados a todos los miembros de la familia respecto a la condición del niño (a).
- Fomente el contacto con los demás miembros de la familia a través de cartas, visitas, reuniones en su cuarto, etc., no lo sature con visitas.
- Recuerde que pasado el periodo de crisis, la tensión física y nerviosa que usted experimentó desaparecerán y volverá a un estado de relajación emocional.

### **3. Reflexión final y cierre.**

Se indagará sobre cómo el folleto "*Vuelta a casa tras la hospitalización. Guía para padres*" los orientó sobre los cambios en conductas, hábitos, etc. que puede presentar el niño a su regreso a casa. Si tenían conocimiento sobre cómo manejar la situación y si creen que la guía para padres les pueda ayudar.

El instructor deberá hacer notar a la familia que deben ser pacientes, empáticos y comprender la nueva situación que presenta su hijo (a). Que deben permitir que el niño(a) vaya integrándose poco a poco a la vida que llevaba y darle fuerza para recuperar la seguridad que poseía.

Para finalizar, el instructor llevará a cabo la técnica de imaginación guiada

titulada “El árbol”. A través de esta técnica el familiar vivirá el proceso de hospitalización como una forma de curación y de renovación. De esta forma se busca reducir las emociones desencadenadas por dicho proceso e incorporándolo a su vida.

### EL ÁRBOL

**Instrucciones:** “Les vamos a pedir, se pongan cómodos, aflojen su ropa si es necesario, quítense su lentes, cierren sus ojos e imaginen lo que les voy a describir”.

“Quiero que se imaginen un árbol GRANDE Y FUERTE, puede ser cualquier árbol, lo que importa es que sea grande y fuerte,... ¿ya lo imaginaron?, muy bien...fíjate en qué lugar está, si está solo o acompañado, qué hora del día o de la noche es... trata de sentir la temperatura de ese lugar sobre tu piel, mira los colores, las imágenes... acércate a él hasta estar debajo de él y desde ahí míralo...tócalo...huélelo... yo no sé cómo es tu árbol, pero todos los árboles tienen raíces... unos las tienen bajo la tierra y otros una parte sale y se ve... las raíces sirven al árbol para sostenerlo FIRME Y SEGURO en su lugar, a pesar de los vientos y las tormentas... con la ayuda de estas raíces también el árbol tomó LO QUE NECESITA para CRECER. Y eso que toma lo transforma en savia, que es como su alimento y está muy suave por dentro. Y el tronco con esta savia se hace cada vez más grueso, MAS FUERTE, por que el árbol esta SIEMPRE CRECIENDO, sin parar, aunque nadie se dé cuenta... si dejas de ver un árbol durante algún tiempo te puedes dar cuenta de que CRECIÓ. Ahora, si te acercas más al árbol y lo ves de cerca, si das una vuelta alrededor de él, mirándolo, podrás darte cuenta de que en su corteza, en su tronco hay HERIDAS que están CICATRIZANDO o marcas que en otro tiempo fueron heridas que tal vez pusieron en peligro su vida, pero el árbol ha SOBREVIVIDO y la HERIDAS CICATRIZARON y ahora son solo recuerdos SIN DOLOR, de esos MALOS MOMENTOS que ya PASARON, y el árbol CRECIÓ y se FORTALECIÓ con ellos... y las otras heridas están ya CICATRIZANDO.. y si ves para arriba, podrás darte cuenta de los diferentes tonos de verde que tiene el follaje de ese árbol, verdes claros y brillantes de hojas nuevas, verdes oscuros de hojas maduras, por que este árbol está CONTINUAMENTE CAMBIANDO y renovando su follaje... se seca y TIRA las hojas que ya NO LE SIRVEN Y HACE CRECE NUEVAS, las que necesita en cada momento.. y seca y tira las hojas con toda tranquilidad, porque sabe que si las necesita las puede volver hacer crecer... y si pones atención, tal vez puedas ver una hoja que se cae y vemos como la mece el viento hasta el piso, donde tal vez haya más hojas secas... y las hojas secas caen al suelo y ahí se integran a la tierra y sirven nuevamente de alimento al árbol que las transforma en savia para CRECER, para CICATRIZAR heridas, para sacar nuevas hojas y también para DAR FRUTOS. Yo no sé qué clase de árbol sea el tuyo, pero los árboles que dan frutos, tienen frutos que MADURAN, frutos que se



