



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RIESGOS PSICOLÓGICOS DURANTE LA
HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

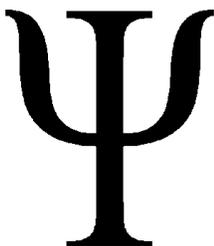
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

EDITH GABRIELA VILLARREAL AZÚA

DIRECTORA: Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez

REVISORA: Lic. Lidia Díaz San Juan



MÉXICO, D.F.

Noviembre, 2011



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

Agradezco a **Dios** por permitirme vivir una nueva etapa en compañía de la gente que me quiere y aprecia. Por bendecir mi camino y enseñarme a que los obstáculos te hacen más fuerte.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México UNAM** y a la **Facultad de Psicología**, estoy orgullosa de pertenecer a la mejor Universidad, siendo mi segundo hogar, formándome académicamente, profesionalmente y convirtiéndome en una mejor persona.

Agradezco a la Mtra. **Blanca Elena Mancilla Gómez** su apoyo, la confianza, la paciencia y guía que me ha dado durante este proceso de titulación y durante la carrera, por compartir sus conocimientos y su amor a la psicología, gracias por todo.

A mi revisora y sinodales.

Gracias a la Lic. **Lidia Díaz San Juan**, a la Lic. **Araceli Aída Mendoza Ibarrola** y al Dr. **Samuel Jurado Cárdenas**, por su guía y su apoyo en este proceso.

Así como también a la Lic. **Blanca Reguero Reza** gracias por su ayuda, por abrirme las puertas para poder concluir este trabajo, por confiar en mí, por su orientación y consejos, pero sobre todo por su amistad, la aprecio y la quiero mucho.

Al hospital 20 de Noviembre.

Por permitirme vivir una nueva experiencia tanto en lo laboral como en lo personal. Así como el poder conocer dentro de esta institución a personas que siempre recordaré. A la Psicóloga **Susana Ramírez Sibaja** porque sin su ayuda este proyecto no hubiera sido iniciado, gracias por brindarme una oportunidad de participar en su equipo de trabajo, pero sobre todo por la confianza, su apoyo y guía.

A los Doctores que trabajan dentro de este hospital, en especial al **Dr. Pezzotti**, al **Dr. Ortega**, al **Dr. De Diego** y al **Dr. Zaragoza**, gracias por sus conocimientos, su confianza y apoyo.

Y por último y no menos importantes a todos esos **Angelitos** que nos enseñan a no dejarnos vencer, que cada día es importante y hermoso, que la vida y la salud son primordiales. Gracias por enseñarnos a ser mejores profesionales y personas.

Gracias a mi familia, por todo su amor, apoyo y comprensión.

A mis **padres Alicia y Gil** por ser un ejemplo de vida, de amor, por escucharme y siempre apoyarme, gracias a ustedes por darme las bases para ser una mejor persona, por fin hemos logrado su última meta, el darme una carrera, saben que son todo para mí y estoy orgullosa de ser su hija, los amo.

A mis hermanos: **Mayra, Iván y Riquí** gracias por apoyarme, motivarme, enseñarme y quererme cada uno a su manera, saben que los amo.

A mis sobrinos: **Abraham, Marifer, Santi y Max** y los que están por venir, simplemente los amo.

A mis angelitos que son mi otra familia y que Dios ha puesto en mi camino:

Angélica, amiga gracias por tantos años de amistad ya es toda una vida y lo que nos falta, por ser mi confidente, mi apoyo, por permitirme compartir este camino llamado vida, simplemente por ser mi hermana. **Mayely** gracias por enseñarme a que una verdadera amistad puedes encontrarla con quien menos te lo esperas, gracias por ser parte de mi vida, sabes que te adoro y admiro.

Chicas: gracias por tantas alegrías, risas, momentos, porque sin ustedes no hubiera sido lo mismo esta etapa, simplemente gracias por ser mis amigas. **Mariana Mangin**, sista gracias por brindarme tu amistad sin siquiera conocernos, gracias por cada instante y momento que pasamos juntas, tú sabes lo importante que eres para mí Tqm. **Mariana Oviedo** gracias por todo tu apoyo, por tu amistad, por enseñarme que sí lo queremos lo podemos lograr y más si nos apoyamos Tqm.

Pichy gracias por tu sinceridad, por tu apoyo incondicional y amistad, simplemente gracias por ser como eres Tqm. **Julieta** gracias por dejarme conocerte, por ser mi amiga y brindarme tu apoyo Tqm. **Isabel** gracias por tu apoyo y amistad Tqm.

También agradezco a cada una de esas personitas que estuvieron, están o estarán compartiendo diferentes momentos en mi vida gracias a **Gerardo** por tu apoyo, a **Julieta Juárez**, a **Penélope, Jackie, Dafne** y **Jatzibe**, que son personitas hermosas que tengo el privilegio de conocer y considerarlos mis amigos.

También agradezco a todos aquellos que no mencioné, tal vez por descuido, pero sin intención, y espero puedan disculpar dicha omisión.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL	6
1.1 ¿Qué es un hospital?	6
1.2 ¿Qué es salud física?	7
1.3 ¿Qué es enfermedad?	8
1.3.1 Tipos de enfermedades	9
1.4 Hospitalización infantil: concepto e historia	11
1.5 Historia de la hospitalización infantil en México	16
1.5.1 Era precortesiana anterior a 1521	17
1.5.2 Época de la colonia (1521-1821)	18
1.5.3 El periodo de la independencia hasta la fundación del Hospital Infantil de la Ciudad de México (1821-1943)	20
CAPÍTULO 2. DESARROLLO COGNITIVO Y SOCIAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE	23
2.1 Teorías del desarrollo	24
2.2 Infancia	28
2.3 Niñez temprana	30
2.4 Niñez intermedia y tardía	32
2.5 Adolescencia	33
CAPÍTULO 3. FACTORES DE RIESGO Y RIESGOS PSICOLÓGICOS ANTE UNA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	35
3.1 ¿Qué es un riesgo?	35
3.2 Factores de riesgo	36
3.2.1 Enfermedad	38
3.2.1.1 Dolor	38
3.2.1.2 Riesgo de muerte	41
3.2.2 Procedimientos médicos	41
3.2.2.1 Inyecciones y extracciones de sangre	42
3.2.2.2 Aspiraciones de médula y punciones lumbares	42
3.2.2.3 Cirugía	43
3.2.3 Ambiente hospitalario	44

3.2.3.1 Ambiente inusual	44
3.2.3.2 Interrupción en la actividad diaria	44
3.2.3.3 Pérdida de autonomía e intimidad	45
3.2.4 Características físicas y psicosociales del paciente pediátrico	45
3.2.4.1 Edad	46
3.2.4.2 Historia de aprendizaje	47
3.2.4.3 Separación de los seres queridos	47
3.2.4.4 Contacto con los desconocidos	49
3.2.5 Familia y red social	49
3.2.5.1 Alteraciones emocionales de los padres	50
3.2.5.2 Alteraciones en los roles y funciones familiares	52
3.2.6 Amortiguadores	52
3.3 Riesgos psicológicos	54
3.3.1 Estrés y ansiedad	54
3.3.1.1 Estrés	55
3.3.1.2 Ansiedad	57
3.3.2 Depresión	59
3.3.2.1 Primera infancia y depresión	60
3.3.2.2 Edad preescolar y depresión	61
3.3.2.3 Edad escolar y depresión	62
3.3.2.4 Pubertad y depresión	63
3.3.2.5 Adolescencia y depresión	64
3.3.3 Repercusiones negativas de la hospitalización infantil	65
CAPÍTULO 4: PERSONALIDAD Y SALUD	67
4.1 ¿Qué es personalidad?	68
4.2 Relación entre personalidad y salud	71
4.2.1 Modelo pentafactorial: los cinco grandes rasgos	72
4.2.2 Patrón de conducta tipo A	74
4.2.2.1 Hostilidad e ira	75
4.2.3 Personalidad tipo C	76
4.2.4 Personalidad tipo D	77
4.2.5 Enfoque cognitivo	77
4.2.5.1 Optimismo y pesimismo	78
CAPÍTULO 5: MÉTODO	80
5.1 Justificación	80
5.2 Objetivo general	80
5.3 Tipo de estudio	81
5.4 Procedimiento	81

CONCLUSIONES	83
Limitaciones y sugerencias	90
REFERENCIAS	92

RESUMEN

El objetivo de esta tesis es explorar la existencia de riesgos psicológicos durante la hospitalización en pacientes pediátricos, realizando una revisión bibliográfica para recopilar la mayor información. Se incluyeron las definiciones de hospital, salud y enfermedad; también se aborda la historia de la hospitalización infantil en el mundo, profundizando este aspecto en México. Además se retoman teorías del desarrollo del niño, donde se abarca a una población desde recién nacidos hasta dieciocho años. Se revisaron los diversos factores que intervienen durante el proceso de hospitalización infantil entre ellos la edad, la familia, la relación con el personal sanitario y la personalidad, siendo éstos los factores que más influyen en el estado emocional, conductual y de salud de los niños durante su estancia hospitalaria.

A manera de conclusión se halló que la ansiedad, el estrés y la depresión son los riesgos psicológicos que tienen una mayor importancia y frecuencia durante la hospitalización de la población infantil.

Palabras claves: Riesgos psicológicos, hospitalización y pacientes pediátricos.

ABSTRACT

The main purpose of this work is to explore the existence of psychological risks of pediatric patients during hospitalization, including a bibliographic review in order to gather as much information as possible. Definitions like hospital, health and disease were included; a short history of hospitalization is treated, too, focusing this last one on Mexico. Child development theories are retaken, where a new born to eighteen years old population is taken in consideration. Several factors involved during the hospitalization process of these individuals such as age, family, relationship with the hospital crew and personality were reviewed due to their importance in the emotional, behavioral and health status of these children during their residence in a hospital.

As conclusion, it was found that anxiety, stress and depression are the most important and frequent psychological risks during pediatric hospitalization.

Keywords: Psychological risks, hospitalization, pediatric patients.

INTRODUCCIÓN

El ingreso hospitalario de un niño y en general de cualquier persona, siempre constituye un hecho traumático en el incipiente psiquismo infantil (Quiles y Méndez, 2003). Además para un niño la hospitalización es un estímulo altamente desencadenante de estrés. Ya que no solo tiene que enfrentarse a los cambios físicos y psíquicos que conllevan la enfermedad. Sino que al ser hospitalizado el niño debe integrarse a un nuevo sistema, lo cual constituye una nueva fuente de tensiones y conflictos que añadir a las ya existentes.

Por eso el objetivo de esta tesis será definir cuáles son los riesgos psicológicos que se presentan durante la hospitalización para prevenirlos de manera adecuada; para esto es importante conocer los cambios, los procesos de adaptación y factores que influyen en los niños y su entorno.

Se efectuará una búsqueda documental y bibliográfica, para recopilar la mayor información acerca de los factores y riesgos psicológicos que conllevan una situación de hospitalización en pacientes pediátricos, los cuales deben enfrentarse cada día. Esto con el fin de poder intervenir de manera adecuada y oportuna, para que este proceso de hospitalización sea el más apropiado y menos traumático.

Los niños hospitalizados cuando se enfrentan a estos cambios, a la mayoría les cuesta trabajo adaptarse a estas nuevas costumbres que configuran un diferente estilo de vida temporal, que frecuentemente se oponen y contradicen. A esto se le suman las circunstancias no solo de la enfermedad sino también de la separación del hogar, muchas veces esto puede llegar a provocar que su estadía en el hospital sea mucho más dolorosa, conflictiva, ya que pueden dificultar los procesos médicos, la comunicación entre sus familiares o el personal del centro hospitalario afectando su pronta recuperación. Además se deben tomar diversas variables como la edad de los niños, ya que los más pequeños pueden presentar

mayores riesgos psicológicos que los adolescentes; la duración de la estancia hospitalaria ya que no enfrentan los mismos riesgos los niños que ingresan por primera vez a los que ya llevan una hospitalización continúa. Estos aspectos se deben considerar con la finalidad de poder ayudar de la mejor manera a los niños, orientar a sus familias y al centro de salud.

Con todo esto se consideró importante recopilar diferentes enfoques y autores, que abarquen conceptos, los cuales pueden ayudar a entender mejor cómo puede reaccionar el niño ante una situación de hospitalización. La información encontrada abarcó a autores desde 1946 hasta el 2010. El tema principal en el cual se basó esta investigación fue la hospitalización infantil y sus consecuencias. Los autores que sobresalieron son: Spitz (1946) y el hospitalismo, Eysenck (1947) y la teoría trifactorial de personalidad; Bowlby (1952) con la teoría del apego; Frydenberg (1992) y los estilos de afrontamiento, Valdés y Florez (1992) y los estresores del niño ante la hospitalización; Díaz (1995) y la depresión en niños; Rodríguez y Zurriaga(1997) y el estrés de la enfermedad y la hospitalización; Ortigosa y Méndez (2000) que investigan las consecuencias de la hospitalización infantil, factores y consecuencias; Rodríguez (2001) el dolor y los niños; Alonso (2005) investigó la preparación psicológica en cirugía en niños, como también el estrés de los padres; Rodríguez y Frías (2005) investigaron factores psicológicos en la hospitalización, profundizando en personalidad; Saucedo, Valenzuela, Valenzuela y Maldonado (2006) investigaron el estrés ante la venopunción en niños y adolescentes; Solloa (2006) habló sobre los trastornos psicológicos en el niño poniendo atención en la depresión; Valencia, Flores y Sánchez (2006) realizaron una investigación aplicando un programa conductual en los niños con padecimientos oncológicos; Luque (2007) habló sobre factores psicosociales y el papel de la familia; Moreno (2007) personalidad; Morrison y Bennett (2008). *Psicología de la salud* tomando el tema de personalidad; Alfaro y Atria (2009) hablan de la hospitalización; García, Quintana, Acuña y Montoya (2009) investigan acerca de estrés en padres con hijos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales; Miranda, Río y Ledesma (2009) estudian las

necesidades de apoyo psicológico a niños y padres hospitalizados; Pervin y Cervone (2009) personalidad; Vargas y Sánchez (2009) estudian el papel de los padres con pacientes epilépticos; Candelario (2010). Ansiedad prequirúrgica en niños y el afrontamiento en sus padres y Mangin (2010). Efectos de la preparación psicológica previa a cirugía mayor dirigida a pacientes pediátricos.

Primeramente se retomará la historia de la hospitalización en México, cómo ha ido evolucionando a través del tiempo, y las modificaciones que se han realizado, así como la participación que han tenido los psicólogos dentro de este ámbito hospitalario. A continuación se explicará el tema del desarrollo del niño, desde el aspecto cognitivo y social, esto con la finalidad de comprender en qué momento y situación está viviendo el infante. Abordaremos con mayor profundidad los factores involucrados en los efectos psicológicos ¿cuáles son?, ¿cómo interactúan sobre el niño? y los riesgos que están presentes durante la hospitalización. Por último se abordará el tema de personalidad, mencionando cuales son los tipos de personalidad que son más susceptibles y puedan presentar mayor vulnerabilidad, así como que modelos de personalidad han sido investigados y relacionados con temas de la salud.

CAPÍTULO 1

LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

1.1 ¿Qué es un Hospital?

De acuerdo a López, Pasor y Neipp (2003), los hospitales son instituciones para el cuidado de la salud dentro de los sistemas sanitarios. Constituyendo escenarios de interacción en los que se desarrolla la atención a la salud.

Anteriormente los hospitales eran lugares de caridad, centros de ayuda a pobres, huérfanos y viajeros, y no solamente enfermos. Estos establecimientos en el siglo XVIII eran denominados hospitales, sin embargo su significado era el de “casa de acogida” o “lugar para morir”.

Durante la ilustración cambió este enfoque sobre los hospitales, convirtiéndose en lugares de atención sanitaria centrados en la curación y el desarrollo de conocimientos.

Los hospitales se han ido desarrollando durante el tiempo hasta cumplir actualmente diferentes funciones. De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española el hospital es un “establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza”. En 1946, las Naciones Unidas crearon la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual definió al hospital como “parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación” (Salleras y Asenjo, 1990 citado en Ramírez, 2005). Con todo esto la función de un hospital es proporcionar un servicio a la comunidad

donde el principal objetivo es prevenir, diagnosticar y curar, de manera oportuna y eficaz, las enfermedades.

No todos los hospitales son iguales, pues la estructura organizativa es diferente, cambiando en función de su tamaño y del tipo de sistema de salud de cada país o comunidad.

Pero independientemente de las diferencias entre hospitales y de los objetivos su principal meta es la curación o al menos el bienestar del enfermo, convirtiéndose en el foco principal de la organización.

1.2 ¿Qué es salud física?

La salud pasa por un proceso de adaptación continua con los millares de microbios, estímulos, presiones y problemas que desafía diariamente el hombre. El concepto de salud, ha ido cambiando considerablemente a lo largo del tiempo, desde sus definiciones, hasta la visión que cada individuo le asigna de acuerdo a su cultura y vivencias personales.

En la prehistoria se consideraba que la salud estaba expuesta al peligro por espíritus procedentes del exterior que se introducían en el cuerpo, mientras que los babilonios y asirios (1800-700 a.C), al igual que los hebreos (1000–300 a.C), pensaban que la salud era un regalo de una divinidad o divinidades mientras que la enfermedad era un castigo, la antigua china (1100-200 a.C) creía que era un equilibrio entre las fuerzas naturales. Descartes la definió como una condición del cuerpo mecánico, que ésta separado de la mente; en Alemania a finales del siglo XIX, Vichow consideró que estaba puesta en peligro por organismos microscópicos que invaden las células, produciendo enfermedades (Brannon, 2001).

Hasta hace poco tiempo la salud se consideraba en términos negativos como “ausencia de enfermedad”, es decir, la persona que no estuviese presentando una afección de salud se encontraba sana; sin embargo, en 1967 este concepto presentó una modificación trascendental al ser definida por la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”.

1.3 ¿Qué es enfermedad?

El organismo tiende a la homeostasis, es decir al equilibrio funcional. La enfermedad es una falla de los aparatos reguladores, ya sea por exceso de presión o falta de resistencia, llevando a la incapacidad permanente o transitoria de que el organismo mantenga la homeostasis. El ciclo de Salud-Enfermedad es continuo y se desarrolla no solo en el interior del organismo, sino entre él y el medio ambiente (Seppilli y Ciaranfi, citado en Berlinguer, 1994).

La enfermedad es el proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas, atribuibles a herencia, infección, dieta o al entorno (Anderson, 2003).

De acuerdo a Rodríguez y Zurriaga (1997) la enfermedad se trata de un proceso, el cual se divide en tres fases: en la primera, se presentan los síntomas físicos y el paciente tiene que realizarse estudios para un diagnóstico, en este periodo de espera, los niños en ocasiones se muestran tranquilos, aunque sí el proceso se prolonga y se realizan estudios dolorosos y cansados, pueden comenzar a presentar desesperación, enojo. Una vez establecido el diagnóstico se pueden crear fantasías y negaciones con respecto a la enfermedad y más cuando se trata de una enfermedad grave. La segunda fase implica frecuentemente hospitalizaciones y secuelas físicas, que harán que el paciente enfrente la nueva situación y la reorganización de su vida en función de la enfermedad. Finalmente

puede haber dos vertientes, la muerte del enfermo y lo que implica esta situación o bien, la reestructuración y adaptación de la enfermedad.

Cuando una persona se encuentra en desequilibrio biológico, éste repercutirá sobre las otras dos esferas (mental y social), es decir se verán afectadas y contribuirán a que el organismo se estabilice o bien continúe en esa falta de homeostasis.

La enfermedad se acompaña de una pérdida de bienestar físico, pero también, psicológico, que alteran la vida de la persona y su ambiente a corto, mediano y largo plazo, generando reacciones negativas en el paciente pediátrico. (Méndez y Ortigosa, 2000).