quedan verdes y frutos que se pudren y caen... los frutos que MADURAN, maduran gracias a que otros se quedaron verdes... y los frutos que se pudren y caen, también se integran, se meten a la tierra y sirven nuevamente de alimento al árbol para CRECER... así es LA VIDA, así es la naturaleza, así son los árboles... y ahora respira profundamente el olor de tu árbol, déjalo que entre dentro de ti y te llene con cada respiración, tócalo, siéntelo, míralo, llénate con sus texturas, sus colores, sus formas, cómo se siente tocarlo y deja que se integre a ti, siéntelo adentro. ¿YA TE DISTE CUENTA como se siente AGRADABLE en tu cuerpo, tener el árbol dentro, ser uno con él?... este árbol es parte tuya desde ahora y para siempre, siempre CRECIENDO, siempre RENOVÁNDOSE, siempre DANDO FRUTOS, siempre CICATRIZANDO heridas, CON CADA RESPIRACIÓN.... Con cada respiración el árbol TOMA lo que le hace BIEN para VIVIR y hace CRECER NUEVAS HOJAS, y con cada respiración el árbol TIRA también las HOJAS SECAS y los FRUTOS PODRIDOS, para que se reintegren a la tierra y le sirvan nuevamente de alimento, CON CADA RESPIRACIÓN, cada vez que el aire pase a través de tu boca o de tu nariz, entrando o saliendo, con cada respiración y PARA SIEMPRE.... Y ahora, cuando quieras comienza a GUARDAR dentro de ti todas las RICAS SENSACIONES que tienes en este momento y cuando estés listo puedes comenzar a abrir los ojos lentamente, muy lentamente” (\*).

(\*). Descripción reproducida con autorización de: Robles, Teresa. (1990) **Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia**. México, Instituto Milton H. Erickson.

- **Indicaciones y Contraindicaciones:**

- Es posible que durante el grupo, haya una mayor sensibilidad de los familiares, por lo cual se hablará sobre las emociones que pueden experimentarse cuando una familia recibe a un hijo (a) que ha permanecido por algún periodo en un hospital.
- Se debe mencionar que en caso de necesitarlo, pueden solicitar la ayuda de un profesional de la salud por algún inconveniente que se pudiera desarrollar.
- En caso de no contar con un grupo numeroso, el instructor deberá adaptar la dinámica a la condición que se necesite.

- **Materiales:**

- ✓ Hojas de rotafolio.
- ✓ Pañuelos desechables..
- ✓ Folleto “Vuelta a casa tras la hospitalización. Guía para padres”.

DIPLOMA PARA EL MEJOR PACIENTE.

Al igual que en el caso del miedo, para afianzar la autoestima y reforzar las habilidades utilizadas para superar la crisis de salud, se le entrega al niño otro diploma como se muestra abajo.



¡Colorea tu título como quieras!

## **D. TÉCNICAS ORIENTADAS A FOMENTAR APOYO SOCIAL.**

La familia se designa como el conjunto de contactos significativos convenientes para evitar alteraciones originadas por la hospitalización. Por tanto, se tiende a introducir cada vez más figuras de apoyo que minimicen la ruptura del niño con su medio ambiente natural.

Los programas que incluyen apoyo social y emocional pretenden cubrir las necesidades y problemas que en el aspecto psicosocial presentan la hospitalización infantil.

El conocimiento del diagnóstico puede resultar especialmente duro e impactante en el núcleo familiar. El niño y su familia se enfrentan a una problemática muy diversa. Algunos de estos problemas son:

- Desestructuración familiar
- Problemas sociales de rendimiento,
- Disfuncionamiento social dentro de la familia y en los relacionados con el mundo exterior.
- Trastornos emocionales en todos los miembros de la familia durante las fases de la enfermedad.
- Problemas económicos debido a la necesidad.

Todas las áreas vitales (física, psicológica, emocional y espiritual) que confluyen en el núcleo familiar están íntimamente relacionadas. Por ello, ofreciendo recursos de apoyo se está favoreciendo una actitud saludable ante la enfermedad, lo que va a permitir al niño y su familia adaptarse a la difícilísima situación que comporta la pérdida de salud, su tratamiento y sus posibles consecuencias.