1.3.1 Tipos de enfermedades

Existen varias clasificaciones de la enfermedad, desde el punto de vista médico se han agrupado por órganos o aparatos afectados; sin embargo también existe la clasificación por gravedad, que es mucho más amplia. (Latorre y Beneit, 1992) y la cual será definida a continuación.

- **Enfermedades agudas**

Las enfermedades agudas son aquellas de corta duración y de consecuencias a corto plazo, causadas por factores muy concretos, como virus o agentes bacterianos (Latorre y Beneit, 1992). Al ser definidas y de pronta recuperación, se facilita el entendimiento de la misma al paciente y a los familiares de éste, por lo que existe una rápida aceptación y adaptación.

- **Enfermedades crónicas**

Una enfermedad crónica es un trastorno orgánico-funcional que obliga al paciente a modificar su modo de vida y que es probable que persista por

largo tiempo. Puede ser causado por múltiples factores, como los ambientales y hereditarios (Latorre y Beneit, 1992)

A diferencia de las enfermedades agudas, las crónicas producen un mayor nivel de estrés; ya que éstas suelen llevar largos procesos de diagnóstico y tratamiento que generalmente implican hospitalizaciones periódicas y/o prolongadas.

Pero no solo es el enfermo quien pasa por un periodo de crisis al saber su diagnóstico, también la familia sufre un desequilibrio social y psicológico, presentando intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones.

- Terminales

En general se tiene la idea que la enfermedad debe ser combatida y vencida, negándose el hecho de que ésta puede conducir a la muerte.

El enfrentarse con la muerte a través de un proceso de enfermedad terminal, hace que el enfermo sienta la dificultad de enfrentar la vida y la falta de control lo lleva a una sensación de desamparo. Cuando en la enfermedad existen desarticulaciones y cambios que dañan la imagen, existe una pérdida de autoestima. En algunas ocasiones, la muerte puede experimentarse como un castigo, asimismo, se reducen los intereses y se alteran las relaciones interpersonales. Todos estos cambios pueden incrementar la ansiedad y la aparición o potenciación de la depresión en el paciente.

La familia también responde con el mismo patrón del enfermo, se sienten solos, aislados, apartados, no hablan de la muerte, rechazándola y negándola (Navarro, 2004).

1.4 Hospitalización infantil: concepto e historia

Al igual como ha cambiado el concepto de salud, también ha variado la forma de enfrentar el proceso de enfermedad en las personas, requiriendo una constante evaluación y supervisión, los cuidados especiales y permanentes, son realizados a través de la hospitalización.

De acuerdo a Ortigosa y Méndez (2000) definen a la hospitalización como un período de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica referida a la enfermedad.

Para Alfaro y Atria (2009) la hospitalización es un periodo de tiempo requerido para el re-establecimiento de la salud óptima, no sólo física sino también psicológica, en el que es necesario permanecer recluido en un centro de salud, hospital o clínica, con el fin de recibir los tratamientos y cuidados adecuados.

El hecho de que algunos pacientes sean hospitalizados puede ser simplemente para que se les practiquen pruebas o procedimientos exploratorios, que son imposibles de realizar sobre bases ambulatorias; otros son internados porque su tratamiento requiere de un equipo sofisticado que solo el hospital puede adquirir y mantener; y algunos otros son llevados de manera impredecible o grave por su enfermedad. (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

En este proceso de recuperación de la salud, las percepciones, sentimientos y necesidades son muy variados entre quienes las experimentan, dependiendo del momento de la vida o etapa del ciclo vital que este enfrentando. Es por esto que encontraremos diferencias sustanciales en la forma de enfrentar este proceso en adultos o niños.

En la infancia la hospitalización puede tener repercusiones negativas, primeramente por que los niños no son quienes demandan la atención médica, si

no su familiar, principalmente la madre es la que lo lleva con el médico especialista formándose una relación triangular, madre –pediatra– niño. Los padres son quienes lo llevan por consejo de los médicos, sin darle una explicación previa a los niños, esto con la poca capacidad de asimilación de situaciones nuevas, la dependencia de terceros, la falta de puntos de comparación para asimilar estas experiencias y por sobre todo la alteración del proceso de desarrollo normal del niño y de su familia (Alfaro y Atria, 2009).

Asimismo la hospitalización o la enfermedad son estímulos altamente desencadenantes de estrés, el niño no llega a entender totalmente lo que es una enfermedad sobre todo si es muy pequeño, si en ocasiones no observa ningún malestar, ni comprende a qué se debe su dolor, complicando aún más entender porque razón se encuentra ahí.

La hospitalización infantil conlleva alteraciones en el ámbito físico y psíquico del menor. Por tanto, durante el internamiento, se le debe atender en las tres esferas biológica, psicológica y social, lo cual se logra si el personal de salud lo conoce en forma particular y establece con él una relación humanizada. (Méndez y Ortigosa, 2000).

La internación pediátrica como la conocemos hoy, dista mucho de lo que fue en sus comienzos. Los hospitales fueron pensados para adultos y durante siglos funcionaron con ese carácter. Las condiciones en que eran internados los niños han ido evolucionando con el correr del tiempo.

El primer centro de asistencia destinado al niño enfermo fue creado por Mastielier en Viena en 1787. Pero el primer hospital de pediatría, algo así como el acta fundacional de la especialidad, data de 1802, el Hospital Des Enfants Malades, en París.

La hospitalización acompañada de la enfermedad, genera cierto grado de alteración en la recuperación de los niños; según Bowlby esto “ha quedado demostrado desde tiempos remotos creándose conciencia de ello desde mediados del siglo XIX, cuando se observaba que la ausencia de estímulos positivos en neonatos desembocaba en una mayor tasa de mortalidad, debido principalmente a la separación de los padres y al trato poco afectivo entregado por el personal de salud hacia los niños”. Hasta la primera mitad del siglo XX los niños eran separados de sus padres durante las hospitalizaciones, para intentar proteger al niño de las infecciones que se suponían procedentes del exterior, experimentando lo que en aquel momento se llamó *hospitalismo*.

Este término es descrito y se conoce desde hace mucho tiempo y no solo es referido a centros clínicos, sino también a guarderías, orfanatos, y hogares infantiles.

René Spitz 1946, citado en Alfaro y Atria (2009), lo describe como:

El deterioro progresivo que aparece en los niños/as hospitalizados desde los primeros días de su vida y que no puede atribuirse ni a infecciones ni a deficiencias higiénicas, sino a la propia reclusión en el centro hospitalario. Además es un conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen como consecuencia de una prolongada hospitalización del niño menor de 15 meses de edad. Es un síndrome de consecuencias psíquicas negativas que se manifiestan sobre todo en niños pequeños y en niños mayores tras una larga permanencia en instituciones sanitarias. pp.38-39.

En ese mismo estudio Spitz, describe y clasifica tres etapas que sufrirían los niños durante el hospitalismo:

- En un primer período los niños se vuelven llorones y exigentes y se aferran a quien se acerque.
- En un segundo período los llantos se convierten en gritos, comienzan a perder peso y se detiene su desarrollo.
- En una tercera fase el niño se repliega y rechaza todo contacto adoptando una postura típica (acostado boca abajo).

Rodríguez (consultado el 22 de marzo de 2011) define la hospitalización como: “La serie de trastornos que sufre el niño/a internado como consecuencia de la carencia más o menos larga del clima familiar, que incluye la separación de la madre, la introducción en un ambiente extraño y la carencia de las relaciones afectivas propias del individuo”.

Cabe destacar que, actualmente el término “hospitalismo” ha cambiado su significado. Ahora se utiliza, en las situaciones en las cuales, el paciente o los padres del mismo, quieren permanecer más tiempo internados en el hospital, rechazando el alta, por los beneficios que reciben (Fernández, 2008).

A partir de la investigación de este tema, diversos autores hacen mención a la carencia de cuidados maternos en niños hospitalizados, Sir James Spencer describió en 1947 lo inadecuado de muchas salas pediátricas y en 1952 Ala Moncriell se refirió a la incorporación exitosa de madres en la hospitalización de niños menores de 5 años para la prevención de alteraciones psicológicas. Se continuaron los estudios sobre las necesidades psicoafectivas de los niños, llegando a la formulación de la teoría del apego por Bowlby y Robertson.

Es así que gracias al desarrollo de la teoría del apego, se produce un cambio radical en la hospitalización infantil, pasándose a la internación pediátrica conjunta, como la conocemos hoy.

En 1950, el gobierno británico aprobó una recomendación otorgando a las madres el derecho a permanecer, tanto de día como de noche, en los hospitales junto a sus hijos. Cambios similares fueron adoptados en Estados Unidos, donde, hasta 1954, la mayoría de los hospitales limitaban el contacto parental a dos horas semanales. Entre 1958 y 1975, el número de hospitales en que se permite la libre permanencia de los padres ha ido progresivamente en aumento. De ahí que haya que concluir afirmando que la regulación de las visitas de los padres ha cambiado sustancialmente en los últimos años.

Otro problema que ha contribuido a tomar conciencia del impacto de la hospitalización infantil fue la proclamación de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado en 1986, dándole así un carácter legal y obligatorio a la satisfacción de forma adecuada a las necesidades del niño hospitalizado y su familia.

En 1990 Chile ratificó la Convención de los Derechos del Niño, cuyo objetivo es hacer valer y reconocer la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los niños.

Otro aspecto importante que ha evolucionado, es el manejo del dolor en el niño. Hasta hace relativamente pocos años, el dolor en pediatría no era tratado, puesto que se consideraba que el Sistema Nervioso Central del recién nacido era inmaduro y por consiguiente no percibía sensaciones dolorosas, a su vez se creía que el niño no tenía memoria del dolor, por lo cual era innecesario calmarlo.

Actualmente nos encontramos en un momento en donde si bien la bibliografía demuestra que los niños sienten dolor, incluso algunos plantean que podrían percibir el dolor con mayor intensidad que los adultos, hallamos que el dolor en pediatría es aún subdiagnosticado y subtratado (Fernández, 2008).

Existen numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos por la internación pediátrica. Dichas investigaciones indican que la internación es un acontecimiento estresante, que le genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras. Es en base a dichas investigaciones que se comienzan a establecer estrategias que intentan contrarrestar el impacto negativo de la internación.

Anteriormente los aspectos psicoafectivos no eran tenidos en cuenta, básicamente por no contar con los conocimientos necesarios; se atendían entonces,

únicamente los aspectos biológicos, los cuales también se encontraban en desarrollo.

Gracias al avance en el campo de las ciencias sociales y al desarrollo de la psicología evolutiva es que se comienzan a obtener datos sobre las necesidades psicoafectivas del niño para su adecuado desarrollo evolutivo, comenzando, también, a tomarse en cuenta la repercusión de los aspectos emocionales durante la hospitalización.

1.5 Historia de la hospitalización infantil en México

El movimiento histórico de la atención y vigilancia de la salud del niño mexicano, tiene raíces que arrancan de la época precolombina.

A semejanza de otros pueblos de la tierra y desde que el hombre adquirió cierta madurez mental, el habitante del Continente Americano luchó por prevenir y curar las enfermedades buscando las formas para mantener su salud y prolongar la vida.

En virtud de la situación y evolución cultural, Mesoamérica se distingue dentro del Nuevo Continente por su empeño y organización en el arte de curar. México, particularmente cuenta con una representación escultórica encontrada en el Estado de México, que se sitúa alrededor del año 1500 a.C. y que se considera como el primer representativo del Médico Mexicano.

Sin embargo la atención médica especializada de los niños en México en el siglo XVIII aparece en forma tardía, prácticamente un siglo después de que surge en Europa.

De acuerdo a los hechos importantes que se han presentado en la historia y que han influido en el rumbo social, asistencial o científico de la Pediatría en México. Esto podrá dividirse en:

- Era precortesiana anterior a 1521.
- Época de la Colonia (1521-1821).
- El periodo de la independencia hasta la fundación del Hospital Infantil de la Ciudad de México (1821-1943).

De acuerdo a la división anterior se mencionaran los hechos más relevantes que sucedieron en cada una de ellas. Todo esto con el objetivo de conocer en general cual ha sido el avance, en torno a la salud de los niños en nuestro país.

1.5.1 Era precortesiana anterior a 1521

Hablar de la medicina en el México Prehispánico es imposible sin entender el concepto de Cosmovisión (Teoría o relato que trata del origen y la evolución del universo) que regía cada una de las actividades de las sociedades mesoamericanas. El mundo y la vida de todo individuo estaba circunscrita al designio de los dioses y los astros desde el mismo momento de su nacimiento e inclusive más allá de su muerte.

Un concepto fundamental en la vida de estas sociedades estaba constituido por la idea de equilibrio respecto a su entorno, a su propia persona y a su actitud ante los dioses; la búsqueda de mesura en diferentes aspectos del proceder diario, como el trabajo, la sexualidad y la actividad física, así como su comportamiento para y con el grupo. De esta forma, caer en algún exceso llevaba al desequilibrio y era causa de enfermedad.

La medicina prehispánica era, una suerte de magia y el resultado de amplios conocimientos sobre anatomía, fisiología y la acción de ciertos elementos provenientes de plantas, animales y minerales sobre el estado de salud de las

personas. Existían también diferentes figuras que contribuían en la sanación de los males producidos por castigo de los dioses.

En esta división de la atención a los enfermos no existía una gran especialización, existían divisiones entre los que trataban a las embarazadas, o los que hacían cirugías y quienes se dedicaban al resto de las enfermedades, A pesar de no existir la figura de un médico dedicado sólo a los niños, si es conocido que el cuidado prodigado a ellos era extremo.

La higiene diaria era fundamental y la lactancia materna era obligada, del tal forma que si la propia madre era incapaz de suministrar el preciado alimento al niño, se recurría a nodrizas. Posteriormente, había normas dietéticas especiales para los niños la alimentación, era estrictamente vigilada e incluía una dieta balanceada, rica en maíz, frijoles, amaranto, calabaza y una gran diversidad de productos de origen animal.

Otro hecho es que hacían notar que dentro del desarrollo somático del niño azteca, destacan tres fechas principales, 3, 6 y 12 años, y que corresponden según la psicología moderna a las tres etapas fundamentales de la formación de la personalidad del individuo (Toussaint, 1983). Sin embargo, estas medidas preventivas, así como el uso y comprensión de las diferentes sustancias y su interacción con el organismo, nos hablan del conocimiento y desarrollo de los primeros médicos de México.

1.5.2 Época de la colonia (1521-1821)

Con la llegada de los españoles al nuevo Continente, trajo la introducción de su cultura y con ella de los conocimientos y tratamientos médicos, propios de la época.

Además la salud en los orígenes de la Nueva España estuvo sujeta a tres factores: 1) Un cambio radical en las condiciones sanitarias de las comunidades; 2) La presencia de nuevos agentes patógenos a los que no se habían enfrentado las sociedades prehispánicas, así como el desplazamiento y marginación de numerosos grupos humanos, que enfrentaron diferentes condiciones geográfico-ambientales y 3) Una marcada desnutrición.

El resultado de esta brusca transición fue evidentemente, una alta tasa de mortalidad entre la población indígena, producto de la presencia de epidemias como la Viruela, el Tifo y el Sarampión, que causaban millones de defunciones y los antiguos médicos-chamanes no supieron ni pudieron enfrentar.

Las primeras acciones encaminadas a ofrecer servicios asistenciales a la población recayeron en personajes de la Iglesia, como Don Vasco de Quiroga (nombrado “Protector del niño indio en América”), Fray Bartolomé de las Casas, Don Juan de Zumárraga, Fray Pedro de Gante y Don Francisco Antonio Lorenzana.

En 1532 se fundó el Hospital de Santa Fe en Michoacán, y dentro de él un anexo que recibió el nombre popular de Hospital de la Cuna, estaba destinada a cuidar infantes, hospitalizarlos, criarlos y alimentarlos, considerado el primer hospital de niños en el país.

En los siglos XV y XVI, los doctores Pedro López y Alonso López fueron los primeros médicos dedicados a la atención y descripción de enfermedades propias de los niños mexicanos. La etapa más prolífica para la atención a menores en nuestro país fue a partir de la época independiente.

1.5.3 El periodo de la independencia hasta la fundación del Hospital Infantil de la Ciudad de México (1821-1943)

El periodo del conflicto bélico representó un estancamiento de todas las actividades de la nación que apenas iniciaba su construcción y fue hasta muchos después cuando la medicina y la atención a la salud de la infancia tuvieron un lugar de mayor trascendencia.

En 1860, Benito Juárez instauró que las instituciones de salud pasan del control de la Iglesia a resguardo del gobierno y se fomenta la creación de un Hospital de Maternidad e Infancia, su desarrollo se estancaría por el inicio del imperio de Maximiliano, durante éste se impulsó la creación de un nuevo centro para la atención materno-infantil, la Casa Asilo de San Carlos, proyecto financiado por la Emperatriz Carlota.

El primer hospital dedicado exclusivamente a atender niños tuvo su cuna en la ciudad de San Luís Potosí, en 1893, bajo el cuidado del Dr. Miguel Otero Arce, considerado el primer cirujano pediatra en México. Quien además produce la primera vacuna antirrábica, tres años después de la primera aplicación a un niño en París. Tres años después surgiría la primera revista pediátrica del país, los Anales del Hospital Infantil de San Luís Potosí, sin embargo, tanto la revista como el Hospital desaparecieron en 1900. Hasta este punto, la pediatría mexicana recaían en médicos generales y obstetras influidos por conceptos de la puericultura, quienes con la llegada restringida de la investigación y práctica de la medicina especializada en niños que se hacía en Europa y los Estados Unidos, poco a poco adquirieron el interés por prepararse profesionalmente en este sentido, por lo que muchos de ellos viajaron a esos lugares para regresar no sólo a practicar, sino a fomentar la enseñanza de la Pediatría en diversos sitios del territorio nacional.

En el año de 1905 se reorganizó la casa cuna y se funda el “Hospicio de Niños”; ese mismo año se fundó el pabellón de niños en el Hospital General de México, destinando su función a la beneficencia y a la caridad.

Es hasta la época post-revolucionaria, alrededor del año 1928, que se integró el Comité Nacional de Protección de la infancia y para el 19 de enero de 1930 se fundó la Sociedad Mexicana de Pediatría. En 1933 es reubicada la Casa Cuna en Coyoacán al frente de la cual se designó al Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, quien logró que la sección de niños enfermos funcionara como un pabellón pediátrico de excepcional calidad, y se sentaron las bases para organizar un hospital infantil. El Dr. Cárdenas falleció y ocupó la dirección el Dr. Federico Gómez Santos, quién continuo con el proyecto de construcción del Hospital del Niño.

En 1933 surgió el primer proyecto para la construcción y la organización del Hospital Infantil, se ofrecerían servicios de hospitalización con secciones de medicina, cirugía y padecimientos mentales con lesiones orgánicas; se contaría con el departamento de convalecientes, un pabellón de pensionistas y servicios de cooperación y se atendería una población de hasta 14 años, clasificada en diversos grupos de edad.

En 1943, se inaugura el Hospital Infantil de México, representando el parte aguas de la pediatría mexicana contemporánea. A partir de esa fecha se ofrecen servicios asistenciales con el mejor nivel de ese momento, se inicia la formación de pediatras mediante una residencia universitaria, y surgen protocolos de investigación biomédicas. Además el hospital influyo en la fundación de otras instituciones hospitalarias para niños, tanto en los estados de la República como en la Ciudad de México. En el Distrito Federal se fundaron 12 hospitales “periféricos” infantiles en la década de los cincuenta. En 1963 fue fundado el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS, y en 1970 abrió sus

puestas el Hospital de Pediatría de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, ahora Instituto Nacional de Pediatría.