### **1. CADENA DE FAVORES**

Con esta técnica se busca preparar a los padres de familia a través del uso de la información. Sabiendo que el conocimiento ayuda a generar alternativas de intervención, la técnica se basa en una dinámica de grupo en la cual todos los padres de familia pueden compartir ideas, inquietudes y generar alternativas de intervención. Todo esto se logra complementar a través de una Guía para

padres, la cual proporcionar pautas informativas sobre diferentes momentos durante la hospitalización. La técnica intenta que la familia mantenga un papel activo durante la hospitalización.

Como se podrá observar, esta técnica está diseñada para realizarse cuando haya la posibilidad de trabajar con varios padres y conformar un grupo de apoyo.

## **CADENA DE FAVORES**

**Duración:** 30 – 45 minutos

- **Objetivos:**

- Que los padres conozcan la manera en la que podrán apoyar a sus hijos durante la hospitalización.
- Brindar a los padres de pacientes hospitalizados información que les permita tomar acciones en beneficio de su hijo.
- Permitir la interacción de las familias de nuevo ingreso con familias que tienen algunos días en el hospital con el fin de que exista un intercambio de ideas e inquietudes que a su vez ayude a mitigar la ansiedad de algunos padres.
- Entregar un folleto de consulta rápida donde se brindan consejos prácticos para sobrellevar el proceso hospitalario.

## **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

### **1. Cadena de nombres.**

Antes de iniciar con la actividad principal es importante que los papás que integran el grupo se conozcan entre sí. Para ello, se llevará a cabo la actividad “Cadena de nombres”. La primera persona únicamente dirá su nombre. Las siguientes personas deberán repetir en orden los nombres de las personas que le anteceden y enseguida dirá su nombre en voz alta. De esta manera se continúa con el resto del grupo, de tal forma que la última persona deberá repetir el nombre de todos los presentes.

Por cada error que comenta una persona, el instructor pondrá una “peca” con lápiz en el rostro de la persona. La actividad permitirá que los integrantes se conozcan entre sí y les permitirá distraer su atención de su situación actual de hospitalización.

Al término de la actividad cada persona se colocará una etiqueta con su nombre a fin de que se les pueda identificar fácilmente.

## **2. Para empezar.**

El instructor pedirá a los padres que expliquen el motivo por el cual creen que el taller se llama “Cadena de Favores” y que esperan aprender en él (el instructor deberá apuntar las ideas que van surgiendo en papel rotafolio).

Después de varias opiniones, el instructor explicará el motivo de la reunión en grupo y dejará pendiente la explicación del nombre del taller.

Posteriormente, se les pide a los padres que expongan la principal inquietud que tienen respecto al ingreso de sus hijos al hospital (el instructor deberá apuntar en papel rotafolio, las inquietudes del grupo).

Una vez que se ha escuchado a cada uno de los padres, se repartirá a los padres de primera vez el folleto “Mi hijo en el hospital. Guía práctica para padres”. Se inicia la lectura pidiendo a cada uno de los presentes leer en voz alta una parte del folleto. Al término de cada sección del folleto, se dará un momento para reflexionar y opinar al respecto.

## **3. Participando en la hospitalización de mi hijo.**

Una vez que se conocen las principales inquietudes de los padres algunas de las actividades que se pueden realizar antes, durante y al momento del alta, se alentará a los participantes a iniciar una lluvia de ideas (el instructor deberá apuntar las ideas que van surgiendo en hojas de rotafolio).

En este momento se debe alentar a los padres a compartir actividades que creen que pueden beneficiar a sus hijos durante la hospitalización, o bien que han apoyado a sobrellevarla.

Se debe motivar a los padres que tiene algunos días en el hospital a que compartan sus experiencias en las cuales han realizado actividades que han beneficiado a sus hijos. El instructor, deberá en todo momento, brindar consejos sobre la adecuada aplicación de las actividades, permitiendo obtener el mejor beneficio para el niño hospitalizado. Antes de finalizar con la actividad, se pedirá a los padres mencionar de qué forma creen que lo revisado pueda beneficiarles a ellos y a sus hijos.

## **4. Reflexión final y cierre.**

El instructor deberá hacer énfasis en que no todos están por los mismos motivos pero comparten el mismo sentimiento, es decir, el interés porque su

hijo o familiar recupere su salud. El grupo es un espacio que se les brinda con el fin de compartir experiencias buenas y no tan buenas, y el instructor esta para apoyarles en cualquier momento, dentro y fuera del grupo.

Una vez dicho esto, se pedirá a los padres que tiene algunos días en el hospital que compartan avances, noticias o posibles altas de sus hijos, recaídas o situaciones críticas al resto del grupo.

Antes de finalizar se explicará al grupo el significado del nombre del taller: “*Cadena de Favores*” significa que cada uno de los presentes beneficiará de manera directa a otra persona que puede o no, estar presente en el grupo. Es decir, el grupo se conforma por padres que acuden por primera vez y por padres que tiene algunos días dentro del hospital. Los padres de primera vez, llegan con dudas, inquietudes y miedos; sin embargo se van con información valiosa que beneficia y reduce los efectos negativos de la hospitalización en sus hijos. También tiene la oportunidad de escuchar consejos de padres que tiene varios días en el hospital y que podrán serles de utilidad durante la hospitalización de sus hijos.

Durante la siguiente reunión, habrá algunos papás que se hayan retirado del hospital y habrá algunos otros que continúen con sus niños hospitalizados. Pero con mucha seguridad habrá nuevos papás que lleguen con dudas, inquietudes y miedos similares a los que ellos presentaron. Por lo tanto, los papás que hace unos días acudían como de primera vez, formarán parte del grupo de los “papás experimentados” y compartirán sus experiencias con los de nuevo ingreso.

De esta manera, se invita a los padres a acudir y no faltar en la próxima fecha del taller ya que nuevos papás llenos de dudas podrán beneficiarse con sus experiencias.

- **Indicaciones y Contraindicaciones:**

- Se considera a padres de primera vez a aquellos que tengan de 0 a 2 días en el hospital.
- Se recomienda llevar a cabo el taller por lo menos 3 veces por semana (lunes, Miércoles y Viernes).

- **Materiales:**

- ✓ Etiquetas.
- ✓ Plumones.
- ✓ Papeles rotafolio.
- ✓ Pañuelos desechables.
- ✓ Folleto “Mi hijo en el hospital. Guía práctica para padres”.

## “MI HIJO EN EL HOSPITAL. GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES”.

La hospitalización es una experiencia nueva y a menudo aterradora, una preparación cuidadosa lo ayudará a entender y aceptar los procedimientos necesarios.

Estudios demuestran que preparar psicológicamente a los niños antes de una hospitalización beneficia en:

- Mejor adaptación a la rutina y entorno hospitalario.
- Disminución del estrés antes y después de procedimientos invasivos.
- Menor ansiedad durante la hospitalización.
- Rápida y efectiva recuperación, disminuyendo los días de estancia hospitalaria.

Es muy común que los padres como tú, tengan dudas acerca de esta preparación, por lo que a continuación te presentamos una serie de pautas que te facilitarán la tarea.

### **Antes del ingreso al hospital**

Para cualquier niño, la hospitalización representa una circunstancia difícil que genera una crisis, ya que carece aún de ciertos recursos para enfrentar situaciones desconocidas y/o dolorosas. Por esta razón sugerimos inicie pláticas con su hijo sobre el tema desde el momento en que el pediatra sugiera su ingreso. Conviene, uno o dos días antes del ingreso, retomar el tema y hacer hincapié respecto a las dudas que pueda tener el niño.

Para una adecuada preparación de su hijo antes de su ingreso al hospital, sugerimos tenga en mente los siguientes puntos:

- Informe a su hijo cómo las actividades cotidianas cambiarán. Por ejemplo, que va a estar en una habitación diferente, que conocerá a gente nueva (médicos, enfermeras, voluntarios...), que encontrará niños que les ocurre algo parecido y que necesitan estar en el hospital para que les ayuden a recuperar su salud.
- Si ha estado anteriormente en el hospital, es bueno recordarle las cosas agradables que ocurrieron durante su estancia o lo que hacían los médicos y las enfermeras para su recuperación.
- Debido a que el niño aun no es capaz de comprender los motivos que generaron su ingreso hospitalario, suelen interpretarlo de forma errada pudiendo percibirlo como un castigo. Por esta razón será importante que explique que la hospitalización se debe a una pérdida de su salud, y su ingreso ayudará a que la recupere.
- Sea sincero y evite distorsionar la información sobre la hospitalización. Use palabras que le sean conocidas y no suenen amenazadoras. Por ejemplo use

“molestia” en lugar de “dolor”, “abertura pequeña” en vez de “herida”.