Hasta ahora, el avance que ha tenido el país en cuestión de la salud en los niños, ha ido favoreciendo la disminución de la mortalidad, pero aún falta que se continúen apoyando programas para promover y fomentar acciones en pro de la salud de los niños, poniendo énfasis en los problemas actuales.

La hospitalización constituye una experiencia común tanto para niños como para adultos. No es raro que en nuestra infancia tengamos alguna herida, lesión, enfermedad o condición que requiera la hospitalización y en este caso, la propia experiencia hospitalaria constituye una fuente de estrés, y ansiedad.

CAPÍTULO 2

DESARROLLO COGNITIVO Y SOCIAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Para conocer acerca de los riesgos más importantes en el niño, tenemos que saber primero cuál es el desarrollo por el que pasan, y aunque puede variar, se da un proceso común para todos.

El desarrollo y el crecimiento de los niños es un continuo, por tanto, debemos tener presente que las características del pensamiento infantil se van modificando en cada etapa evolutiva, para lograr la comprensión del niño y poder comunicarnos con él.

Lo primero que tenemos que tener presente es que el niño presenta una lógica propia, que se basa en el conocimiento que tiene del mundo, de acuerdo a sus experiencias y a las características de su pensamiento.

El desarrollo son cambios producidos a lo largo del tiempo en el cuerpo, en el pensamiento o en la conducta de una persona, debido a la biología y a la experiencia.

Las investigaciones revelan que los niños criados en diversos contextos sociales, culturales o históricos se pueden desarrollar de manera muy distinta.

Los primeros años de vida de los niños son primordiales, para tener un buen desarrollo físico y mental, aprenden a cómo enfrentarse a las diferentes adversidades que se les presentan, como solucionar problemas. Por eso mismo podemos inferir que al ver un suceso como la hospitalización los niños sufran consecuencias ya sea largo, corto o mediano plazo.

2.1 Teorías del desarrollo

El estudio del desarrollo infantil en general es complejo y multifacético, en donde existen diversas teorías, cuando uno cree que la que conocemos es la correcta aparece otra que nos hace reconsiderar lo anterior, por lo que es importante, saber que ninguna teoría por sí misma es capaz de explicar todos los aspectos del desarrollo del niño. Cada una contribuye con una pieza del desarrollo, y aunque en ocasiones se discrepan unas entre otras, gran parte de la información es complementaria más que contradictoria. Por lo que a continuación en las siguientes tablas se ven brevemente algunas de las teorías del desarrollo (Petrillo y Sirgay, 1975).

Etapa del desarrollo Teorías del desarrollo	Desde el nacimiento, el primer año hasta 3 ½ (Infancia)
Signos del desarrollo y maduración del sistema nervioso central (Gesell)	<p><i>1 día a un mes:</i> responde a la campana; hace movimientos con los brazos y las piernas.</p> <p><i>1 mes:</i> sigue un objeto con los ojos; hace gorgoritos; cierra el puño: muestra reflejo tónico del cuello.</p> <p><i>2 meses:</i> sonrío a la gente; sigue con los ojos a un arco de 180º; reflejos transitorios como de moro, de succión, de presión.</p> <p><i>4 meses:</i> trata de alcanzar los objetos.</p> <p><i>5 meses:</i> vuelve todo el cuerpo de un lado a otro.</p> <p><i>6-8 meses:</i> agarra cosas; se sienta, se arrastra.</p> <p><i>9 meses:</i> suelta brusca y voluntariamente los objetos que coge.</p> <p><i>10 meses:</i> agarra con 2 dedos en pinza</p> <p><i>10-14 meses:</i> camina; conoce 3 a 4 palabras</p> <p><i>1 ½ años:</i> torre de 2 cubos; pintarraja con crayón; conoce 10 palabras; capaz de aprender hábitos de eliminación intestinal.</p> <p><i>2 años:</i> torre de 6 cubos.</p> <p><i>2 ½ años:</i> frase de 3 palabras nombra 6 partes del cuerpo; usa pronombres.</p> <p><i>3 años:</i> puede usar triciclo; copia la o; reconoce 4 colores.</p> <p><i>3 ½ años:</i> habla solo y con los demás; da vueltas; camina en línea recta</p>
Teorías en el campo de la interacción (Spitz, Escalona, Sander)	<p>Cuando el bebé envía una llamada indirecta a su madre grito de angustia. ¿Qué tan apropiada es su respuesta? Se ha llamado a esto el grado de acoplamiento entre la madre y el niño. Desarrollo de intercambios recíprocos y mutuamente regulatorios entre la madre y el niño; por ejemplo sincronía en el sueño, la alimentación, la eliminación. En los primeros meses, el niño gradualmente va tomando más iniciativa para señalar sus necesidades. Con el tiempo, el niño expresa sus necesidades con intensidad creciente.</p> <p>Desde el nacimiento hasta la edad de 2 años, la madre es el centro integrador del comportamiento afectivo. Los escapes sociales del bebé, tales como succionar, llorar, seguir con la mirada, abrazar, sonreír –todos conducen a respuestas de comportamiento de la madre. La angustia ante los extraños, a los 24 meses, coincide con el punto más alto de esta adaptación con la madre. La agresión es lo contrario del afecto y necesita desaliento, no castigo. La agresión se acentúa cuando la madre trata de combatirla o cuando se desteta al niño a la fuerza.</p>
Etapas del desarrollo intelectual (Piaget)	<p>Etapa sensoriomotora desde el nacimiento a los 2 años:</p> <p>Subetapa de “reflejo neonatal”: Completa indiferenciación del mundo propio.</p> <p>Subetapa “primaria circular”: los actos sencillos se repiten</p> <p>Subetapa “secundaria circular”: hay repetición de actos que afectan un objeto</p> <p>Subetapa “secundaria circular”: las acciones empiezan a recordarse.</p> <p>2 años: Por esta época el niño ejecuta combinaciones mentales ensayando y errando. Hay una organización relativamente coherente de la acción sensoriomotora. El niño aprende que algunas acciones tienen un efecto específico sobre el medio ambiente. Principia la actividad simbólica. Reconoce de manera constante los objetos externos. La palabra está representada en forma primitiva. Los símbolos y las figuras equivalen a los objetos. Predomina el pensamiento egocéntrico. (El niño refiere cada acontecimiento a sí mismo; por ejemplo, si la madre se retira es por algo que él hace)</p>
Tareas o crisis psicosociales (Erickson)	<p>Confianza o desconfianza: el primer año comprende la época en la que se adquiere la confianza de que las necesidades serán satisfechas y el sentimiento de sentirse físicamente seguro. Cuando las necesidades se satisfacen de manera constante, el niño anticipa la satisfacción que va a tener. El resultado es optimismo. Cuando el niño anticipa frustración, se desarrolla en él un sentimiento de pesimismo.</p> <p>Autonomía frente a vergüenza y duda. Del año a los 3 años. Los niños descubren su cuerpo y la manera de controlarlo. Exploran la comida y la ropa, aprenden a controlar los esfínteres y nuevas formas de exploración. Cuando comienzan a hacer las cosas sin ayuda, adquieren el sentido de seguridad y de control de ellos mismos. En cambio, aprenden a sentir vergüenza y a dudar de ellos si fracasan, si se les castiga o se les considera desordenados, torpes, impropios o malos.</p>

Etapa del desarrollo Teorías del desarrollo	El niño de 3 ½ a 6 ½ años (Niñez temprana o preescolar)
Signos del desarrollo y maduración del sistema nervioso central (Gesell)	4 años: copia X; avienta objetos; desarrolla la orientación derecha/izquierda 4 ½ años copia ↑ 5 años: Copia Δ; hace nudos en un cordón. 6 años: escribe su nombre con letras de imprenta; se ata los zapatos; arremeda funciones simples; monta en bicicleta; copia.
Etapas del desarrollo intelectual (Piaget)	De los 3 a los 7 años transcurre la etapa llamada “preoperacional” o “preconceptual.” El pensamiento es instintivo, prelógico (mágica). Empiezan los primeros intentos relativamente desorganizados y torpes para posesionarse del nuevo y extraño mundo de los símbolos. El pensamiento es todavía egocéntrico las conclusiones se basan en sentimientos o en lo que el niño quisiera creer.
Tareas o crisis psicosociales (Erickson)	Iniciativa frente a culpa. Los niños exploran el mundo por sí mismo. Descubren cómo funciona y la manera de influir en él. Para ellos, contiene personas y cosas reales e imaginarias. Si sus exploraciones y actividades suelen ser eficaces, aprenden a tratar con las cosas y con las personas en forma constructiva y aprenden el sentido de iniciativa. Pero si se les critica o se les castiga en forma excesiva, aprenden a sentirse culpables por muchos de sus actos personales. Se establece, sobre la base de la adaptación previa, una actitud general de iniciativa que podría formularse como: “Yo soy lo que imagino que puedo ser.” Cada esfuerzo está precedido por juego de fantasía. Los fracasos en esta etapa se manifiestan por renuencia culpable a explorar, por duda, por sentido de inutilidad
El niño de los 6 ½ a los 11 años (Edad escolar o niñez intermedia y tardía)	
Signos del desarrollo y maduración del sistema nervioso central (Gesell)	7 años: el niño hace analogías opuestas sencillas; conoce los días de la semana. 8 años: cuenta 5 dígitos más; puede definir el sentido de las palabras valeroso y tontería. 9 años: conoce las estaciones, aprende rimas. 10 años: cuenta 4 dígitos inversos; expresa y define las palabras piedad y sorpresa.
Etapas del desarrollo intelectual (Piaget)	De los 7 a los 12 años es la etapa de “pensamiento concreto cooperativo.” La estabilidad y la coherencia son reemplazadas por la organización conceptual. Hay adaptaciones racionales bien organizadas. El marco conceptual se aplica a objetos en el mundo. Las cualidades físicas se ven como constantes, a pesar del cambio en tamaño, peso y volumen.
Tareas o crisis psicosociales (Erickson)	Laboriosidad frente a inferioridad. Los niños adquieren numerosas habilidades y competencias en la escuela, en el hogar y en el mundo exterior. La comparación con los compañeros es cada vez más importante. En esta etapa perjudica muchísimo una evaluación negativa del yo en comparación con otros. Las adaptaciones bien logradas conducen a la industria (soy lo que aprendo); las desafortunadas a la inferioridad.

<p>Etapa del desarrollo</p> <p>Teorías del desarrollo</p>	<p>De los 11 a los 18 años (adolescencia)</p>
<p>Signos del desarrollo y maduración del sistema nervioso central (Gesell)</p>	<p>11 años en adelante: sabe por dónde se pone el sol, lo que es un microscopio, el nitrógeno y por qué flota el aceite. Divide 74 entre 4. Repite cifras de 6 dígitos del primero al último y de 5 dígitos a la inversa.</p>
<p>Etapas del desarrollo intelectual (Piaget)</p>	<p>12 años – pensamiento formal operacional: Entiende bien la realidad, como también proposiciones abstractas y el mundo de la posibilidad. Su conocimiento es de tipo adulto. El razonamiento deductivo está desarrollado. Puede valorar la lógica y la calidad del pensamiento propio. El aumento en potencias abstractas conduce a la capacidad de entender las leyes y los principios. Todavía es egocéntrico a ratos. Los ideales y actitudes importantes se desarrollan al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta.</p> <p>General: cambios de adaptación y superación y reorganización de la mente. La estimulación compleja en un ambiente favorable produce la acomodación de las estructuras mentales a los matices de la realidad.</p> <p>Toda función mental se deriva de acciones motoras sobre objetos. El crecimiento de la inteligencia se basa en la transformación de estos patrones motores en pensamiento. La asimilación es la incorporación de lo nuevo; la acomodación es la reorganización de los pensamientos y memorias del pasado para acercarse más a la novedad asimilada. El desarrollo del interjuego entre la asimilación y la acomodación. Cuando se detiene la acomodación con respecto a una asimilación, entonces el comportamiento se adapta o hay un equilibrio entre la asimilación y la acomodación. Es una tendencia humana el asimilar todas las posibles novedades. Es la novedad la que motiva las reacciones de repetición o circulares, a fin de dar mayor contacto y exposición a lo que no es familiar.</p>
<p>Tareas o crisis psicosociales (Erickson)</p>	<p>Identidad frente a difusión del ego. Entre los 12 y los 17 años el joven trata de “saber lo que soy.” Los valores predominantes son los del grupo de compañeros adolescentes y de sus líderes. El resultado deseable sobreviene “difusión de la identidad.” Después de los 17 años la habilidad de amar es tan importante como el éxito que se logra por la intimidad. La falta de éxito conduce al aislamiento y a la alienación. Los valores de esta época son: fidelidad, amistad y cooperación. El comportamiento sexual y la competencia se acercan al tipo adulto</p>

2.2 Infancia

Es el periodo del desarrollo que se extiende desde el nacimiento hasta alrededor de los 18 a los 24 meses de edad. La infancia es una época de gran dependencia a los adultos. Muchas actividades psicológicas apenas están iniciando.

Las primeras relaciones interpersonales que establece un niño se da con la madre y con los denominados cuidadores primarios, esta relación se establece con firmeza a las 8 o 9 meses. A esta primera relación se le denomina apego la cual se caracteriza por la interdependencia, sentimientos mutuos intensos y fuertes vínculos emocionales. El apego es esencial para el desarrollo psicosocial global. Estos tipos de apegos se dividen en: apego de modo seguro y apego de modo inseguro en este último se encuentran los bebés “evitadores” que no parecen sentirse incómodos con la nueva situación, tienden a ignorar a su madre cuando está presente, permanecen indiferentes a su ausencia y no buscan su afecto cuando vuelve; y los ansiosos/ambivalentes los cuales no exploran se quedan a lado de su madre, busca el afecto de su madre pero parece que no lo consigue, también puede expresar ira hacia su madre cuando vuelve (Ehrlichman y Brody, 2000).

Los neonatos llegan al mundo con una gran capacidad de sentir el ambiente y responder a éste. Pueden ver y oír; gustan de los sabores y perciben los olores, sienten la presión y el dolor. Los estados conductuales del recién nacido son seis, actividad en la vigilia, llanto, inactividad alerta, somnolencia, sueño regular y sueño irregular. Además se observa la habituación, modalidad de aprendizaje que consiste en acostumbrarse, a los estímulos y luego dejar de responder a ellos.

En el desarrollo físico y motor. Arnold Gesell pensaba que algunas conductas, como gatear y caminar, se deben a la maduración cuando el ambiente es normal. En los primeros 4 meses, la mayoría de los niños duplican su peso. Para los 4 meses de edad, el cuerpo comienza a crecer. A los 5 el niño puede extender la

mano coger un objeto y acercárselo; a esta capacidad se le llama alcance guiado por la vista. (Craig, 2001).

El desarrollo del cerebro ocurre principalmente en el útero, y continúa a lo largo de la infancia y posteriormente. Cuando el bebé camina, habla, corre, agita una sonaja, sonrío y frunce el ceño, están ocurriendo cambios en su cerebro. Después del nacimiento el flujo de imágenes, sonidos, colores, sensaciones táctiles, lenguaje y contacto visual, ayuda a conformar las conexiones neurales, provocando una serie de cambios importantes para el funcionamiento del cerebro. Un modelo de gran impacto para saber cómo las habilidades motoras se desarrollan, es la teoría de los sistemas dinámicos, los bebés integran habilidades motoras para percibir y actuar. Para que estas habilidades se desarrollen, los bebés deben percibir algo en el ambiente que los motive a actuar, esto los lleva a crear una nueva conducta motora, la cual es el resultado de muchos factores convergentes: el desarrollo del sistema nervioso, las propiedades físicas del cuerpo y el apoyo ambiental para dicha habilidad.

De acuerdo a la teoría de los sistemas dinámicos, el desarrollo motor no es un proceso pasivo en el que los genes dictan el despliegue de una secuencia de habilidades a lo largo del tiempo, sino que el bebé integra una habilidad para lograr una meta, dentro de las limitaciones que marcan su cuerpo y su entorno (Santrock, 2007).

Con base en la experiencia los niños hospitalizados en esta etapa se enfrentan a circunstancias difíciles. Como se comentó, en esta etapa se forma el apego que es primordial en el desarrollo psicosocial, sin embargo muchas veces los niños deben permanecer en unidades con controles estrictos, donde no se les permiten las visitas de los padres, más que en horarios establecidos y con ciertas reglas, esto puede deteriorar la interacción y el vínculo que normalmente se da entre el niño y la madre, pudiendo desarrollar un apego inseguro, esto anudado a que los padres pueden llegar a alterar los estados anímicos influyendo en el estado físico del

niño, ya que se presentan con emociones negativas que pueden transmitirles a los infantes. Otro aspecto que puede verse afectado y presentar retraso en los niños es el desarrollo motor, ya que no cuentan con los estímulos necesarios para desarrollar adecuadamente este aspecto, esto puede deberse porque alguno de los factores que convergen no les brindan lo necesario para motivarlo a actuar. Otro aspecto que dificulta y los hace más vulnerables a estas edades es que sus habilidades cognitivas apenas comienzan a desarrollar, como el lenguaje esto obstaculiza la comunicación entre ambas partes para poder explicar y entender de manera clara lo que sienten y piensan.

2.3 Niñez temprana

La niñez temprana es el periodo del desarrollo que va desde el final de la infancia hasta alrededor de los 5 a 6 años: en ocasiones a este periodo se le conoce como la edad preescolar. Durante esta época, los niños pequeños aprenden a ser más autosuficientes y a cuidar de sí mismo; desarrollan habilidades que los preparan para la escuela, pasan muchas horas jugando.

Entre los 2 y los 6 años, el cuerpo del niño va perdiendo el aspecto infantil a medida que cambia su tamaño, sus proporciones y su forma. Al mismo tiempo el rápido desarrollo del cerebro da origen a habilidades más complejas y refinadas de aprendizaje. A los 5 años el niño alcanza casi el tamaño del cerebro adulto. Su desarrollo le permite aprender, resolver problemas y utilizar el lenguaje en formas más complejas.

Las habilidades motoras en esta etapa mejoran, presentando los cambios más significativos en las habilidades motoras gruesas como correr, saltar, y arrojar objeto. Sin embargo las habilidades motoras finas como escribir y utilizar cubiertos se desarrollan con mayor lentitud.

En este periodo el niño amplía con rapidez su vocabulario, el uso de formas gramaticales y su comprensión del lenguaje como actividad social.

Roger Brown (1973) identificó 5 etapas bien diferenciadas y de creciente complejidad en el lenguaje. La primera etapa se caracteriza por 2 palabras, a manera de habla telegráfica y con palabras pivote y abiertas. La segunda etapa se caracteriza por unidades de habla de poco más de 2 palabras, además de comprender las reglas de inflexión, como el formar el pasado regular de muchos verbos y los plurales de sustantivos. En la tercera etapa el niño aprende a modificar las oraciones simples, creando las formas negativas e imperativas, hace preguntas que exigen respuesta afirmativa o negativa. En las etapas cuarta y quinta se comienza a utilizar oraciones subordinadas y fragmentos dentro de oraciones compuestas y complejas. (Craig, 2001).

El juego en esta etapa mejora todos los aspectos del desarrollo del preescolar, la cual es su forma de entrar en contacto con el mundo, de practicar y de mejorar sus habilidades. Donde se satisfacen muchas necesidades en la vida del niño: ser estimulados y divertirse, expresarse, satisfacer la curiosidad, explorar y experimentar en condiciones no arriesgadas.