- Permítale expresar sus emociones e inquietudes derivadas de la hospitalización. Evite frases como "no es nada", "no seas infantil", "tu hermano fue mucho más valiente"; pues sólo conseguirá asustarle más. Emplee palabras que le ayuden a infundirle valor como “Tu podrás hacerlo” , “Estas en buenas manos”
- Permita a su hijo preparar las cosas que llevará al hospital como por ejemplo algunos juguetes preferidos, fotos familiares, etc. Asegúrese de incluir mantas y ropa que sepa que le gustan y que le dan la sensación de seguridad.
- Acuda al hospital en compañía de su hijo para hacer una visita a las diferentes unidades por las que va a pasar, esto le ayudará a sentirse más tranquilo y estar más familiarizado con el ambiente hospitalario.

***Cuando un niño comprende la verdadera finalidad de su hospitalización es capaz de tolerar mejor las molestias y el dolor.***

### **Durante su hospitalización.**

Como padre o madre, sabemos que desea brindar a su hijo los mejores cuidados y el apoyo necesario para que la experiencia hospitalaria sea lo más agradable posible. Por ello proponemos las siguientes pautas:

- Respete y siga las instrucciones del personal médico. Colabore y confíe en ellos.
- Pregunte al médico todo lo que no entienda y que esté relacionado con la enfermedad y el tratamiento. No se quede con ninguna duda.
- El personal médico que tiene asignado su hijo le informará todos los días sobre el diagnóstico, el tratamiento y los progresos médicos. Una comunicación satisfactoria con el personal sanitario le ayudará a adquirir control sobre la situación, a aliviar sus preocupaciones y expresar sus sentimientos.
- Es conveniente tener a la mano el nombre del servicio donde está ingresado su hijo, el nombre de su médico, el nombre del supervisor/a de enfermería, así como el horario y lugar de la información médica.
- Es importante estar tranquilo. Si usted se siente preocupado e inquieto, su hijo lo percibirá y también se angustiará. En este caso conviene platicar con el niño de su preocupación como padre, de esta manera el niño tendrá la oportunidad de expresarle sus propias inquietudes y miedos en un ambiente seguro y de confianza.
- Se sugiere a las madres permanecer a lado del niño. Cuando esto no sea posible, no hay que prometerlo. El niño debe saber cuándo va a marcharse y cuándo se espera que regrese. Las despedidas pueden ser difíciles y provocar llanto, pero las respuestas evasivas pueden aumentar la angustia del niño, por lo tanto deberá hacer hincapié en la seguridad de su regreso.
- Trate de explicar el padecimiento en términos que él pueda entender así como



los beneficios que el tratamiento traerá. Cuando no se dan explicaciones claras y razonables sobre la naturaleza de la enfermedad y el tratamiento, es característico que el niño formule sus propias conclusiones acerca de lo que está pasando. Las ideas distorsionadas, cuando no se aclaran, pueden ser más atemorizantes que las presentaciones realistas, y suelen convertirse en obstáculos para una evolución emocional saludable.

- Es posible que el niño rechace la administración de tratamientos dolorosos como la colocación de una vía intravenosa, inyecciones, etc. Ayude a tranquilizarlo comentando que es muy seguro que le duela, pero sólo será por unos momentos. También puede ayudar tratando de distraerlo mediante la implementación de actividades tales como cantar su canción favorita, contando series de números (de 3 en 3, de 100 al 0, números pares, etc.), jugando con su muñeco favorito, etc.
- Es muy normal que el niño llore o cambie su comportamiento repentinamente, ya que estas son formas de expresar lo que le está ocurriendo. Por lo tanto evite frases como "no llores", "no te va a doler", "qué van a pensar de ti", o "mira ese niño, es mucho más pequeño y no llora y se porta mucho mejor que tú", ya que puede debilitar su autoestima.
- En caso de que requiera cirugía será importante explicarle a detalle el procedimiento al cual será sometido. De igual importancia es asegurarle que ninguna otra parte de su cuerpo va a ser operada. Puede apoyarse de dibujos y esquemas de la figura humana para señalar la zona que será intervenida.
- Se debe brindar al niño la seguridad de que al durante la cirugía, usted estará al pendiente y a la espera de su regreso a la habitación.
- Conviene dejar al niño tomar pequeñas decisiones, **ya que toda situación que conlleve una pérdida de control puede ser un gran problema.** Una acción tan simple como ser capaz de decidir, por ejemplo, dónde recibir una inyección, en qué brazo, o incluso si tendrá o no la mano de mamá, puede ayudar a los niños a controlar una situación aún cuando el nivel de control sea, en realidad, mínimo.
- Tranquilícelo constantemente: hágale saber que va a permanecer con él y que se irán a casa cuando sea oportuno.
- Cuídese. Alimentarse y descansar adecuadamente durante la hospitalización de su hijo es importante para que pueda proporcionarle todo el apoyo que él necesita.
- Trate de que su hijo no pierda contacto con sus hermanos, amigos y otros familiares. Sugiera que envíen fotos, cartas o dibujos para adornar la habitación del niño.