Aunque en este periodo el niño ha empezado a desarrollar capacidades más complejas como el lenguaje y la habilidades motoras gruesas, puede existir un retraso o alteraciones durante la hospitalización, ya que el juego es su principal actividad que le permite explorar, aprender y desarrollar dichas habilidades, esto se ve dificultado por el mismo hospital, su enfermedad o la pasividad de los padres. Además a estas edades es difícil que los niños lleguen a entender porque razón se encuentran ahí, ya que su pensamiento es mágico basando conclusiones en sentimientos o en lo que el niño cree, por lo tanto muchas veces piensan que su estancia hospitalaria o su propia enfermedad se debe a un castigo por su mal comportamiento o su padres están enojados con ello. Otro punto es que no tienen

muy bien definido la relación de tiempo, aumentando su ansiedad o estrés ante una hospitalización prolongada.

2.4 Niñez intermedia y tardía

La niñez intermedia y tardía es el periodo del desarrollo que va desde aproximadamente los 6 a los 11 años de edad; en ocasiones a este periodo se le conoce como los años de la escuela primaria. Los niños dominan las habilidades fundamentales de la lectura, la escritura y la aritmética, y se ven expuestos formalmente al mundo y a su cultura. El rendimiento escolar se convierte en un tema más central en el mundo del niño y el autocontrol aumenta. Mejora el funcionamiento neurológico, por lo tanto el niño concentra la atención durante más tiempo.

El crecimiento físico es más lento y estable durante la niñez media, es una etapa de perfeccionamiento por lo que se vuelve más independiente, aprende andar en bicicleta, nadar, bailar, escribir o tocar un instrumento musical, deportes de grupo como el fútbol, el béisbol y basquetball.

El desarrollo cognitivo se realiza en la escuela. Muchas habilidades cognitivas, lingüísticas y preceptuales maduran e interactúan en formas que hacen más fácil y eficaz el aprendizaje.

De acuerdo a la teoría de Piaget el pensamiento en los niños de 5 y 7 años se vuelve a operaciones concretas, donde el pensamiento es menos intuitivo y egocéntrico, y se vuelve más lógico. Su pensamiento se vuelve más concreto, realizando hipótesis sobre el mundo que les rodea.

El niño se forja una imagen más estable de su persona y su autoconcepto se vuelve más realista, conoce mejor sus habilidades y limitaciones. La autoestima

(cómo nos vemos como persona con características positivas o negativas) se origina en el periodo preescolar sin embargo en este periodo las experiencias de éxito y fracaso, así como la interacción con sus padres y compañeros influyen en algo positivo o perjudicial llegando a sentirse inferior, además esto tiene una correlación significativa con el desempeño académico.

A estas edades es más sencillo trabajar y hablar con los niños, ya que su pensamiento es más lógico, su habilidad de lenguaje y comprensión está más desarrollada, y comienzan a ser más participativos, por esto muchas investigaciones en niños son realizadas a estas edades, sin embargo también son vulnerables ya que separarse de familia, amigos, faltar a la escuela, saber si un procedimiento es doloroso, conocer la consecuencia de su enfermedad y llegar a entender su situación generan en ellos niveles de ansiedad y estrés altos.

2.5 Adolescencia

La adolescencia es el periodo del desarrollo que marca la transición de la niñez a la adultez temprana, e inicia aproximadamente entre los 10 y los 12 años de edad, y termina alrededor de los 18 a 22 años de edad. La adolescencia inicia con cambios físicos rápidos, como incremento en el peso, la estatura, el desarrollo de características sexuales como el crecimiento de los senos, el desarrollo del vello púbico y facial, cambios de voz; los cuales son controlados por hormonas. La pubertad es la obtención de la madurez sexual y la capacidad para procrear, en las mujeres comienza su primer periodo menstrual, en los hombres se caracteriza por la primera emisión de semen que contiene espermatozoides viables. Todo esto lleva a que el adolescente se preocupe más por su cuerpo, ya que durante la niñez se ha comenzado a desarrollar un ideal corporal, pero en esta etapa examinan con mayor detenimiento su tipo somático.

La búsqueda de la independencia y de la identidad son características importantes de este periodo del desarrollo. El individuo pasa cada vez más tiempo fuera de la familia y el pensamiento se vuelve más abstracto, idealista y lógico, por lo que hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición.

Podemos pensar que trabajar con adolescentes es más sencillo que con niños pequeños ya que poseen un desarrollo cognitivo más maduro, una mejor capacidad para razonar y entender una situación complicada. Sin embargo por experiencia, trabajar con ellos es complicado, ya que no solo se enfrentan a los cambios de la edad sino que deben sobrellevar una enfermedad anudado con una hospitalización, lo que genera sentimientos y emociones negativas.

Cuando existen consecuencias físicas, como por ejemplo la pérdida de cabello, la desarticulación de algún miembro o una cicatriz, son sucesos que llegan a impactar de sobremanera agrandando los sentimientos de inseguridad, provocando niveles altos de ansiedad o síntomas de depresión. Además de presentar conductas de riesgo, como no llevar a cabo las indicaciones teniendo como consecuencia una recaída o hasta la muerte

Las etapas infantiles, de una persona se consideran como el momento clave en la vida de cualquier ser humano ya que es allí donde se conforman los soportes afectivos e intelectuales de las personas, para que puedan tener las herramientas para enfrentarse o no, a diferentes situaciones en su vida adulta. Por lo que es importante considerar que la hospitalización pueda originar en el niño un desequilibrio emocional de tal magnitud que altere su desarrollo.

CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO

Y RIESGOS PSICOLÓGICOS ANTE UNA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

3.1 ¿Qué es un riesgo?

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud aunque el uso tradicional del concepto esencialmente es biomédico y se ha relacionado con la mortalidad. En el ámbito sanitario el estudio de los riesgos surge por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de salud un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades (Kathl-Martín, 1990; San Martín, Martín y Carrasco, 1990 citados en Mukodsi, Delgado y Hernández, 2007). La idea fundamental, es que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención a la salud. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite realizar acciones de promoción y prevención para anticipar una atención adecuada y oportuna.

El término “riesgo” implica que la presencia de una característica o factor (o de varios) aumenta la probabilidad de consecuencias adversas (Backett, Davies y Petros-Barzavian, 1985).

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad en un período específico en una comunidad dada, insistiendo en que es una probabilidad de daño en presencia de circunstancias que inciden en una persona, grupo de

personas, comunidad o ambiente. Expresa la proximidad de un daño o que este pueda suceder o no (Toledo *et al.*, 2004).

3.2 Factores de riesgo

En general se considera factor de riesgo a la característica o cualidad detectable de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un daño a la salud. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumarse unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (Fernández, Vila y Montero, 1997, citados en Mukodsi, Delgado y Hernández, 2007). Por eso los riesgos y efectos de la hospitalización dependen de factores muy variados, siendo muy difícil atribuir una mayor o menor importancia a alguno de ellos, sin que dicha atribución sea conclusiva.

En el siglo XIX, Parry opinaba que “vale más saber qué clase de enfermo tiene la enfermedad que qué clase de enfermedad tiene el enfermo” (González-Simanca y Polaina-Lorente, citado en Ortigosa, 2000).

Es necesario profundizar en las necesidades que el enfermo plantea durante la hospitalización para poder satisfacerlas y así contribuir a su completo bienestar, teniendo en cuenta que proporcionar un cuidado tecnológicamente adecuado no es incompatible con una asistencia más humanizada (Díaz 1994, citado en Ortigosa, 2000).

En la infancia, la hospitalización puede tener repercusiones negativas por la capacidad de asimilación de las situaciones nuevas, la dependencia de terceros, la falta de referencias con los que contrastar el correcto desarrollo.

La hospitalización supone la movilización e interacción de recursos procedentes del hospital y del paciente infantil. El primero aporta personal y recursos materiales y ambientales; el segundo implica a la familia, relaciones personales, actividades escolares y lúdicas. Mientras que el hospital se mantiene estructurado por estar habituado y preparado para cumplir la función curativa, paliativa o rehabilitadora, el niño afronta la hospitalización con una posible alteración personal y familiar, debido a que para él es una experiencia individual, única e infrecuente (Ortigosa, 2000).

La hospitalización es un acontecimiento estresante que genera en el niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, antes, durante y después de la estancia hospitalaria. Este proceso de hospitalización provoca estrés en un período de tiempo generalmente breve. Los factores se pueden dividir según diversas perspectivas.

De acuerdo a Méndez y Ortigosa (2000) clasifican los estresores hospitalarios en cuatro grupos:

- a) Los derivados de la enfermedad que ha motivado la hospitalización (dolor, secuelas, riesgo de muerte).
- b) Los relacionados con los procedimientos médicos que se han de practicar (inyecciones, extracciones de sangre, aspiraciones de médula ósea, punciones lumbares, cateterismo cardíaco, cirugía).
- c) Los vinculados directamente con la estructura y organización del hospital (decoración interrupción de la actividad diaria, pérdida de autonomía e intimidad, incertidumbre sobre la conducta adecuada).
- d) Los asociados a las relaciones personales (separación de los seres queridos, alteraciones emocionales en los padres, contacto con desconocidos).

3.2.1 Enfermedad

Como ya se definió en capítulos anteriores la enfermedad es un proceso donde hay una pérdida de bienestar físico, un desequilibrio biológico que experimenta el cuerpo así como la persona, alterando su estado psicológico y social. Dentro de este proceso existen miedos que se relacionan con la enfermedad dos de ellos que más peso tiene es el dolor y el riesgo de muerte.

3.2.1.1 Dolor

El dolor es 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 (dolor agudo o dolor síntoma).

En general hablar de dolor en los niños es un tema desconocido, sobre todo en edades preverbales ya que dificulta la valoración de este. Antes se creía que el paciente pediátrico sentía menos dolor por la inmadurez del sistema nervioso central, lo que le impedía, a pesar de tener sus órganos sensoriales intactos, integrar de modo efectivo la información. Por tanto si se desconoce la existencia del dolor en niños, la probabilidad de un tratamiento adecuado era poco viable. Pero gracias a que se han realizado diversas investigaciones se ha llegado a la conclusión de que la inmadurez del sistema nervioso central del neonato y del lactante lejos de significar menor dolor, implica mayor vulnerabilidad, ya que desde la semana 25 de gestación el sistema que se encarga de trasladar el estímulo doloroso desde la periferia hasta las estructuras cerebrales están presentes y son funcionales (Reverón 2002 citado en Miranda, 2006).

Las sensaciones de dolor pueden proceder de múltiples fuentes asociadas con el proceso de enfermedad, tratamientos médicos e incluso por el hecho de vivir con una enfermedad potencialmente fatal.

El dolor se ha dividido en dos tipos: el crónico y el agudo. El crónico es un dolor persistente, producido por una enfermedad prolongada o por daño o lesión. El dolor agudo es causado por un estímulo nocivo bien definido y cuya duración es relativamente corta y usualmente provee de una importante señal de alarma de que algo malo pasa (McGrath y Hiller, 1989 citados en Miranda, 2006).

Los niños que requieren cuidado prolongado inevitablemente sufrirá el dolor por los tratamientos, el dolor causado por los procedimientos médicos repetitivos esta frecuentemente asociado con factores situacionales y emocionales que usualmente caracterizan al dolor crónico en adultos, como lo es la falta de control, miedos sobre deshabilidades futuras, ansiedad, frustración, depresión y preocupación. Aunque el dolor agudo cuando no es tratado efectivamente puede progresar a un estado crónico. El dolor producido por la aplicación de procedimientos médicos invasivos pertenece a esta categoría, donde la anticipación del dolor constituye una dificultad añadida (Humphrey, Boon, Van Linden y Van de Wiel, 1992 citados en Ortigosa, 2000). Cuando persiste a pesar de la cicatrización y de la reparación tisular, el dolor pierde su funcionalidad y se convierte en problema (dolor crónico o dolor trastorno), ocasionando sufrimiento (Rull, 1990 citado en Ortigosa, 2000).

La percepción del dolor es una de las variables que determina la experiencia de enfermedad, además en la experiencia que se ha tenido dentro del hospital, este es de los factores que más producen ansiedad, así como mayor preocupación en los niños, ocasionando que la adherencia a los tratamientos o procedimientos sea más difícil para su adaptación.

Se realizó un estudio donde se evaluó el efecto de la memoria dos meses después de que los niños fueron sometidos a procedimientos de venopunción, concluyendo que los menores tienden a sobrestimar el dolor. Esto se relaciona con la ansiedad manifestada durante el procedimiento y no tanto con el grado de dolor sufrido. Los niños varones subestiman el dolor sufrido en la venopunción en comparación con

las niñas, quienes la sobrestiman (Lander y col., 1991 citado en Saucedo, Valenzuela, Valenzuela y Maldonado 2006).

El nivel cognitivo de los niños también influye en su habilidad para comprender el dolor, para reaccionar ante él y para saber los métodos que ellos pueden usar para reducirlos. El niño en el desarrollo hasta los 7 años percibe el dolor como algo físico únicamente, se preocupa mucho por la superficie de su cuerpo y manifiesta más dolor cuando su patología, herida o sangre se hacen visibles a sus ojos, por lo que en este periodo puede presentar una actitud pasiva ante el dolor, lo que está consciente solo de métodos concretos pasivos para eliminarlo como el uso de medicamentos. Por esta razón se apoyará en sus padres lo que implica el depender de otros para afrontar el estímulo que le provoca dolor.

Después de los 7 años y hasta los 12, el dolor deja de ser un fenómeno que ocurre en la superficie del cuerpo solamente. Ahora no solo resalta el aspecto negativo y la necesidad de un procedimiento médico que puede ser doloroso.

El niño comienza a centrar su pensamiento en los sentimientos y no solamente en la dimensión físico-perceptual, toma en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos del dolor, se empieza a desarrollar la consciencia del dolor como indicador de posibilidad de muerte y describen el dolor como fatal o mortal (Miranda, 2006).

Existen muchas ideas erróneas como creer que los recién nacidos y lactantes no tienen bien desarrolladas o definidas las vías del dolor y por ello no requieren de analgésico o anestésicos, siendo capaces de tolerar “sin sufrir” algunos procedimientos. De igual manera, en lactantes y preescolares que aún no se expresan verbalmente, su llanto de dolor es confundido con la ausencia de la madre, hambre, sentirse extraño en el hospital o en la sala de recuperación, incomodidad por la cama o la cuna, que en ocasiones se menosprecia el dolor del infante, cuando la mayoría de las veces el llanto se debe al dolor mal atendido, mientras que en el niño mayor, que se queja y expresa verbalmente su dolor, se

toma como una actitud de llamar la atención (Rodríguez, 2001; Schechter, 1986 citado en Bravo, 2009).

3.2.1.2 Riesgo de muerte

El niño relaciona los hospitales y las operaciones quirúrgicas con la muerte. La asociación puede producirse, porque por ejemplo la primera experiencia de muerte del niño sea el fallecimiento de un ser querido en el hospital. La probabilidad de muerte aumenta en patologías graves, enfermedades terminales, estados comatosos y vincularlo con la inducción de la anestesia por el hecho de ser dormido y sumirse en un sueño profundo del que pueden no despertar. El miedo a la muerte es muy común en la población infantil a partir de los 9 años (Méndez, 2002).

3.2.2 Procedimientos médicos

En medicina actualmente los nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento, así como los aparatos más precisos y sofisticados, no han podido lograr eliminar el miedo y el dolor que algunos de estos métodos e instrumentos provocan en el paciente. Por eso es importante el poder explicar a los pacientes como se va a llevar a cabo o que conlleva esos procedimientos médicos, tratando de aclarar o despejar ideas que los propios niños puedan llegar a pensar.

Estos procedimientos invaden el espacio físico y emocional del paciente, frecuentemente es considerado una experiencia estresante.

Miranda, Río y Ledesma (2009) realizaron un estudio para encontrar las diferentes necesidades de apoyo psicológico en un hospital infantil, encontrándose que en el área de hospitalización, una de las principales demandas es el apoyo a los niños y

padres explicándoles acerca de la hospitalización y de los procedimientos que se llevaran a cabo. Después de este estudio el hospital creó una unidad de atención, de enseñanza e investigación, creando así un espacio para realizar acciones.

3.2.2.1 Inyecciones y extracciones de sangre

Las inyecciones son una de las mayores preocupaciones de los niños hospitalizados. La inserción de una aguja bajo la piel o en una vena son estímulos muy temidos, ya que desencadenan reacciones fóbicas en los niños. Las cuales son percibidas como amenazas, invasiones o ataques hacia su cuerpo. En ocasiones se les miente a los niños que no dolerá, siendo el dolor otro de los factores que generan ansiedad en los niños, por eso es recomendable hablar con la verdad.

Sauceda y cols. (2006) realizaron un estudio sobre el estrés ante la venopunción en niños y adolescentes en una población de niños con enfermedades graves, utilizaron dos escalas, la del dolor y la del estrés, encontrando diferentes resultados, como que a mayor grado de estrés anticipatorio mayor era el estrés real dando pauta para implementar técnicas para disminuir el estrés anticipatorio y así tener un estrés real menor. Así mismo los menores que predijeron que el dolor sería intenso obtuvieron mayores calificaciones de estrés real por lo que sería conveniente promover la explicación de los procedimientos. También encontró que los varones experimentaban más estrés real que las mujeres.

3.2.2.2 Aspiraciones de médula y punciones lumbares

El procedimiento de aspiración de médula la cual consiste en la inserción de una aguja en el hueso de la cadera seguida de la aspiración con una jeringuilla para examinar la presencia de células cancerígenas. Puede llegar a generar una gran

ansiedad anticipatorio, la cual puede llegar a tener consecuencias en los niños e incluso en los padres, reportando que en días anteriores al procedimiento programado, los niños pueden presentar náuseas, vómitos, erupciones cutáneas, insomnio y llanto (Ortigosa, 2000).

3.2.2.3 Cirugía

Cuando la hospitalización se acompaña del acto quirúrgico se añade otra fuente de estrés y malestar para el niño y los adultos (Lamontagne, 1984 citado en Ortigosa, 2000). Aunque las operaciones actualmente son indoloras debido a la anestesia, sigue siendo el más temido ya que los niños pierden el control. Las principales preocupaciones quirúrgicas de los niños entre los 3 y los 11 años son el separarse de sus padres y las inyecciones, mientras que la de los padres son la anestesia y la convalecencia (García y cols., 1996 citado en Ortigosa, 2000).

En los adolescentes de 11 a 14 años sus mayores temores 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. Como se comentó este es un proceso que genera mucha ansiedad y estrés ya que en general representa la primera separación del niño de la seguridad de sus padres y su casa, así como su primera experiencia con pérdida de conciencia y de partes corporales (Mercado, 1992).

En cuanto a lo que se ha realizado, Mangin (2010) llevó a cabo una preparación psicológica previo a cirugía mayor a través de técnicas de relajación, para controlar estados de ansiedad altos, observando que si existe un beneficio y disminución de la ansiedad.

3.2.3 Ambiente hospitalario

En general oír la palabra hospital genera en nosotros miedo, ansiedad, angustia, incertidumbre hasta incomodidad, y más aún cuando se llega a las instalaciones, los olores, el inmueble, todo esto puede llegar a causar un gran impacto para las personas en general, y mucho más para los niños, quienes llegan a un nuevo mundo, con reglas diferentes y personas desconocidas, todo esto puede también generar aspectos negativos en los niños.

3.2.3.1 Ambiente inusual

La arquitectura, el mobiliario y la decoración son de gran importancia, ya que muchos hospitales no están diseñados especialmente para los niños. Las salas de las consultas pediátricas son atemorizantes, sombrías, el olor a las medicinas, instrumental médico. Por eso es muy importante que al llegar puedan encontrarse con un lugar lo más agradable y amigable posible, con decoración o espacios donde los niños puedan jugar, se sientan en confianza, para poder brindar una atención con calidad y calidez. Se debe 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 infantil tiene algún efecto sobre los niños. Intuitivamente sí, ya que por lo menos se eliminaría las fobias a las “batas blancas” y se evitarían las generalizaciones (Méndez y Ortigosa, 2000).

3.2.3.2 Interrupción de la actividad diaria

La hospitalización altera el estilo de vida cotidiano del niño y de su familia, ya que debe adecuarse a normas, horarios y rutinas que rompen con su vida diaria, como que el niño debe interrumpir su educación, la restricción del tiempo libre, el que ya

no puede realizar actividades como antes, debe permanecer en su habitación y si lo requiere no puede moverse de la cama, por lo que puede provocar que el niño se aislé. El alejamiento de su familia y amigos, así como la alteración en horarios como la alimentación ya que el hospital tiene horarios establecidos que pueden ser diferentes a casa, esto anudado con que son alimentos no agradables para los niños, son factores estresantes. Cuando el niño debe dormir en el hospital, su ciclo sueño-vigilia puede ser alterado por la gran cantidad de ansiedad y estrés que genera, así como las rutinas que conlleva una hospitalización, ya que en la noche las enfermeras deben revisar signos vitales o la aplicación de medicamentos, o los ruidos que generan aparatos, interrumpiendo así el sueño de los niños. Todo esto provoca en el niño sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, estrés, tanto en el niño como en su familia.

3.2.3.3 Pérdida de autonomía e intimidad

La hospitalización supone la aceptación de normas y de nuevos hábitos. Además de promover la despersonalización del paciente y la dependencia del personal sanitario, situaciones que puede provocar estrés en el paciente ya que en ocasiones puede llegar a perder su nombre, porque es referido por el número de su habitación o de su cama. Se restringe la autonomía y la intimidad del paciente, quedando a disposición de los profesionales, que muchas veces son personas desconocidas para ellos.

3.2.4 Características físicas y psicosociales del paciente pediátrico

Las características personales son factores que constituyen al niño, conforme crece y se desarrolla va experimentando y conociendo su mundo, sus capacidades van en aumento y el conocer en qué etapa se encuentra nos da las

herramientas para poder saber en qué momento de vida se halla. En cuanto a las relaciones personales la familia es la base que le brinda soporte emocional al niño, donde el alejamiento o distanciamiento de su familia producen en el niño sensaciones de abandono, miedo y ansiedad.

3.2.4.1 Edad

El desarrollo cognitivo, afectivo, motor y social depende de la edad, determinando la capacidad de procesamiento de información, el lenguaje comprensivo, la expresión verbal de sentimientos y necesidades, el grado de autonomía personal.

Los niños pequeños son los más afectados por la hospitalización. De acuerdo con Valdés y Florez (1992), el periodo comprendido entre los 8 meses y los 4 o 5 años es el más peligroso para una hospitalización, sobre todo si el niño va a ser intervenido quirúrgicamente, debido a los efectos emocionales que la separación con la madre tienen en el niño.

En ocasiones la edad se relaciona con la forma de afrontar la hospitalización. De acuerdo con Bakwin y Bakwin (1974) en la edad en la que el niño sufre más intensamente dicha pérdida es la comprendida entre el segundo semestre de vida y el final de la etapa preescolar; observándose un incremento de esta vulnerabilidad entre los 2 y 3 años. Así mismo los hijos únicos resultan bastante afectados por esta separación por su sobre-dependencia materna (Gaona y cols., 1985 citado en Valdés y Florez, 1992).

Se ha observado que los niños de mayor edad y con mayor escolaridad, el estrés es menor, cuando se enfrentan a procedimientos venopunciones (Sauceda y cols., 2006)

3.2.4.2 Historia de aprendizaje

Las experiencias pasadas influyen en cómo el niño afronta la hospitalización. Las relaciones médicas u hospitalarias anteriores afectan de forma diferente en función de su naturaleza. Si fueron breves, intensas y negativas existe una elevada probabilidad de producir sensibilización aumentando la vulnerabilidad infantil, mientras que si resultaron altamente positivas contribuyen al ajuste al niño a la nueva situación.

Aunque se ha observado que los pacientes de primera vez podrían presentar mayores niveles de estrés e incluso mayores alteraciones emocionales en general. Sin embargo existen otros autores que señalan 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 este 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.

En cuanto al dolor que como se mencionó también es un factor que produce mucho estrés y ansiedad, el niño interpreta cada nuevo dolor de acuerdo a un marco referencia, definido por el número y variedad de dolores que han experimentado. En la medida en que los niños maduran, generalmente experimentan una mayor variedad de dolores y aprenden nuevos métodos para afrontarlos.

3.2.4.3 Separación de los seres queridos

Estudios de Bowlby y Robertson en la década de los 50 probaron el daño ocasionado al niño por la ausencia de los padres durante la hospitalización. Robertson describió tanto los peligros traumáticos y de privación, así como las

fases por las que pasa el niño, en su intento de adaptarse al proceso de hospitalización, a la consecuencia de la separación de la madre y de la carencia afectiva a la que está expuesto en el ámbito del hospital (Valdés y Florez, 1992).

El concepto de <<separación ansiosa>> ha sido definido como la reacción de ansiedad que el niño experimenta ante la separación del adulto. Esto se observa ya que cuando el niño experimenta la separación de su madre se producen en él diferentes síntomas y trastornos, debido a los elevados niveles de estrés, como trastornos somáticos, regresiones del comportamiento, trastornos de sueño, tendencias al aislamiento e incomunicación, depresión y miedos (Guasco y cols., 1989 citado en Valdés y Florez, 1992). Cuando el niño se reúne nuevamente con su madre, se puede observar una gran frialdad emocional, el niño parece que no reconoce a su madre, no habla con ella incluso se muestra agresivo y hostil. Posteriormente, esta respuesta desaparece pero aparece un aferramiento intenso y posesivo, por lo que el niño quiere tener a su madre al lado en todo momento, incluso por la noche, siente celos de otros niños y reacciona de forma violenta, esto puede llegar a 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 (Bakwin y Bakwin, 1974).

La separación produce alteraciones emocionales y conductuales, principalmente en los menores de 5 años. El comportamiento de los padres influye notablemente en las reacciones infantiles. Si se muestran serenos contribuyen a tranquilizar al niño, pero si manifiestan ansiedad, 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 (Aguilar y Ruiz, 1994).

Un factor adicional de estrés es el sentimiento de culpa de los padres originado por concentrar su dedicación en el hijo hospitalizado y descuidar a los otros. Los hermanos experimentan una mezcla de rivalidad y culpabilidad.

3.2.4.4 Contacto con los desconocidos

La hospitalización implica relacionarse con personas que no conocen: médicos, enfermeras, técnicos, 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.

Polaino-Lorente y del Pozo (1992) consideran que el cáncer infantil conlleva riesgo de aislamiento por sobreprotección paterna y por temor a que alguien proporcione indebidamente información al niño.

3.2.5 Familia y red social

La familia constituye un entorno de importancia vital para el desarrollo infantil pues el estado de indefensión que tiene el niño debe ser salvaguardado por ambos padres, o por lo menos uno de ellos (Luque, 2007). Cuando se experimenta una hospitalización de un hijo puede ser vivida frecuentemente como un hecho inesperado, provocando una serie de cambios en la vida del niño y su familia. Esto genera un estado de angustia, preocupación, ansiedad en los padres de los pacientes. Ya que deben enfrentarse a la falta de privacidad y tiempo, al observar los procedimientos dolorosos que soporta su hijo, a preocupaciones económicas, a la ansiedad sobre el diagnóstico, y pronóstico del niño y a la preocupación por el bienestar de los otros miembros de su familia que también dependen de ellos.

3.2.5.1 Alteraciones emocionales de los padres

La hospitalización es un acontecimiento estresante también para los padres, que informan de reacciones negativas como ansiedad, miedo, indefensión, depresión, confusión, alteración del sueño, pensamientos intrusivos y disminución del rendimiento. En ocasiones estas alteraciones negativas, pueden afectar el rol que se tiene como padres, observando en ocasiones que el niño tranquiliza a un padre o a una madre extremadamente ansiosos.

El nivel de ansiedad de los padres, sobre todo de las madres, causa malestar al niño. En el estudio de Saucedo y cols. (2006) encontró que la presencia de los padres durante los procedimientos dolorosos como la venopunción se asocia con el incremento del estrés real de los niños, quizá porque en el caso de niños tranquilos y cooperadores sus padres ya los conocen y no juzgan necesaria su presencia, en contraste con los niños que reaccionan con resistencia ante la venopunción. La ansiedad propia del cuidador puede aumentar la ansiedad del niño o aún exagerar el dolor de éste. Cuando el menor tenía el antecedente de dormir en la misma cama de los padres, los niveles de estrés real tendieron a ser mayores que cuando no dormían con ellos. Cabe suponer que las conductas de sobreprotección de los padres hacia el menor influyen negativamente en el proceso de individualización y separación, favoreciendo en éste el desarrollo de dependencia emocional y de conductas inmaduras.

En la práctica he observado que los padres pueden tener problemas para afrontar sus propios temores y ansiedades ya que son incapaces de proporcionar apoyo a su hijo en un momento de gran necesidad y estrés durante su hospitalización.

Es importante desarrollar programas que apoyen a los padres a disminuir sus niveles de estrés. En el Hospital Infantil del Estado de Sonora se realizó un estudio para medir el estrés de los padres en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde además se dividió en 2 grupos, uno control y otro donde se aplicó un programa de

apoyo multidisciplinario con profesionales, tanto enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, observaron que si disminuye el estrés de los padres, lo cual puede traer beneficios, mejorando la relación con el personal de estas unidades (García, Quintana, Acuña y Montoya, 2009).

La práctica de estos programas de apoyo a los familiares, no solo traen una mejoría en la relación con el personal, sino que además se crean redes de apoyo con los mismos padres que viven la misma situación, sintiéndose apoyados ante una situación tan estresante y desgastante, por eso sería conveniente crear estos grupos en las distintas instituciones de salud.

El diagnóstico de una enfermedad crónica produce muchos sentimientos en los padres que casi siempre incluyen: miedo, ira, culpa, tristeza, ansiedad, confusión, negación, preocupación. Tales sentimientos generalmente provocan comportamientos inapropiados en los padres como: sobreprotección, permisividad, rechazo y bajas expectativas en relación a su hijo(a). Los padres los tratan como enfermos y no como niños. Muchas veces la excesiva atención que les proporcionan, hace que los padres terminen olvidándose de los otros miembros de la familia. A partir de estas reacciones los niños aprenden rápidamente que algo está mal con ellos y consecuentemente empiezan a presentar conductas inadecuadas de dependencia, inseguridad, irritabilidad e inmadurez. De esta manera los padres perpetúan el estigma, influyendo que sus niños se sientan aprensivos y se llene de prejuicios (Vargas y Sánchez, 2009).

Se ha observado que los adultos, en muchos casos, no quieren que sus hijos se enteren de su situación de enfermedad, lo que los lleva a disimular u ocultar lo que ellos van captando, produciéndose un fenómeno llamado “pretensión mutua” o “conspiración del silencio” mediante el cual se impide que el niño pueda comunicar sus temores ocasionando sentimientos de soledad y aislamiento. Cuando esta situación se prolonga y se continua pretendiendo una “normalidad” mientras el niño sigue empeorando, aumenta la ansiedad de los padres de no decir algún

inconveniente o “meter la pata”, provocando por otro lado mayor aislamiento, ansiedad y desconfianza en el niño, haciendo la relación más tensa y difícil (Pedreira y Palanca, 2001 citado en Méndez, 2005).

3.2.5.2 Alteraciones en los roles y funciones familiares

En ocasiones la familia se ve en situaciones donde todo su entorno debe modificarse, sobre todo la madre quien es el principal cuidador primario que debe permanecer con el niño en el hospital, se ven en situaciones donde si trabajan deben negociar esta situación con sus jefes, o muchas veces si la familia está constituida por mas miembros, puede generar emociones de abandono o de cambios de conducta de los demás hijos, así como las funciones de los padres, quienes en principio pueden ser solo a portadores de recursos económicos, deben cambiar su rol encargándose de los niños que se encuentran en casa o en ocasiones los hermanos mayores pueden tener este rol, esto puede traer conflictos o problemas dentro del núcleo familiar. Además el cuidador primario se olvida de sus propias necesidades (descanso y alimentación), aumentando el cansancio debido a que crea una relación estrecha con el niño excluyendo al resto de la familia. Cuando el cuidador olvide menos sus necesidades más capacidad tendrá para ayudar al paciente (De la Huerta y Corona, 2003).

3.2.6 Amortiguadores

El grado que afectan los estresores antes mencionados está en función de factores ambientales y personales que amortiguan su impacto, por lo que Ortigosa y Méndez (2000) los llamaron Factores amortiguadores. Los cuales se mencionarán a continuación.

- Entorno ambiental

Una estrategia para prevenir la inactivación, las cogniciones desadaptativas y las conductas motoras inadecuadas propias del estrés por hospitalización es la disposición del ambiente. Acondicionando los escenarios como las salas de espera pediátricas. Por ejemplo decorar las salas de despertar de la planta de cirugía con estímulos placenteros, como música relajante, juguetes o en las habitaciones con decoraciones infantiles.

- Entorno familiar

Los padres desempeñan una doble función como figuras de apoyo en el proceso hospitalario. Por un lado son los principales agentes que proporcionan estimulación placentera y reforzamiento positivo; por otro, actúan como modelos de afrontamiento que el niño observa e imita.

El afrontamiento paterno adecuado de la hospitalización, incluyendo el apoyo al hijo, minimiza el impacto negativo de la hospitalización. Además la situación económica y laboral favorable permite a la familia mayor disponibilidad de tiempo y contribuyen a que los cuidados dispensados sean de más calidad. Otros factores, como la lejanía del hospital y el elevado número de hermanos, limitan el apoyo familiar al niño hospitalizado (Scaife y Campbell, 1988 citado en Quiles, Méndez y Ortigosa, 1999).

Manne y Redd citados en Saucedo, 2006 señalan lo conveniente que es la participación de los padres cuando explican el procedimiento al niño y lo tranquilizan. Así mismo existen beneficios de que los padres estén presentes durante el procedimiento y asumen roles activos.

- Entorno sanitario

Los pacientes pediátricos suelen carecer de información médica. La información precisa y adecuada sobre la hospitalización ayuda a mitigar el estrés. Las relaciones cálidas y cordiales de los profesionales de la salud con el niño y sus

padres ejercen un efecto positivo. La empatía médica reduce la ansiedad en situaciones estresantes.

3.3 Riesgos psicológicos

Retomando la definición de riesgos, este término nos refleja la idea de que los niños que experimentan un factor de riesgo en particular tienen una mayor probabilidad de sufrir problemas psicológicos, esto no nos denota que todos o la mayoría de los niños en situación de riesgo desarrollarán problemas psicológicos, por ejemplo, aunque los niños de padres ansiosos tienen de dos a cinco veces más vulnerabilidad a desarrollar problemas de conducta a diferencia de los hijos de padres no ansiosos, la mayoría de ellos desarrollan a lo largo de su vida una adaptación evolutiva normal (Cummings y Davies, 1994 citado en Candelario, 2010).

Cuando se está expuesto a un riesgo, no se debe prejuzgar la aparición de psicopatología, es decir, el riesgo no necesariamente se traduce en una mala adaptación específica que viven los niños. Por ejemplo, aunque la ansiedad de los padres se considera un factor de riesgo fuerte (Méndez, 2002) los niños de padres ansiosos presentan una amplia gama de conductas, tanto de adaptación y de desadaptación ante la hospitalización (Alonso, 2005).

3.3.1 Estrés y ansiedad

El estrés es sin duda el factor psicológico más relacionado con la salud. Respecto a los términos de ansiedad y estrés, y de acuerdo a Bensabat en 1994 refiere que el estrés es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga, siendo la ansiedad y la angustia la forma de expresión corriente y constante del estrés.

3.3.1.1 Estrés

El estrés es una tendencia del organismo a reaccionar con ansiedad; es una reacción del organismo consistente en una movilización de energía ante un estímulo amenazante que puede ser interior o exterior, físico o social. El estrés en la vida del niño resulta de un desequilibrio entre las demandas ambientales y las repuestas que el niño produce al enfrentarse a ellas (García y Jiménez, 1995 citado en Solloa, 2006).

De acuerdo a Chrousos, el estrés, es la tensión provocada por situaciones agobiantes que pueden originar reacciones psicósomáticas, lo subdivide en *eustrés* y *distrés*. El *eustrés* permite adaptarse para sobrevivir, rendir, producir, mejorar y superar obstáculos; el *distrés* o estrés disfuncional es una sobrecarga de alerta que lleva al agotamiento de la reserva de energía para reaccionar ante los estados de peligro y reduce la capacidad de respuesta y adaptación, conduciendo a estados morbosos graves (Sauceda y cols., 2006).

Actualmente se reconocen tres perspectivas del estrés. La primera de ellas, el estrés como *estímulo*, supone que el estrés es algo que ocurre en el medio ambiente y que hace una demanda a la persona; algunos autores llaman a este estímulo fuente de estrés o estresor, y quienes investigan se dedican a clasificarlos y medirlos. En segundo lugar se considera al estrés como *respuesta*, y su punto de partida son los diversos síntomas de tipo conductual, emocional o físico que se aprecian en las personas como consecuencia de un conjunto particular de demandas. Y la más reciente es la perspectiva del estrés como *transacción*: una transacción entre la persona y su medio ambiente en la que se incorporan las perspectivas de estímulo y respuesta como parte de un proceso (Cassidy, 1999 citado en Rodríguez y Frías, 2005).

En general se tiende a creer que el estrés es consecuencia de circunstancia externas a nosotros, cuando en realidad es un procesos de interacción entre los

eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, y nuestro desempeño pueden verse afectadas.

Las señales más frecuentes de estrés son:

- Emociones: ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuaciones del ánimo, confusión o turbación.
- Pensamientos: dificultad para concentrarse, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos.
- Conductas: tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, reacciones impulsivas, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar la mandíbula, aumento o disminución del apetito.
- Cambios físicos: músculos contraídos, manos frías, dolor de cabeza, dolor de espalda o cuello, perturbaciones en el sueño, malestar estomacal, gripe e infecciones, fatiga, respiración agitada o palpitaciones, temblores o boca seca.

El estrés es la respuesta automática y natural del cuerpo ante las situaciones que resultan amenazadoras o desafiantes. La vida y entorno, están en constante cambio por lo que exigen continuas adaptaciones; por tanto cierta cantidad de estrés es necesaria. Sin embargo si no se puede llegar a controlar puede llegar a afectar el estado emocional y psíquico de la persona. Por esta razón es importante tomar en cuenta el estrés como un riesgo psicológico. Tomando todo esto en consideración, ya de por sí cuando se tiene una enfermedad esta puede provocar estrés en el niño, teniendo un cambio en las funciones psicológicas que suscita, esto pueden influir en el curso de la misma como el que no exista una buena adherencia al tratamiento.

Cuando más estímulos se asocian con el estrés, el niño en periodo de crecimiento se volverá más miedoso y cauteloso. Por el contrario el niño que está protegido de las numerosas experiencias del estrés, incluso si posee un sistema nervioso

tendente al estrés, el mundo no será percibido como un lugar lleno de miedos y amenazas (Wachs y King, 1994 citado en Ehrlichman y Brody, 2000).

3.3.1.2 Ansiedad

La ansiedad se define como la “Dificultad para afrontar situaciones que se presenten y disminución del control emocional con presencia de síntomas en el sujeto como son inquietud, cansancio, problemas de concentración, irritabilidad, llanto, perturbación del sueño, problemas de comunicación e interrelaciones personales (Sattle, 2003).

La ansiedad es una vivencia displacentera, de acuerdo a Tallaferro (citado en Solloa, 2006) señala que la ansiedad se refiere a un fenómeno afectivo intenso, pero difuso.