**Cuanto más informado este usted, más ayuda podrá ofrecerle a su hijo.**

### **Alta Hospitalaria y Regreso al hogar.**

El alta hospitalaria es uno de los días más deseados y más temidos por los padres; la vuelta a casa supone reproducir en cierta medida el esquema de

atención proporcionada en el hospital. A partir de ese momento usted deberá asumir la responsabilidad que supone el cuidado y control de su hijo convaleciente.

- Su médico le dará indicaciones sobre cómo administrar los fármacos así como recomendaciones para el cuidado de las heridas.
- Incorpore al niño a la vida de la familia tan pronto sea posible. Esto significa dar al niño responsabilidades a la altura de sus capacidades.
- Reconozca la valentía del niño, pero absténgase de hacer de él el centro de las miradas debido a su enfermedad.
- Hay el peligro de que el niño utilice sus síntomas para llamar la atención. Se le pueden brindar elogios y besos cuando haga algo graciosos y productivo, pero que no tenga relación con su enfermedad.
- Sea cariñoso, firme y consistente, especialmente en el manejo de problemas disciplinarios.
- Las fobias, las pesadillas, los síntomas de regresión, el negativismo y los trastornos en la alimentación y en el aprendizaje son secuelas muy comunes de la hospitalización que tienden a desaparecer con los días.
- Permítale expresar sus sentimientos en relación con su enfermedad y su hospitalización. Aclare sus confusiones. El hablar las cosas ayuda al niño a integrar las experiencias en su vida.
- Evite dejar solo al niño por mucho tiempo o durante las noches, hasta que esté bien adaptado y se sienta seguro en el hogar.
- Permita al niño visitar al personal que lo atendió en el hospital cuando el rumbo le quede cerca o vaya a consulta externa.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- Alonso, J. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3 (1), Págs. 56-70.
- Álvarez, M. (1991). Pediatría comportamental: manejo clínico psicológico de niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23 (3), 361-381.
- Ávila, N. (s.f.). *Aplicaciones virtuales de arte infantil en contextos hospitalarios*. [www.ucm.es/info/mupai/articulo%20CONGRESO.doc](http://www.ucm.es/info/mupai/articulo%20CONGRESO.doc). Recuperado el 10 de Diciembre de 2008
- Aubert, J. L., y Doubovy, C. (1993). *¡Mamá, tengo miedo! Guía para madres ansiosas*. Barcelona: Gedisa.
- Caballo E. V., (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.
- Calvillo, A. M. G., (1996). *Los niños hospitalizados un sector marginado de la educación en México: una propuesta pedagógica*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Costa, M. G., González, R., y Gisbert, S. (2000). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*. España: Nau llibres.
- Cramer, B. (1995). *seypna.com*. <http://www.seypna.com>. Recuperado el 06 de Febrero de 2010, de
- De La Huerta, R. B., y Corona, J. J. (2003). *Evaluación de los Estilos de Afrontamiento en Cuidadores Primarios de Niños con Cáncer*. Tesis de Licenciatura. México. UNAM (Facultad de Psicología).
- Del Barrio, C. D. (1990). *La comprensión infantil de la enfermedad. Un estudio evolutivo*. España: Editorial Anthropos.
- Donovan, D. A. (1988). Psicología pediátrica. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 20, 91-101.
- ENSA. Encuesta Nacional de Salud. Vivienda, población y utilización de servicios de salud, 2000.
- ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal, 2006.
- Feixas, G., y Miro, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