La ansiedad es un estado emocional displacentero con manifestaciones físicas, cognoscitivas y conductuales que pueden variar de un niño a otro. Las manifestaciones somáticas, son: opresión en el pecho, sudación, taquicardia, pilo erección, hiperventilación e hipertensión; cuando esas manifestaciones físicas se mantienen por largo tiempo, el individuo presenta ciertas expresiones somáticas como dolor de cabeza y trastornos estomacales. Las manifestaciones cognitivas son fantasías, ideas o aprensiones de lo que puede suceder o lo que aconteció en el pasado; y las manifestaciones conductuales pueden ser inquietud, distractibilidad, inhibición y aislamiento (Solloa, 2006).

La ansiedad es un sentimiento de desasosiego, preocupación o miedo vago de origen desconocido. Un niño ansioso experimenta una sensación general de aprehensión afectiva de la que se desconoce el origen preciso.

Niños y adolescentes experimentan ansiedad en sus vidas al igual que los adultos. Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños y, en general de todas las personas. Como mecanismo de vigilancia del organismo sirven para alertar al niño de posibles peligros y por ello desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad es más signo de salud que una señal de enfermedad.

A menudo, la permanencia en el hospital de los pacientes pediátricos es breve, aunque algunos niños o adolescentes con enfermedades crónicas o terminales permanecen varias semanas o meses en el hospital. El niño hospitalizado presenta una serie de respuestas de ansiedad que interfieren en forma negativa no sólo en su comportamiento durante la estancia hospitalaria sino también en su comportamiento tras el alta médica, al mismo tiempo es más común que un familiar (en la mayoría de los casos la madre), acompañe de manera permanente al niño durante su estancia, de este modo se ejerce una relación más estrecha entre el familiar y el niño, la cual influirá en la evolución del cuadro de enfermedad.

Por tal motivo es importante el análisis de la ansiedad como rasgo, ya que se considera como una característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones), haciendo referencia a la disposición del individuo para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad (Endler y Kocovski, 2001). Por lo que personas con niveles elevados de ansiedad, muestran tendencia al miedo, la tensión, la preocupación, son personas inestables a nivel emocional, que experimentan con frecuencia sentimientos de tristeza, soledad o ira. En cambio las personas con niveles bajos de ansiedad tienen estabilidad emocional, son personas seguras de sí mismas y tranquilas (Andrews, 1996).

3.3.2 Depresión

La depresión es un proceso emocional negativo que la literatura asocia con frecuencia a los procesos críticos de la vida, incluyendo los de enfermedad y en particular los de enfermedad crónica. Como el paciente con una enfermedad grave toma algún tiempo para comprender sus consecuencias, las reacciones depresivas tienden a manifestarse más tarde que las de ansiedad, aunque posteriormente las dos puedan ocurrir alternada o concomitante (Taylor y Aspinwall, 1990, citado en Joyce-Moniz y Barros, 2007). Es importante mencionar que antes no se aceptaba la idea que existía depresión en niños, ya que había una controversia si existía esta patología y su naturaleza en la población infantil. Hoy en día la depresión infantil es un trastorno que puede llevar incluso al suicidio y que se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como la esfera cognitiva y la conductual.

La depresión infantil es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social. El estado depresivo persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona, estas alteraciones se presentan de diversas formas en grados y duración variable. Estos grados son: leve, moderada y severo. Los síntomas varían de acuerdo a la etapa en que se encuentra el niño (Solloa, 2006).

Existe una controversia acerca del momento en que se puede decir que un infante experimenta en forma diferencial emociones como la tristeza, el enojo, la alegría. Para comprender el surgimiento de las emociones es importante recordar el principal proceso del desarrollo: la diferenciación; el niño progresa desde un estado indiferenciado más o menos global hasta un modo de ser articulado, por lo que la experiencia emocional se irá abriendo como un abanico, donde a partir de las experiencias positivas el bebé irá diferenciando poco a poco el placer corporal, la destreza, la tranquilidad, la satisfacción, el amor y la dicha. Del mismo modo, a partir de las experiencias globales negativas, se discriminan gradualmente los

estados de dolor, temor, ansiedad, depresión o desesperación (Solloa, 2006). En 1975, Anthony sugirió que una de las posibles causas por la cual hay una escasez de casos registrados de depresión infantil, es la incapacidad del niño pequeño de expresar en palabras como se siente.

A continuación se describen los síntomas y causas de la depresión en diferentes momentos del desarrollo.

3.3.2.1 Primera infancia y depresión.

Es importante tener precaución de hablar de depresión en esta etapa. Sin embargo algunos autores como Sperling, en 1950, afirmó que la depresión en los lactantes se manifiesta principalmente a través de síntomas somáticos como la colitis ulcerosa, perturbaciones del sueño y prurito, que son una reacción del bebé ante el sentimiento de pérdida de su objeto de amor (Solloa, 2006).

Spitz en 1965 señaló que aunque no se observa la sintomatología del superyó adulto, en los bebés sí interviene la agresión dirigida contra la propia persona, porque carecen de un objeto de amor externo que absorba las tendencias agresivas y estimule la expresión libidinal necesaria para neutralizar la agresión (Jiménez, 1995).

Anna Freud en 1951, advirtió que la ausencia de la madre, provoca un deterioro del desarrollo psíquico en el plano de los afectos, del aprendizaje y de la motricidad. El papel que desempeña la madre en la maduración del hijo es tan decisivo que su ausencia puede provocar alteraciones perdurables, como las descritas por Spitz 1965 y Bowlby 1952 (Solloa, 2006).

Díaz Calvo señaló en 1995, que la depresión se puede presentar en bebés de meses como respuesta del abandono o por la falta de cariño por parte de la

madre, padre o tutor. Los síntomas a esta edad comprenderán principalmente llanto, enojo, irritabilidad y berrinches hasta que el bebé pierde el interés por luchar (Solloa, 2006).

Por lo tanto es más pertinente ver las reacciones del bebé como privaciones de su desarrollo que representan para su psique inmadura una vivencia tan global como un dolor inespecífico persistente o la falta de estímulos externos. Estos más bien se traducirán en un trastorno de vinculación en la infancia que puede ser la semilla de posteriores padecimientos afectivos, cognitivas y/o conductuales, pero no se trata de una depresión propiamente dicha.

3.3.2.2 Edad preescolar y depresión

La individuación psicológica del niño respecto de su madre marca el comienzo de esta etapa del desarrollo. No se tiene conocimiento de la aparición de síntomas depresivos en este periodo, aunque puede ser una época crucial para sentar las bases de posteriores episodios de depresión. En esta etapa el niño se enfrenta, al riesgo de ser censurado por sus padres o inhibir sus inclinaciones espontáneas para asegurarse el amor de ellos. Esto depende de una infinidad de factores, como el temperamento del niño, la personalidad de sus padres, la presencia de hermanos y la situación económica de la familia (Solloa, 2006).

De acuerdo a Mahler el origen de un estado depresivo se halla en el derrumbe brusco y simultaneo de la creencia del niño en su propia omnipotencia y la de sus padres. Por lo que la base de la depresión se encuentra en la ejecución del proceso de separación-individuación, cuando la falta de castigo y la falta de respuesta por parte de los padres ante las normales actitudes de exploración y aprendizaje del niño lo conducen a la inhibición automática e inconsciente de las actividades necesarias para adquirir la noción del propio valor por medio de la realización personal (Solloa, 2006). Estos niños impresionan como serios, faltos

de espontaneidad y a menudo están aferrados a sus padres. Son inmaduros en el sentido de que no se atreven a desprenderse de ellos, buscan complacer a sus padres y no así mismos, aunque se muestran tristes, temerosos, e injustificadamente serios, el diagnóstico más acertado no sería deprimidos sino como francamente inhibidos y predispuestos a una ulterior depresión.

Los síntomas más frecuentes son la tristeza como estado anímico predominante, el retraimiento, la frustración, la escasa capacidad de formar vínculos y la agresión manifiesta como síntomas predominantes, sin embargo están ausentes algunas características que aparecen en los adultos: no hay temor al futuro, pérdida de autoestima, autorreproches, ni síntomas somáticos como el retardo psicomotor y la falta de apetito. (Arieti y Bemporad, 1993). Estos niños pueden sentirse desdichados, aunque no identifiquen los motivos de su aflicción.

3.3.2.3 Edad escolar y depresión

Díaz Calvo, señala que en esta etapa la depresión se manifiesta con la pérdida de interés en casi todas las actividades, bajo rendimiento académico, desinterés en el juego, y descuido en el arreglo personal. Cuando los síntomas son severos pueden aparecer ideas de muerte y en niños de 8 y 9 años incluso intentos de suicidio. Una de las características más relacionadas con la depresión es tener un concepto negativo de sí mismo. En el periodo comprendido entre los 7 y los 12 años, se da un desarrollo importante en la esfera cognitiva y social del niño. Cuando entran a la escuela, están mejor capacitados para discriminar y describir sentimientos (Solloa, 2006).

El niño comienza a formarse un juicio estable sobre sí mismo fundado en su propia evaluación y como es lógico, sus ideas acerca de sí mismo serán influidas por su desempeño académico y social pero su estado de ánimo y su autoconcepto aún son dependientes de la situación familiar en que se vive. Una característica

importante que suele observarse es que se dan por vencidos con facilidad; esta tendencia los predispone a sentirse impotentes y desesperanzados ante las lesiones infligidas a su autoestima.

Es posible que esta temprana forma de resignación derive del cúmulo de experiencias previas, en las cuales las reacciones de personas significativas impidieron la adquisición de autonomía y lo llevan a sentir que es un fracasado. A esta edad la autoestima del niño depende gran parte de las respuestas de las figuras parentales, de modo que la desaprobación o el rechazo por parte de ellas, tiene efectos devastadores e inhibe el comportamiento que acarreo la desaprobación. A menudo la distracción y las conductas negativas son utilizadas como único recurso defensivo contra la tristeza, por lo que también es factible confundir depresión con el TDA y con los trastornos de conducta. También se han mencionado como equivalentes depresivos las rabietas, los robos, las huidas del hogar y la propensión a los accidentes (Solloa, 2006).

3.3.2.4 Pubertad y depresión

En esta etapa del desarrollo, las facultades cognitivas del niño le permiten constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad hacia los demás, la internalización de valores, normas y un incipientes sentido de sí mismo. A esta edad es normal que el niño se preocupe menos por las opiniones de sus familiares que por los juicios de sus compañeros y amigos. Además de manifestar una reacción afectiva inicial de depresión ante la frustración o la pérdida de bienestar, el chico puede continuar evolucionando hacia un cuadro depresivo más crónico. Gran parte de la sensación de carencia vivida en este periodo se debe a las ideas que el niño elabora acerca de su problema y a las conclusiones a las que llega. El estado afectivo deja de ser una consecuencia automática de las experiencias, para convertirse más bien en una evaluación lógica y personal de la experiencia. Cabe postular la posibilidad de una verdadera enfermedad depresiva

a esta edad. La diferencia fundamental entre la depresión de esta edad y la del adulto reside en la falta de orientación hacia el futuro. Más que negar el futuro con propósitos defensivos, simplemente no lo contempla. Una de las diferencias entre la depresión del adulto, es que en los niños no se advierte la desesperanza (Solloa, 2006).

3.3.2.5 Adolescencia y depresión

La normal oscilación del estado de ánimo de los adolescentes puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante. El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales (Solloa, 2006). Arieti y Bemporad señalan que muchas de las depresiones normales de la adolescencia se caracterizan por su brevedad, tanto como su intensidad. Otras depresiones, en cambio se hacen crónicas y no ceden. Estos jóvenes presentan síntomas depresivos similares a los del adulto con otros síntomas asociados como: hiperactividad, uso de drogas, la afiliación a determinados grupos, la delincuencia o la promiscuidad sexual. Un factor que incide es la inmadurez de sus juicios. Algunos jóvenes experimentan gran agitación mientras que otros se alejan de todo contacto social.

Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, las sobrepasan en auto destructividad. Es durante la adolescencia cuando van configurándose las modalidades características de depresión exacerbada o la dependencia de los demás. Así el joven y más tarde el adulto, desarrollará una personalidad exigente con una tendencia al aferramiento y a la dependencia, son interesados y egoístas, además de que ignoran los sentimientos de los demás. El niño o el adolescente experimenta resentimiento y enojo contra las figuras

significativas, que se expresa mediante accesos de rabia, rebeldía e incluso violencia (Solloa, 2006).

Es así como niños y adolescentes deprimidos pueden mostrar cambios en su modo de ser habitual. Aunque como observamos se subestima en ocasiones la depresión en niños, ya que es difícil de diagnosticar, por los inconvenientes que nos enfrentamos como el desarrollo, las habilidades de comunicación y muchas veces puede estar enmascarada con otro tipo de conducta que no necesariamente es característico en el adulto.

Es entonces, importante el que los padres y los adultos relacionados con el niño conozcan esta sintomatología, lo que indudablemente da la posibilidad de una intervención precoz, con todas las ventajas que ésta conlleva.

3.3.3 Repercusiones negativas de la hospitalización infantil

Además de los principales riesgos que ya han sido expuestos, existen otras consecuencias o repercusiones en este proceso de hospitalización como son:

- Sustitución de comportamientos recientemente adquiridos por otros extinguidos en fases evolutivas anteriores (por ejemplo, recuperación espontánea de la conducta del chupeteo del pulgar).
- Fobias médicas: sangre, inyecciones, daño.
- Miedos a la muerte, a adquirir una enfermedad, a las batas blancas, a pruebas diagnosticas como por ejemplo rayos X, a atragantarse con la ingestión de fármacos, a los hospitales.
- Mutismo y retraimiento social.
- Alteraciones somatoformes: hipocondría, afonía secundaria a amigdalectomía.
- Alteraciones de la conducta alimentaría: hiperfagia, conducta negativista ante la comida.

- Trastornos del sueño y otros relacionados: insomnio, pesadillas, fobias a la oscuridad.
- Trastornos de la eliminación: enuresis, encopresis.
- Trastorno de tics: faciales, palpebrales.
- Agresividad.

CAPÍTULO 4

PERSONALIDAD Y SALUD

Cada uno de nosotros tenemos una serie de ideas, acerca de nosotros mismos, colectivamente llamadas concepto de sí mismo. Estas ideas afectan nuestras relaciones con los demás, nuestra selección de actividades u ocupación y nuestra confianza (o falta de ella).

El concepto de uno mismo también es una parte muy significativa de lo que solemos llamar personalidad, que se puede definir como patrón único, individualizado de pensamiento y reacción ante el mundo que nos rodea y que nos caracteriza a cada uno de nosotros.

Hablar de personalidad es complejo, como sabemos existen muchas teorías y teóricos que las explican y estudian. Se han llevado a cabo investigaciones, las cuales su principal interés es el encontrar de qué manera se relacionan las variables de personalidad con la salud y la enfermedad. Así mismo es importante mencionar el vínculo que existe entre la personalidad con el estrés, donde el estrés está ligado a la interacción entre el evento y la reacción de la persona a ese suceso.

Puesto que ya se ha retomado, la hospitalización involucra cambios tanto emocionales, como conductuales. Todo esto, viene en relación, de porque razón para algunas personas vivir este hechos es muy diferente que para otras; reaccionando de diversas maneras a pesar de tener el mismo diagnóstico o la misma edad.

4.1 ¿Qué es personalidad?

Existen diversas definiciones de personalidad, el concepto es tan amplio que algunas teorías psicológicas son esencialmente teorías de la personalidad (Rodríguez y Frías, 2005). Etimológicamente existen dos orígenes: el persa *phersu* y el griego *proposon*. Según Ibáñez (1986), la etimología de persona podría provenir del persa “phersu” o demonio. Esta etimología recupera la distinción entre un “psyche” o alma y un “yo oculto”, “pneuma”, aliento o “daimon”, que hace a la persona imprevisible, elusiva a cualquier categorización definitiva. El daimon es el elemento mágico del yo singular, y expresaría la experiencia humana de sentirse poseído en determinados momentos por procesos que no se pueden controlar, cognitivos o emocionales.

Huber (1981) considera que la etimología más probable del término persona proviene del griego “prosopon”. Prosopon era la careta o máscara que los actores griegos utilizaban para identificarse en la escena. La careta, la máscara, revela el personaje que se va a desempeñar en la función pública. Por ello, es sinónimo de identificación y función social y jurídico: la capacidad que se tiene para desempeñar un rol en la sociedad (citado en Moreno, 2007).

Eysenck (1947) proponía que: “La personalidad es la suma total de los patrones de conducta, actuales o potenciales, de un organismo determinados por la herencia y el ambiente”. Mientras que Staats (1997) planteo a la personalidad como el conjunto de repertorios conductuales de un sujeto. Mischel (1976) definía la personalidad como “los patrones típicos de conducta (incluidos emociones y pensamientos) que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de la vida”. Guilford (1959) la definía como el patrón único de rasgos. Más recientemente Pelechano (1995) ha expuesto la personalidad como lo que identifica a un sujeto a lo largo del ciclo vital (citados en Moreno, 2007).

Grigsby y Stevens (2000), refiriéndose a la personalidad han escrito que “independientemente de la predictibilidad de la conducta de una persona, el carácter no es una cosa, sino más bien un conjunto de procesos que muestra variabilidad en la probabilidad de su actuación de un momento a otro”. Smith y Gallo proponen que “la personalidad se refiere a los procesos a través de los cuales los pensamientos, emociones y conductas individuales son coherentes dentro de patrones significativos en el tiempo y a través de las situaciones” (citados en Moreno, 2007).

Moreno (2007) menciona que aunque existan diversas definiciones, todas son valiosas no porque sean verdaderas o falsas, sino en función de la capacidad que tengan para generar programas de investigación. Además las definiciones son necesarias principalmente por el principio de acotación que establecen al delimitar el campo de estudio.

Por lo antes mencionado y para poder entender más el estudio de la personalidad con todo lo que implica. Pervin (2009), aborda cuatro temas: 1) la estructura 2) el proceso, 3) el crecimiento y desarrollo, y 4) la psicopatología y cambio de conducta. Estos temas aparecen a partir de los planteamientos e interrogantes que surgen de los teóricos de la personalidad, estas interrogantes son: ¿qué, cómo y por qué?, *qué* se refiere a las características de la persona y a la manera en la cual éstas están organizadas entre sí; *cómo*, se refiere a las características determinantes de la personalidad de un individuo; y *por qué*, se refiere a las causas y las razones ubicadas detrás de la conducta de un individuo.

1) La estructura. Este concepto se refiere a las unidades básicas o ladrillos de construcción de la personalidad, los cuales son aspectos estables y permanentes de la personalidad. La gente posee cualidades psicológicas, las cuales se mantienen estables de un día a otro, y de un año al otro, las diferentes teorías utilizan distintas unidades de análisis para analizar la estructura de la personalidad. Ejemplos de estas unidades son los rasgos de personalidad. La

palabra rasgo se refiere a un estilo consistente de emoción o de conducta presentada por una persona a lo largo de muchas y variadas situaciones. Otra unidad es la del tipo. Este concepto se refiere a la agrupación de muchos rasgos distintos. Otra consideración importante dentro de la estructura es la noción de jerarquía, aunque este término no es utilizado por las diferentes teorías de la personalidad.

2) El proceso. Son los aspectos dinámicos de la personalidad, incluyendo sus motivos, estos pueden ser modificables en periodos relativamente cortos de tiempo. Aunque las personas son las mismas, de un momento a otro sus pensamientos, emociones y deseos siempre cambian rápida y drásticamente. Los teóricos enfatizan distintos procesos motivaciones, algunos están centrados en las motivaciones biológicas básicas, otros enfatizan el papel de los procesos del pensamiento consciente en la motivación, mientras que para otros los procesos inconscientes son los más importantes, hay quienes consideran primordial para la motivación humana el deseo de progresar y mejorar uno mismo.