- Feldfogel, D. J., y Zimerman, A. B. (1981). *El psiquismo del niño enfermo orgánico*. Argentino: Paidós.
- Félix, G. A. (1994). El cuidado del paciente canceroso terminal. *Psicología y Salud*, *Enero-Julio*, 45-52.
- Fernandez-Castillo, A., y López-Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones. Miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*, 631-645.
- García- Trujillo, M. R. y De Rivera, J. L. G. (1992). Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. *Psiquis*, *13(6-7)*, 279-286.
- Gálvez, A. B. (2004). *Influencia De La Preparación Psicológica Basada En La Información Sobre La Ansiedad De Paciente Pediátricos Oncológicos*. Tesis de Licenciatura. México. UNAM (Facultad de Psicología).
- Giacomantone, E., y Mejía, A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Argentina: Paidós.
- González, R., y Montoya, I. (2001). La hospitalización pediátrica infantil: los espacios lúdicos. *Psiquis*, *22*, 264-275.
- Haller J. A., Talbert J. L., Dombro R. H., (1978). *El niño hospitalizado y su familia*. Buenos Aires: Ateneo.
- Hernández, E. (2007). *La ansiedad infantil en la internación*. Recuperado el 25 de Agosto del 2008, de Zona Pediátrica: [www.zonapediatrica.com](http://www.zonapediatrica.com)
- INEGI. Sistemas Nacionales Estadísticos y de Información Geográfica. Población por edad quinquenal. II Censo de población y vivienda, 2005.
- INP. Instituto Nacional de Pediatría. Agenda Estadística, 2006.
- Kendall, P., y Ford, J. (1988). Manejo cognoscitivo-comportamental del stress como estrategia en medicina conductual. *Revista Latinoamericana De Psicología*, *20 (1)*, 55-70.
- Knight, R. B., Atkins, A., Eagle, C. J., Evans, N., Finkelstein, J., W., Fukushima, D., Katz, J., y Weiner, H. (1979). Psychological stress, ego defenses and cortisol production in children hospitalized for elective surgery. *Psychosomatic Medicine*, *41(1)*, 40-49.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.