3) El crecimiento y desarrollo. Esto es como se llega a ser la persona en particular que cada uno es. El estudio de este tema se divide en dos retos, uno es el de caracterizar patrones de desarrollo experimentados por la mayoría, si no es que por toda la gente, y el otro reto es comprender los factores de desarrollo con injerencia en las diferencias individuales. En el estudio de las diferencias individuales, una división clásica de posibles causas separa lo innato de lo adquirido. Por un lado, podemos ser quienes somos gracias a nuestra naturaleza biológica, es decir, debido a determinadas características heredadas. Por otro lado la personalidad de un individuo puede reflejar la manera en la cual fue educado, esto es, nuestras experiencias familiares y sociedad. Actualmente los investigadores han comenzado a identificar la interacción entre los factores genéticos y los ambientales. Reconociendo que lo innato y lo adquirido no son influencias separadas, sino todo lo contrario interactúan de manera dinámica.

- a) Determinantes genéticos. Estos factores contribuyen fuertemente a la personalidad y a las diferencias individuales. Existen cualidades de la personalidad que son consideradas como aspectos del temperamento, un término relacionado a las tendencias emocionales y conductuales basada en lo biológico; las cuales son evidentes en la infancia temprana.
- b) Determinantes ambientales. El ambiente juega un papel crucial en el desarrollo de nuestra personalidad. Las personas tienen un determinado concepto de sí misma, sus metas en la vida y los valores que la orientan a desarrollarse en un mundo social. Algunas de estas determinantes ambientales que juegan un papel importante en el desarrollo de la personalidad son: la cultura, la clase social, la familia y los compañeros.

4) La psicopatología y cambio de conducta. Muchos de los teóricos de la personalidad incluyen la psicopatología, ya que fueron terapeutas y su objetivo principal al desarrollar estos marcos conceptuales, es el de resolver los problemas que suscitaban a cada individuo, para poder especificar causas y poder generar un cambio. Por lo que sus teorías fueron en parte un intento de sistematizar las lecciones sobre la naturaleza humana aprendidas a partir de trabajar con problemas prácticos en sus terapias.

4.2 Relación entre personalidad y salud

Existen varios modelos de asociación entre variables de la personalidad, la salud y la enfermedad (Morrison y Benett, 2008), estos son:

- La personalidad permite, en algunos casos predecir la aparición de enfermedades, donde se relacionan algunas enfermedades con determinados rasgos de la personalidad, por ejemplo el patrón de conducta tipo A.

- Puede parecer que la personalidad cambia debido a una enfermedad, por ejemplo, la depresión en una enfermedad crónica. Tratándose de una relación psicosomática, es decir, entre el cuerpo y la mente.
- La personalidad puede promover una conducta poco saludable que puede predecir el padecimiento de enfermedades, como fumar, por lo que la personalidad tiene un efecto indirecto sobre el riesgo de contraer enfermedades.
- La personalidad puede desempeñar un papel en la progresión de la enfermedad o en su resultado por que influye sobre la manera en que el individuo aborda los síntomas o enfermedades.
- Dependiendo de la personalidad el individuo aborda las consecuencias de una enfermedad de diversas maneras, por ejemplo en la hospitalización puede llegar a desencadenar o tener injerencia en presentar riesgos psicológicos.

A continuación se mencionarán algunos patrones o modelos que se asocian con la personalidad y salud.

4.2.1 Modelo pentafactorial: los cinco grandes rasgos

Este modelo está basado en la teoría de los rasgos, como ya habíamos mencionado los rasgos se consideran los elementos básicos para describir las diferencias individuales de la personalidad. Allport, Cattell y Eysenck, elaboraron los principales modelos de personalidad. Eysenck elaboró la teoría trifactorial, las cual está relacionada con este modelo. Con el término “Grande” se hace referencia al hecho de que cada factor sumaba un gran número de rasgos más específicos. Estos factores son:

- Neurotismo (N), evalúa la adaptación contra la estabilidad emocional. Identifica individuos proclives a la tensión psicológica, las ideas fantasiosas, las ansias o urgencias excesivas, y las respuestas de afrontamiento no

adaptativas. Donde se incluyen la ansiedad, la tristeza, la irritabilidad, y la tensión nerviosa.

- Extroversión (E), valora la cantidad e intensidad de la interacción interpersonal; el nivel de actividad, la necesidad de estimulación y la capacidad de disfrutar.
- Apertura (O), evalúa la búsqueda y la valoración activas de la experiencia por sí mismo. Describe la amplitud, profundidad y complejidad de la vida mental y experimental del individuo.
- Amabilidad (A), ubica a la persona en un continuo que va de la compasión a la rivalidad en pensamientos, sentimientos y acciones.
- Responsabilidad (C), mide el grado de organización del individuo, la perseverancia y la motivación en la conducta dirigida a un objetivo (Pervin y Cervone, 2009; Pervin y Oliver, 1999).

Los cinco grandes fueron diseñados para captar los rasgos de la personalidad que son considerados como los más importantes.

Analizando cada uno de los factores el rasgo que puede tener mayor vulnerabilidad dentro de una situación de hospitalización es el neurotismo, ya que se asocia con emociones negativas como la angustia e inseguridad, percibe con mayor intensidad el dolor y lo agobian las preocupaciones, lo que lo pondría en un elevado riesgo de padecer depresión y ansiedad (Jorm, 1987 citado en Liebert y Langenbach, 2000).

Basándose en la clasificación de estilos de afrontamiento desarrollado por Frydenberg (1992) quien retoma la división de Lazarus, la autora describe 18 estrategias de afrontamiento agrupadas en 3 estilos de afrontamiento. Dos de los estilos se definen como productivos o funcionales (Resolver el problema y Referencia a otros), mientras que el tercero se considera disfuncional (Afrontamiento no productivo). El primero de estos estilos llamado "Resolver el problema", comprende las estrategias: *concentrarse en resolver el problema*,

esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reservarlo para sí. El segundo estilo se denomina “Referencia a otros” y las estrategias son: *buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional.* El último estilo “Afrontamiento no productivo” comprende: *preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse* (Solís y Vidal, 2006).

Con esto se espera que la personalidad neurótica, utilice estrategias de afrontamiento como “Preocuparse”, como “Falta de afrontamiento” que refleja la incapacidad de enfrentarse al problema pudiendo desarrollar síntomas psicósomáticos y “Autoinculparse”.

4.2.2 Patrón de conducta tipo A

Dentro de las teorías conductuales, se utiliza el concepto estilo comportamental que se relaciona y se utiliza como referente similar a la personalidad. Dentro de la salud se han utilizado dos estilos conductuales que podrían equipararse con estilos de personalidad: la conducta tipo A y la conducta tipo B (Rodríguez y Frías, 2005). Estos tipos de conducta fueron descubiertos a partir de determinar factores de riesgos con enfermedades cardiovasculares. Las conductas tipo A son un concepto multidimensional que combina la acción y la emoción y se manifiesta en individuos que muestran:

- Competitividad
- Conducta de urgencia
- Facilidad para enfadarse/mostrando hostilidad e ira
- Impaciencia
- Conducta orientada a la consecución
- Un patrón de habla compulsivo

Mientras que la conducta tipo B se caracteriza por que los individuos son más relajados con poca tendencia a la agresividad. Aunque en estudios posteriores no se han encontrado una relación contundente en relación con la conducta tipo A y las enfermedades coronarias, existe cierta evidencia que sugiere que el tipo A responde más de prisa y de manera más emocional al estrés, mostrando una mayor necesidad de control (Furnham, 1990 citado en Morrison y Benett, 2008). Estas características del tipo A, pueden aumentar la probabilidad de que un individuo padezca estrés, ya que es probable que influyan sobre sus relaciones con los demás y hagan que el individuo sienta que se encuentra en un entorno más estresante. De acuerdo a Friedman descubrió que el tipo A de conducta es más bien una respuesta a situaciones provocadoras que se deben a un rasgo estable de conducta. Por lo que parece que el componente central es una conducta y actitud hostil o antagonica, lo que se consideraría un rasgo.

4.2.2.1 Hostilidad e ira

La hostilidad es un rasgo compuesto por elementos emocionales, cognitivos y conductuales. Se cree que el rasgo de la ira es un elemento emocional central que es experimentado por el individuo y manifestado en acciones o expresiones agresivas o antagonicas, incluyendo una visión cínica del mundo, una actitud general negativa y expectativas negativas. Los estudios han encontrado que los individuos hostiles muestran conductas de riesgo para la salud que pueden, ser factores de riesgo de padecer enfermedades, como las coronarias, además del consumo de sustancias como el alcohol y el cigarro. Así mismo se ha encontrado que las personas hostiles tienen un menor capacidad de beneficiarse de los recursos psicosociales del apoyo interpersonal, por lo tanto tienen menos amortiguadores frente a los efectos negativos de los sucesos estresantes o difíciles de superar (Miller, Smith, Tuner, *et al.*, 1996 citado en Morrison y Benett, 2008). En diversos estudios experimentales se ha demostrado que estos individuos suelen ser más reactivos al estrés.

En base a los estilos de Frydenberg (1992), este tipo de personalidad podrían utilizar como estrategia de afrontamiento la “Reducción a la tensión”, este consiste en reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos, o mediante el empleo de estrategias que lo lleven a conductas poco adaptativas como al consumo de sustancias, otra estrategia que podrían utilizar es “Reservarlo para mí” el cual lo llevaría a huir de los demás y rehusarse a querer a que se enteren de su problema.

4.2.3 Personalidad tipo C

Otra enfermedad que ha sido asociada a un patrón de conducta emocional, es el cáncer. Temoshok (1987) describió una personalidad tipo C la cual tiene las siguientes características:

- Cooperativo y con tendencia a evitar conflictos
- Cumplidor y pasivo
- Estoico
- Poco asertivo y proclive a hacer sacrificios
- Tendencia a inhibir las emociones negativas, sobre todo la ira

Las características que más se relacionan a ser proclives o tener un mayor riesgo para desarrollar un tipo de cáncer son la antiemocionalidad o supresión de emociones y la racionalidad (Grossarth-Maticek, Eysenck y Vetter, 1988; Maticek, Bastians y Kanazir, 1985; citados en Moreno, 2007). Aunque es importante destacar que no son determinantes, simplemente existe una mayor relación entre estos aspectos.

En este tipo de personalidad se esperaría que utilizarán la “Falta de afrontamiento” en la cual se reflejaría la incapacidad de la persona a enfrentarse a un problema además de poder desarrollar síntomas psicósomáticos dificultando la estancia y el mejoramiento de la persona, otro tipo de afrontamiento sería “Ignorar el problema”

donde se observaría un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él. Y por último otro tipo de afrontamiento sería “Reservarlo para sí” donde la persona huye de los demás y no desea que nadie sepa de su problema., esto podría llevarlo a la depresión.

4.2.4 Personalidad tipo D

Este concepto es muy posterior a la investigación sobre hostilidad y patrón de conducta tipo A. Este tipo de personalidad se considera que influye negativamente en el pronóstico y los resultados de las enfermedades cardiovasculares. Se caracteriza por el <<distres>> (malestar emocional), experimentan emociones negativas, pero las inhiben además de evitar también el contacto social. Se han realizado pocos estudios que analicen la personalidad tipo D (Morrison y Benett, 2008).

De acuerdo a la descripción de conductas en este tipo de personalidad se esperaría que utilizaran como estrategias de afrontamiento que el “Ignorar el problema”, que como ya se mencionó las personas tienden a negar el problema y alejarse sin solucionarlo. Otro sería la “Falta de afrontamiento” donde se refleja la incapacidad a enfrentarse a un problema lo cual podría desencadenar el desarrollo de síntomas psicósomáticos. Así mismo emplearía la estrategia de “Reservarlo para sí” donde huye de los demás y no desea que nadie sepa de su problema, estas estrategias representarían un riesgo ya que podrían llegar a desarrollar depresión.

4.2.5 Enfoque cognitivo

Los psicólogos cognitivos reconocen algunos constructos que promueven buenos niveles de salud. El principal de estos constructos, el cual se concibe como una

importante característica de la personalidad es el optimismo, ya que ayuda a enfrentarse y proteger a la gente del estrés, por el contrario la personalidad caracterizada por el pesimismo trae repercusiones en la salud por la manera en que se enfrentan a situaciones de estrés.

4.2.5.1 Optimismo y pesimismo

El optimismo, implica expectativas generalizadas de que en el futuro ocurrirán generalmente cosas positivas. Se ha observado que las personas optimistas mantienen niveles más elevados de bienestar subjetivo: de igual modo se ha constatado que los optimistas se adaptan mejor a los cambios de vida, teniendo mejores estrategias de afrontamiento (Rodríguez y Frías, 2005).

Por otra parte las personas que son pesimistas, se encuentran en riesgo de desarrollar o exacerbar alteraciones en su sistema inmune, presentar enfermedades o complicar su estado de salud al mostrar baja adherencia al tratamiento. Esto puede asociarse a que las personas no perciben que su comportamiento cambia su salud. Investigaciones en niños con altos niveles de síntomas depresivos coinciden en señalar que estos tienen un estilo pesimista para explicar los eventos y por lo tanto muestran déficits en habilidades sociales y bajo dominio para resolver problemas, incluyendo los de la salud (Altman y Bailey, 1988; Hops, 1992, 1995 citados en Valencia, Flores y Sánchez, 2006).

Por otra parte las personas optimistas resisten la indefensión, no se deprimen tan fácilmente y por lo tanto reducen la probabilidad de que su sistema inmune altere su funcionamiento. En el estudio elaborado por Valencia, Flores y Sánchez, en el 2006, realizaron un programa conductual dirigido a pacientes oncológicos pediátricos, uno de los puntos encontrados en su análisis es que los niños con estilos pesimistas tienden a tener conductas deficientes para su autocuidado y muestran baja adherencia a las prescripciones médicas. Por lo que el objetivo de

su estudio era evaluar los efectos de un programa de modificación cognitivo-conductual mediante procedimientos como moldeamiento, reforzamiento positivo, y ensayo conductual para identificar conductas y pensamientos pesimistas y cambiarlas por optimistas, observando una mejoría en los niños.

Por consiguiente la característica de personalidad que más propensa se encuentra de mostrar riesgos psicológicos son los pesimistas, que no tienen buenas estrategias de afrontamiento como: “Autoinculparse” en el cual se incluyen conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene; “Falta de afrontamiento” donde la persona es incapaz de enfrentarse a un problema y tiende a desarrollar síntomas psicósomáticos; “Reservarlo para sí” donde la persona huye de los demás y no desea que nadie sepa de su problema aislándose y por ultimo “ignorar el problema” donde se observaría un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él, todas estas conductas dificultan el enfrentarse de una manera adecuada a cualquier situación.

La manera en que reaccionamos ante ciertas situaciones está relacionada con el tipo de personalidad que poseemos, en la manera en que nos enfrentamos a diversas circunstancias donde debemos utilizar nuestras capacidades para salir de la mejor manera. Por esta razón para algunos niños una situación de hospitalización puede ser más difícil, sobrellevar todos estos acontecimientos, y uno de los factores que pueden intervenir son los tipos de personalidad y las conductas que utilizamos.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

5.1 Justificación

La hospitalización para un niño es un estímulo que desencadena altos niveles de estrés, los cuales pueden exacerbar emociones negativas como miedos, fobias, enojo, tristeza, incertidumbre, llegando a ser traumática, ya que los niños no cuentan con las herramientas necesarias para enfrentar una situación de tal magnitud, primeramente el comprender una situación de enfermedad para después encontrarse con un lugar y personas desconocidas, con procedimientos doloroso e incómodos, así como el alejarse de su hogar y familia, por lo que es de importancia conocer cuáles son los principales riesgos psicológicos a los que se enfrentan los niños durante una hospitalización, y qué factores son los que lo influyen. Por lo que nos lleva a la pregunta ¿Existen riesgos psicológicos durante la hospitalización en pacientes pediátricos?

5.2 Objetivo general

Efectuar una búsqueda bibliográfica, para recopilar la mayor información actualizada acerca de los riesgos psicológicos, así como de los factores de riesgo, que conllevan una situación de hospitalización en pacientes pediátricos, para poder identificar, prevenir e intervenir de manera adecuada, oportuna y sea lo menos traumática posible.

5.3 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo documental, en donde se realiza una investigación amplia y sistemática de fuentes documentales de diversas índoles. La cual nos permite recopilar datos que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación o elaborar hipótesis. Asimismo la investigación documental es un proceso de búsqueda que se realiza en fuentes impresas (documentos escritos). Es decir, se realiza una investigación bibliográfica especializada para producir nuevos asientos bibliográficos sobre el particular.

5.4 Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo en este estudio fue documental, teniendo como fuente principal de información, libros, artículos de revista, artículos de revistas electrónicas, ensayos, tesis, tesinas, los cuales fueron buscados en las siguientes Bibliotecas: Biblioteca de la Facultad de Psicología, Centro de Documentación "Dr. Rogelio Díaz Guerrero" (CEDOC) que se encuentra en la Facultad de Psicología, Centro de Información y Servicios Bibliotecarios de la Escuela Nacional de Trabajo Social, Biblioteca "Dr. Valentín Gómez Farías" de la Facultad de Medicina y en la Biblioteca Central, todas estas ubicadas en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en las instalaciones de Ciudad Universitaria; así mismo se acudió a la Biblioteca del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", en el Centro de Documentación e Información en psiquiatría y salud mental, del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". En cuanto a las revistas y artículos científicos que se encontraron por vía internet las principales Bases de datos fueron: Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal). Otra fuente es el portal de artículos completos IMBIOMED (Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas), la base de datos SciELO (Scientific Electronic

Library Online, Medline, OA-Hermes que es un metabuscador de contenidos electrónicos provenientes de fuentes de información localizadas, y en el Catálogo Hemerográfico Nacional SERIUNAM (Revistas de las Bibliotecas de la UNAM y de Instituciones de Educación Superior e Investigación).

CONCLUSIONES

A lo largo de este estudio se llevó a cabo una revisión de la literatura científica con el objetivo de explorar la existencia de riesgos psicológicos durante la hospitalización en pacientes pediátricos, cuyas edades abarcan desde recién nacidos hasta 18 años. Los resultados de este trabajo indicaron la existencia de riesgos psicológicos en esta población, entre los que se encuentran ansiedad, estrés y depresión.

La importancia de identificar estos riesgos se debe a los problemas que pueden generar en la adaptación del niño a su medio ambiente, que pueden manifestarse tanto en el hospital, la escuela y en la familia; complicando aún más el estado emocional del niño, que de por sí se ha visto afectado por la enfermedad.

No obstante existen diversos factores que pueden llegar a desencadenar estos riesgos, por ejemplo el tipo de enfermedad, no es lo mismo un cáncer que un resfriado, sin embargo en el caso de enfermedades crónicas o enfermedades que requieren cirugías estos son factores que predisponen a los niños a niveles altos de ansiedad; al igual que el llegar a un ambiente inusual donde el niño se encuentra con un mundo diferente donde debe acostumbrarse a personas nuevas, dejar de realizar actividades cotidianas, enfrentarse a la pérdida de intimidad y autonomía, enfrentarse al dolor, al riesgo de muerte que existe por el tipo de enfermedad y a los procedimientos médicos a los que será sometido.

Desde la experiencia clínica de la autora de este trabajo, en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” clasificado como un hospital de tercer nivel, se observó que los factores que más influyen en la forma en que se vive y se reacciona ante una situación de hospitalización son: la edad, la familia, la relación con el personal sanitario y la personalidad.

La edad es importante ya que de acuerdo a su comprensión, su capacidad de razonamiento y las experiencias que han vivido, los niños logran enfrentar el mundo con mayores herramientas. Como prestadores de servicio de salud, debemos conocer en qué etapa normalmente se encuentra el niño, para entender qué tipo de cambios tanto físicos, sociales y emocionales está experimentando, los cuales son descritos en el capítulo dos, todo esto con la finalidad de poderles explicar de manera más clara dudas e inquietudes, además como psicólogos, esta información nos sirve para comprender, entender y realizar intervenciones adecuadas.