- Levine, M. I. (1965). Aspectos psiquiátricos de la práctica pediátrica. En Bellak, L. (Eds.), *Psicología de las enfermedades orgánicas: introducción a la medicina psicosomática*. (pp. 255-275). Buenos Aires: Horme: Paidós, [distribuidor].
- López, M.N. y Alvarez-Llañez, E. (1995). Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. *Boletín de Pediatría*, 36, 235 – 240.
- Manyande, A., Chayen, S., Priyakumar, P., Smith, C., Hayes, M., Higgins, D., Kee, S., Phillips, S., y Salmon, P. (1992). Anxiety and endocrine responses to surgery: paradoxical effects of preoperative relaxation training. *Psychosomatic Medicine* , 54, 275-287.
- Martínez, R., y Rodríguez, E. E. (2004). *Empleo de estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés ante procedimientos médicos invasivos aplicados a niños con leucemia*. Tesis de Licenciatura. México. UNAM (Facultad de Psicología).
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. Frontiers for a new health psychology. *American Psychology* , 35 (9), 807-817.
- Meichenbaum, D. (1985). *Manual de inoculación del estrés*. México: Martínez Roca.
- Melamed, B. G., Dearborn, M., y Hermecz, D. A. (1983). Necessary considerations for surgery preparation: age and previous experience. *Psychosomatic Medicine* , 45 (6), 517-525.
- Méndez, F. X., y Ortigosa, J. M. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F. X., Orgilés, M., López-Roig, S., y Espada, J. P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología* , 1 (1), 139-154.
- Mizell, T., y Drotar, D. (1999). Coping with pediatric ambulatory surgery: effectiveness of parent-implemented behavioral distraction strategies. *Behavioral Therapy* , 30, 657-671.
- Moix, J. (1996). Preparación psicológica para la cirugía en pediatría. *Archivos de Pediatría* , 47 (4), 211-217.
- Moñiz, M. V., Vaz, F. J., y Vázquez, F. (2000). Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria. *Anales Españoles De Pediatría* , 53, 229-233.
- Ortigosa, J. M., y Méndez, F. X. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas: teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Palomo, M. P. (1995). *El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Pastrana, S. E. (1998). *Estrés y Estilos de Afrontamiento Ante la Enfermedad Crónica en el Paciente Pediátrico*. Tesis de Licenciatura. México. UNAM (Facultad de Psicología).
- Pellicer, X. (1994). Aplicaciones de la hipnosis en la oncología. *Psiquis*, 15(7), 343-349.
- Pendfold, K., y Page, A. C. (1999). The effect of distraction on within-session anxiety reduction during brief in vivo exposure for mild blood-injection fears. *Behavior Therapy*, 30, 607-621.
- Pérez, M. G. (2006). *Psicoterapia Con Niños Con Cáncer Y Con Sus Familias*. Tesis de Maestría. México. UNAM (Facultad de Psicología).
- Pericchi, C., (1986). *El niño enfermo*. Barcelona: Herder.
- Petrillo, M. y Sanger, S., (1972). *Cuidado emocional del niño hospitalizado*. México: La prensa médica mexicana.
- Pinilla, A., y Jaramillo, J. (1993). Aspectos psicológicos del niño quirúrgico. *Revista Colombiana De Anestesiología*, XXI (47), 77-79.
- Piqueras, A. I., (2003). *La salud infantil y su atención médica*. Valencia : Centro Francisco Tomás y Valiente.
- Polaino A., Abad M., Martínez P., Del Pozo A., ( 2000). *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo?: el impacto del enfermo en la familia*. Madrid : Rialp.
- Priego, A., y Valencia, M. (1991). Privación, separación y hospitalización: sus implicaciones en el niño. *Psicología Y Salud*, Enero-Julio (3), 57-69.
- Ramírez, L. M., y Mateos, E. L. (2005). *Manejo Psicológico Del Dolor En El Paciente Pediátrico Postoperado*. Tesis de Licenciatura. México. UNAM (Facultad de Psicología).
- Rivera, R . ( 2007). *El niño con cáncer: los padecimientos más comunes para el médico no especialista*. México: Textos Mexicanos.
- Robles, T., ( 1990). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*. México. Instituto Miltosn H. Erickson.
- Ruiz, C. V. (1994). *Manejo Terapéutico De La Depresión Y Ansiedad En Padres De Niños Con Diagnóstico De Distrofia Muscular Progresiva Tipo Duchenne*. Tesis de Licenciatura. México. UNAM (Facultad de Psicología).

- Sánchez, M., y Vera, L. (1997). *La Importancia De Los Métodos Psicológicos En El Control Del Dolor Por Procedimientos De Diagnóstico Y Tratamiento Del Cáncer Pediátrico*. Tesis de Licenciatura. México. UNAM (Facultad de Psicología).
- Serrada, M. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Revista Educere. Artículos Arbitrados* , 11 (39), 639-646.
- Serrada, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista De Pedagogía* , 24 (71), 447-468.
- Secretaría de Salud. Servicios de hospitalización, 2006.
- SINAIS. Sistema Nacional de Información en Salud. Atención a la salud del niño por institución según tipo de atención, 2006.
- Thomann, M. J. (2002). *Manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en niños en un Hospital General de Pediatría*. Tesina de Licenciatura. Argentina. Universidad de Belgrano (Facultad de Humanidades).
- Trianes, M. V. (2002). *Niños con estrés. Cómo evitarlo, cómo tratarlo*. México: Alfaomega.
- Valdés, C., y Florez, J. A. (1992). El niño ante su hospitalización: principales agentes estresantes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* , 19 (5) 202-209.
- Valdés M. M., Flores T., (1990). *Psicobiología del estrés: conceptos y estrategias de investigación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Viar, M., Bereziartua, J. A. y Rodríguez, R. (2005). Programa de preparación psicológica para la cirugía infantil "Un día en el hospital: mañana me operan". En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría, Madrid: Exlibris Ediciones; Pp. 239-244.
- Vinaccia, S., Bedoya, L. M., y Valencia, M. (1998). Odontología y psicología: disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica. *Revista Latinoamericana De Psicología* , 30 (1), 67-82.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychologist: a role model. *American Psychologist*, 22 (4), 323-325.
- Zetterström, R. (1984). Responses of children to hospitalization. *Acta Paediatrica Scand.* 73, 289-295.