No es lo mismo un niño de 5 años, quien comienza a tener un vocabulario más amplio, a ser más autosuficiente, que acude al preescolar, pero predomina un pensamiento mágico, donde en ocasiones cree que él tiene la culpa y es más como un castigo estar en ese lugar; que un niño de 13 años quien está viviendo los cambios físicos de todo adolescente, con su rebeldía y sentimiento de pertenecer, quien ya tiene una mayor capacidad de entender por qué razón se encuentra en el hospital, que tipo de enfermedad se enfrenta; a un bebé recién nacido quien depende totalmente de su madre, para satisfacer sus necesidades.

Por otro lado, la familia es otro factor que interviene en la situación de hospitalización de un niño, ya que alejarse de su familia puede afectarlo; en el caso particular de los hospitales de tercer nivel, la mayoría de las familias vienen de provincia lo que afecta no solo a los niños sino al familiar que lo acompaña, enfrentándose a problemas económicos y emocionales, ya que no cuentan con una red social que los apoye, así como en muchas ocasiones no están en las mejores condiciones para poder enfrentarse a una situación que requiera de un estancia más larga, en lo observado dentro del hospital los sentimientos de incertidumbre, indefensión y ansiedad están constantemente presentes en los familiares, por diversas situaciones como el no tener un lugar en donde dormir, el cansancio que produce de por sí la situación, pero además el no descansar, comer y asearse adecuadamente.

Como se ha mencionado en repetidas ocasiones la madre es la figura principal, quien da el soporte emocional, proporcionando seguridad y cubriendo las principales necesidades del niño. El enfrentarse a una situación estresante de saber a un hijo enfermo y todas las situaciones que implican, puede generar reacciones negativas tanto de la madre como de la familia llegando a afectar directamente en el niño. Estas conductas pueden llegar a provocar comportamientos de sobreprotección, permisividad, rechazo y bajas expectativas en relación a sus hijos, fomentando que el niño no tenga una adecuada autoestima, que sea inseguro, o presente conductas inadecuadas. Las cuales pueden no solo presentarse durante el hospital sino fuera de este, en su entorno escolar y familiar. Por eso es importante que la familia esté consciente que a pesar de que tenga una enfermedad el niño sigue siendo un niño y se deben poner reglas y límites, para que su comportamiento no se vuelva problemático. Así mismo la familia también puede minimizar el impacto negativo, apoyando al hijo y utilizando estrategias de afrontamientos adecuadas.

La relación del niño con el personal sanitario juega un papel importante en cómo será la estancia de éste dentro del hospital, ya que puede generar altos niveles de estrés porque el niño se enfrenta a una situación nueva con personas desconocidas. Es importante que la relación que se dé entre los profesionales de la salud, pacientes y familia sea cálida y cordial, para generar una buena comunicación, lo cual ejerce en el niño un efecto positivo disminuyendo el estrés y la ansiedad. Además es importante proporcionarle información precisa y adecuada a su edad, a su nivel educativo y cultural, esto con la finalidad de mitigar el estrés. Por tanto es importante considerar (cuando ya es posible) la opinión del paciente, darse tiempo para preguntarle, respetarlo, comentarle desde pequeño lo que le pasa, así como hablarle con sinceridad, porque es mucho mejor anticiparle algo que va a doler que negárselo y engañarlo, pues perderá la confianza en el personal y en los padres.

Por último, otro factor que también influye sobre el comportamiento y reacción del niño, es la personalidad. Nos encontramos que a pesar de tener dos niños con la misma edad nos preguntamos, ¿Por qué J está más triste, y reacciona de diferente manera que M, quien es más ansiosa, si ambas tienen la misma edad? Responder a esta pregunta implica tomar en cuenta varios factores, ya que existe un gran número de variables que intervienen, sin embargo no son determinantes para desencadenar un riesgo. Dichas variables están relacionadas con las experiencias y la personalidad tanto del niño como de la madre.

Por tal motivo es de gran importancia conocer qué rasgos de personalidad son los que predominan en el niño, lo que puede proporcionar datos que ayuden a entender la pregunta anterior y así generar estrategias que permitan el control y manejo de ansiedad, estrés, miedo, enojo y/o tristeza que promuevan la expresión asertiva de estas emociones y sensaciones en los niños.

Cabe destacar que en diversos estudios la correlación entre personalidad y salud, va encaminada a qué tipo de personalidad son proclives a desencadenar alguna enfermedad, como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares. A pesar de esto, la personalidad es un factor que actúa con los riesgos psicológicos ya que los rasgos que presenta el niño podrían indicarnos si son propensos o vulnerables a manifestar con mayor facilidad ansiedad, depresión y estrés.

Por esta razón es importante estudiar y observar qué tipo de personalidad tiene, para crear y generar estrategias que prevengan un posible riesgo, enfatizando en sus recursos y enseñando nuevas herramientas para enfrentarse de manera más adecuada a la vida.

Los tipos de personalidad que presentan un mayor riesgo y vulnerabilidad tanto en el niño como en los padres son:

El neurotismo, que es mencionado en el modelo pentafactorial, dentro de sus características presentan rangos altos de tensión psicológica, excesiva ansia o urgencia, mostrando respuestas de afrontamiento no adaptativas como “Preocuparse”, “Falta de afrontamiento” que refleja la incapacidad de enfrentarse al problema pudiendo desarrollar síntomas psicósomáticos y “Autoinculparse”, lo que podría llevarlos a mostrar con mayor facilidad altos niveles de ansiedad, bajo control de estrés y presentar características de depresión.

Otro tipo de personalidad que podría presentar ansiedad son las personas con patrones de conducta tipo A, quienes muestran niveles altos de competitividad, conductas de urgencia, facilidad para enojarse, bajo control de impulsos mostrándose hostiles, con ira e impacientes. Estas últimas características, en diversos estudios han demostrado que suelen ser más reactivos al estrés, presentando estilos inadecuados de enfrentamiento como: “Reducción a la tensión” y “Reservarlo para mí”.

Otra conducta de personalidad que puede llegar a complicar el estado de salud de los niños, es la conducta pesimista, la cual disminuye el sistema inmune, alterando la adherencia al tratamiento y presentando bajos recursos para resolver problemas, además no poseen buenas estrategias de afrontamiento como: “Falta de afrontamiento”, “Autoinculparse”, “Reservarlo para sí”, e “ignorar el problema”, lo que dificulta el enfrentarse de una manera adecuada a cualquier situación. En investigaciones esta conducta está presente en mayor proporción a síntomas depresivos.

Es importante enfatizar que se debe tener cuidado al diagnosticar depresión en niños; como se concluyó la depresión es un riesgo de gran importancia que se presenta en una situación de hospitalización. El mayor problema al que nos enfrentamos al determinar si un niño manifiesta síntomas depresivos, se debe principalmente a que en la infancia y en la niñez temprana no poseen un

desarrollo cognitivo maduro ni han adquirido las habilidades para comunicarse de manera verbal y entendible lo que están pensando o sintiendo.

Solloa (2006) describe de manera más clara que síntomas se presentan en cada etapa del desarrollo en el niño. Por lo tanto con estos datos y con la propia experiencia se puede concluir que aunque existan síntomas diagnósticos para la depresión en niños, no es del todo aplicable en todas las edades, esto sin embargo no nos indica que los niños pequeños no puedan desarrollar depresión, por lo tanto es importante estar pendiente de los cambios en la conducta del niño.

El siguiente cuadro ilustrará de manera concreta, de acuerdo a la etapa de desarrollo, cuales son los riesgos que más presentan, así como el pronóstico que puede tener un niño de acuerdo a los recursos internos y las sugerencias que servirían para implementar una intervención y así prevenir o disminuir los riesgos.

Edad	Riesgos	Recursos con los que cuenta y pronostico	Sugerencia de apoyo
Infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad por separación de la madre. <ul style="list-style-type: none"> • Estrés. • Trastorno de vinculación en la infancia (Relacionado con la depresión) <ul style="list-style-type: none"> • Regresiones • Agresividad volcada hacia sí mismo 	El niño depende totalmente de su entorno, por lo que en estas etapas se trabaja directamente con la familia sobretodo con la madre	Brindar apoyo tanto individual y grupal a las familias en especial a las madres.
Niñez temprana o preescolar	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Estrés • Inhibición y una predisposición a una posterior depresión <ul style="list-style-type: none"> • Miedos • Regresiones • Agresividad • Aislamiento 	El niño aun continúa en desarrollo por lo que es difícil que llegue a entender porque razón se encuentra en el hospital, sin embargo con estrategias propias de su edad como realizar actividades entretenidas, por medio de juegos, dibujos o actividades que estimulen sus capacidades se pueden lograr disminuir los riesgos.	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de juego <ul style="list-style-type: none"> • Actividades recreativas con objetivos específicos como la autoestima. • Grupos de apoyo a familia
Niñez intermedia o escolar y tardía o pubertad	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Estrés • Depresión • Miedo a los procedimientos médicos, al dolor <ul style="list-style-type: none"> • Fobias • Aislamiento • Síntomas hipocóndricos • Agresividad 	Estas edades son las más estudiadas por lo que trabajar con ellos en teoría es más sencillo, ya que cuentan con una mayor capacidad de comprender y presentan mayor participación.	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación psicológica basada en la Información, tanto verbal como escrita • Breves recorridos antes de ser hospitalizados. <ul style="list-style-type: none"> • Folletos • Terapia de juego • Grupos de apoyo a familia • Relajación por medio de respiración e imagería
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Estrés • Depresión • Miedo a la muerte, al dolor. <ul style="list-style-type: none"> • Problemas con la adherencia al tratamiento • Dificultad en relacionarse 	Tienen mayor capacidad de entender su entorno, y cuentan con herramientas que pueden utilizar para sobrellevar mejor la hospitalización, sin embargo en ocasiones nos topamos con dificultades para poder motivarlos a participar, y que tengan una buena adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación psicológica basada en la Información. <ul style="list-style-type: none"> • Folletos • Grupos individuales y grupales • Grupos de apoyo a familia • Relajación por medio de respiración e imagería

El estado emocional que atraviesa un niño ante una situación de hospitalización, el cual puede verse afectado por diversos factores es una preocupación de gran interés tanto para los profesionales de la salud, como de los familiares y la institución. En nuestra labor como psicólogos, una de las principales funciones que tenemos es la de ser intermediarios entre los tres principales ejes dentro de un hospital, los cuales son el niño, la familia y la institución incluyendo a los profesionales de la salud. Estos elementos deben formar una unión entre ellos para crear situaciones de bienestar, brindando apoyo emocional y conductual. Los niños a pesar de tener una enfermedad siguen desarrollándose por lo que hay que brindarles estímulos que beneficien una buena adaptación a su medio, estos deben cubrir los aspectos afectivos y emocionales, por medio de estrategias de apoyo, acompañamiento y recreativos.

Limitaciones y sugerencias

La primera dificultad en este trabajo fue el acceso a la información, ya que existe poca bibliografía realizada en México y actualizada.

El segundo obstáculo encontrado está ligado al tipo de población que utilizan la mayoría de los estudios relacionados con el tema de personalidad, ya que el grupo de estudio con el que principalmente se trabaja son adultos.

Un tercer problema al que me enfrenté fue al rango de edad, ya que la mayoría de los estudios no cubren toda la población pediátrica, tanto en ansiedad como en depresión, las edades que abarcan son a partir de los 6 años en adelante.

No obstante es importante continuar con estudios en población infantil. Como sugerencia se podrían realizar investigaciones que revelen cuales son los tipos de personalidad en los niños, que son más propensos a desarrollar ansiedad o depresión o algún otro tipo de riesgo psicológico. Otro campo de estudio que está descuidado y debería ser considerado para ser investigado, son los hermanos de

los niños enfermos, encontrando en la experiencia clínica que los padres manifiestan conflictos que se pueden llegar a desencadenar o que aumentan a partir de que un hermano está hospitalizado y así realizar estrategias o grupos para apoyo psicológico.

Así mismo dentro de mi experiencia existen datos que pude observar y serían de gran interés retomarlos, para realizar investigaciones que profundicen y demuestren que tanta afectación presentan los niños en el área motora, intelectual y social después de su permanencia en el hospital. Esto ligado a que el ambiente hospitalario no brinda los estímulos adecuados, lo que coincide con la teoría de los sistemas dinámicos en el capítulo dos, anudado a que en muchas ocasiones las madres o familiares no participan y se muestran con conductas pasivas que no benefician a los niños.

Un tema más a retomar es cómo se adaptan los niños después de la hospitalización, principalmente en la escuela, ya que en muchas ocasiones por la ignorancia que se tiene acerca de las enfermedades los niños pueden sufrir rechazo por parte de compañeros y ser excluidos, March y Gómez, en el 2009, proponen realizar reuniones donde se realicen pláticas en coordinación con el niño, su familia y la escuela para brindar información acerca de lo que vivió el niño dentro del hospital, así como del padecimiento, y poder despejar dudas, falsas creencias y tabúes, que los niños puedan pensar e imaginar.

REFERENCIAS

- Alfaro, R. y Atria, M. (2009). Factores ambientales. *Revista Pediátrica Electrónica*. 6(1). En línea desde 2009. Recuperado el 22 de marzo 2010, de http://www.revistapediatrica.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALE_S.pdf.
- Alonso, L. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. 3(1): 56–70.
- Anderson, D. (2003). Diccionario Mosby: medicina, enfermería y ciencias de la salud. Volumen II, sexta edición. Madrid: Elsevier Science.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1993). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Bakwin, H. y Bakwin, R. (1974). *Desarrollo psicológico del niño normal y patológico*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Backett, M., Davies, M. y Petros-Barvazian, A. (1985). *El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria: con especial referencia a la salud materno-infantil y a la planificación familiar*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado el 27 de julio de 2011, de [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_76_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_76_(part1)_spa.pdf) y [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_76_\(part2\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_76_(part2)_spa.pdf).
- Bensabat, S. (1994). *Stress: grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal estímulo*. Buenos Aires: Lugar.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Brannon, L. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.
- Bravo, C., Ladrón de Guevara, R., Guerrero, H. y Flores, R. (2009). Atención del dolor posquirúrgico en edades pediátricas en las instituciones del sector salud. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 26(2): 61-66.

- Candelario, J. (2010). *Ansiedad prequirúrgica en niños y el afrontamiento en sus padres*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
- De la Huerta, R. y Corona, J. (2003). *Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Ehrlichman, H. y Brody, N. (2000). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Prentice Hall.
- Fernández, G. (2008). *Paciente pediátrico hospitalizado*. Departamento de Psicología Médica: área materno infantil. Facultad de Medicina UDELAR. Recuperado el 22 de marzo de 2011, de <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>.
- García, J., Quintana, M., Acuña, M. y Montoya, M. (2009). Estrés en padres con hijos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 26(2): 67-72.
- Gálvez, A., Méndez, J. y Martínez, C. (2005). Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Acta pediátrica de México*. 26(1): 35-43.
- Ibarra, A. (2006). Determinantes ambientales de salud. En salud pública para enfermería. Recuperado el 10 de abril 2010, de <http://www.aibarra.org/Apuntes/Salud-Publica/DETERMINANTES/20AMBIENTALES/>.
- Ibáñez, E. (1986). Sobre el concepto de personalidad. *Boletín de Psicología*. 13(1): 43-48.
- Jiménez, M. (1995). Depresión infantil: teorías etiológicas. En Jiménez, M. *Psicopatología infantil*. Madrid: Aljibe.

- Joyce-Moniz, L. y Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud: desarrollo e intervención*. México: El Manual Moderno.
- Latorre, J. y Beneit, P. (1992). *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Liebert, R. y Langenbach, L. (2000). *Personalidad: estrategias y temas*. México: International Thomson Editores.
- Luque, M. (2007). Factores psicosociales y desarrollo psicomotor. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Septiembre-Octubre, 64(5): 267-269.
- Mangin, M. (2010). *Efectos de la preparación psicológica previo a cirugía mayor dirigido a pacientes pediátricos*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- March, A. y Gómez, G. (2009). Preparación para la muerte y celebración de la vida: apoyo emocional para familias con hijos enfermos del corazón en México. *Acta Pediátrica de México*. Enero-Febrero, 30(1): 31-35.
- Méndez, J. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gaceta Mexicana de Oncología (GAMO)*. 4(3): 60-64.
- Méndez, F. (2002). *Miedos y temores en la infancia: ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. (2008). *Compendio de historia gráfica de la medicina mexicana*. México: Méndez Editores.
- Mercado, G. (1992). *Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Miranda, C. (2006). *Implementación de un taller para disminuir el estrés en pacientes pediátricos quemados*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Miranda, L., Río, M. y Ledesma, L. (2009). Evaluación institucional de necesidades y oportunidades de apoyo psicológico en un hospital infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Enero-Junio, 14(1): 95-104.
- Moreno, B. (2007). *Psicología de la personalidad: procesos*. Madrid: Thomson.

- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Mukodsi, M., Delgado, E. y Hernández, E. (2007). *Enfoque de riesgo*. Recuperado el 27 de julio de 2011, de <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEylAykAVkCnoAgYYT.php>.
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Madrid: Paidós.
- Ortigosa, J. y Méndez, F. (2000). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pedroche, P. y Quiles, S. (2000). *Preparación psicológica basada en la información*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pervin, L. y Cervone, D. (2009). *Personalidad: teoría e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Pervin, L. y Oliver P. (1999). *Personalidad: teoría e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Petrillo, M. y Sirgay, S. (1975). *Cuidado emocional del niño hospitalizado*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Polaino-Lorente, A. y Del Pozo, A. (1992). Modificación de la depresión mediante un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos no hospitalizados. *Análisis y Modificación de la Conducta*. 18(60): 493-503.
- Quiles, M., Méndez, F. y Ortigosa, J. (1999). El papel de los padres en la preparación psicológica a intervenciones médicas estresantes: una revisión. *Revista de Psicología de la Salud*. 11(1-2): 3-36.
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor. *Anales de Psicología*. 17(1): 129-137.
- Ramírez, C. y Valdivia, I. (2003). Evaluación del funcionamiento diario de pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*. 11(2): 283-291.
- Ramírez, E. (2005). *La actitud del médico especialista ante el trabajo del psicólogo clínico en hospitales*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Tomo 8. Madrid: Espasa.
- Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Madrid: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rodríguez, L. (2011). *Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil*. Recuperado el 22 de marzo del 2011, de <http://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/numero2/luisrodriguez.asp>.
- Rodríguez, M. y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*. Julio-Diciembre, 15(2): 169-185.
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo infantil*. México: McGraw-Hill.
- Sauceda, J., Valenzuela, J., Valenzuela, J. y Maldonado, J. (2006). Estrés ante la venopunción en niños y adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Mayo-Junio, 63(3): 169-177.
- Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. Enero-Junio, 7(1): 33-39. Recuperado el 10 de junio de 2011, de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIA%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>.
- Solloa, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Toledo, G. et al. (2004). *Fundamentos de salud pública*. La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.elamchile.cl/documentos/libros/Fundamentos%20de%20Salud%20Publica%201.pdf>.
- Toussaint, E. (1983). *Hospital infantil de México "Dr. Federico Gómez"*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Vargas, J. y Sánchez, I. (2009). Funcionamiento familiar de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia. *Centro Regional de Investigación de Psicología*. 3(1): 23-29.

- Valdés, C. y Florez, A. (1992). El niño ante su hospitalización: principales agentes estresantes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 19(5): 202-209.
- Valencia, A., Flores, A. y Sánchez, J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 32(2): 178-198.