



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL



SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÈXICO FEDERICO  
GÒMEZ

## TESINA

# **Influencia del cuidador primario como factor determinante en la adaptación emocional del niño durante la hospitalización.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL**

PRESENTA

**LIC. EN ENFERMERIA PATRICIA SANTIAGO PEDRO.**

ASESOR:

**E.E.I. MARICELA CRUZ JIMÉNEZ**



SEPTIEMBRE 2013



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.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar agradezco a DIOS por darme la oportunidad de vivir una nueva experiencia académica, por estar siempre conmigo en cada paso que doy y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que fortalecieron mi aprendizaje.

### **A MI ESPOSO E HIJA**

No tengo palabras para agradecerles por el tiempo que sacrifique el no estar con ustedes, pero quiero que sepan que este esfuerzo, crecimiento personal y académico es gracias a ustedes por todo su apoyo, ya que son parte fundamental de mi vida.

### **A MI HERMANA**

Por ser mi gran apoyo y cómplice en este proyecto, por tener tiempo siempre que lo necesite y sobre todo por ser la segunda mamá de mi hija, en quien más que en ti para confiarte mi gran tesoro.

### **A MIS AMIGAS**

Aidé, Eli, Angie, Irais por ser mis grandes amigas y vivir conmigo esta aventura, por el gran apoyo académico pero sobre todo personal que me brindaron en los momentos de crisis que viví.

### **A MI ASESORA**

E.E.I. Maricela Cruz Jiménez, por su enseñanza, orientación y guía en la realización de esta tesina, por los momentos de su tiempo, y la paciencia que me brindo para lograr mi objetivo, muchas gracias.

**Lic. Enfría. Patricia Santiago Pedro**

## **DEDICATORIAS**

Este trabajo lo dedico a mi esposo Oscar por su amor y apoyo, en este nuevo proyecto de vida, que sin el todo hubiera sido más difícil.

A mi hija Estrella por el tiempo que no puede estar con ella, pero que recuperaré con creces, por esos momentos de calidad que me brindó y me dieron la fuerza para seguir adelante.

A toda mi familia por entender los momentos en que no pude convivir con ellos, pero que sirvieron para ser la persona que soy, gracias a todos y a cada uno de ellos.

**Lic. Enfría. Patricia Santiago Pedro**

## ÌNDICE

<b>INTRODUCCIÒN.....</b>	<b>5</b>
<b>I.- FUNDAMENTACIÒN DEL TEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 DESCRIPCIÒN DE LA SITUACIÒN PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 IDENTIFICACION DE LA SITUACION PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÒN.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>II. METODOLOGÍA.....</b>	<b>14</b>
<b>III. MARCO TEORICO.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Crecimiento y desarrollo en la infancia.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Características emocionales de la edad pediátrica.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Cultura hospitalaria y factores ambientales.....</b>	<b>28</b>
<b>2.4 Ansiedad y estrés durante la hospitalización.....</b>	<b>33</b>
<b>2.5 Acompañamiento familiar.....</b>	<b>38</b>
<b>IV RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>V DISCUSIÒN .....</b>	<b>50</b>
<b>VII GLOSARIO DE TÈRMINOS.....</b>	<b>52</b>
<b>VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>56</b>
<b>XI ANEXOS.....</b>	<b>58</b>

## INTRODUCCIÒN

La enfermedad es una situación muy común en el ser humano que aprende a adaptarse y/o a vivir con ella, sin embargo en los niños y adolescentes, que se caracterizan por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social propias de la etapa de desarrollo, cuando se encuentran ante una situación de enfermedad que haga necesaria su hospitalización, puede aumentar su vulnerabilidad generando problemas emocionales por el ambiente ajeno a su cotidianeidad.

Este impacto emocional de la hospitalización infantil tiene una larga historia en la investigación, los nombres más relevantes de ella son Spencer, Spitz, Pikerill, Woodward, Scott, Scheffer, todos ellos médicos pediatras de los años 40 y 50 que tuvieron la sensibilidad suficiente para la observación en sus pequeños pacientes de las consecuencias de la estancia en los hospitales . Hasta la primera mitad del siglo XX los niños eran separados de sus padres durante las hospitalizaciones, experimentando lo que en aquel momento se llamó hospitalismo. Descrito por Morquio y por Spitz, como el trastorno Psicoafectivo del lactante, producido por la privación afectiva en forma masiva y prolongada del vínculo con su madre.

Es por ello que se consideró la importancia de conocer la influencia del cuidador primario en la adaptación al ambiente hospitalario así como la alteración emocional que pueden sufrir ante dicho evento ya que el personal de enfermería somos los que estamos en contacto directo y por tiempos prolongados durante su estancia hospitalaria.

Por lo que se realiza el presente trabajo, conteniendo en el primer capítulo, la descripción de la situación del problema, la justificación y los objetivos.

Posteriormente en el capítulo II, se habla de la metodología utilizada, en el capítulo III se aborda el marco teórico, en el capítulo IV se analizan los artículos consultados en el capítulo anterior, se emiten resultados, la discusión, para terminar con una recomendación derivada del trabajo. Y finalmente en los últimos capítulos se aborda el glosario de términos, la bibliografía consultada y los anexos.

Esperando que este trabajo nos ayude a reflexionar como enfermeras(os) especialistas, la influencia que tienen los cuidadores primarios, en el proceso adaptativo del niño durante su hospitalización.

## **I.- FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA**

Para el paciente pediátrico, la enfermedad y sobre todo la hospitalización es un estímulo desencadenante de estrés. Dentro de su cosmovisión el niño(a) no sabe lo que es la enfermedad, y en cuanto más pequeños son más vulnerables ya que no entiende porqué sus padres lo abandonan, y lo dejan en un ambiente extraño, alejándolos de sus amigos/as, objetos y juguetes. Esto provoca reacciones que pueden ser muy variadas, y que van desde simples llantos al mutismo absoluto, pasando por rehuir cualquier contacto personal o estar permanentemente dependiente del personal de salud.

Se dice que desde la antigüedad el niño era una simple posesión de alguien, o un ser abandonado, por lo que en el siglo XVIII con la Revolución Francesa y su ímpetu liberador se promulgan decretos a favor de los pequeños abandonados. Se encierran en hospicios, siendo éstos los primeros hospitales pediátricos del siglo XIX, ya que el niño carecía de auténticos derechos. La presencia de los padres en el hospital era considerada como un estorbo, las visitas eran espaciadas y rechazadas, o prohibidas totalmente, como ocurrió en numerosos hospitales y países hasta los años cincuenta. Aunque existían estudios que demostraban que el 10% de los niños que sobrevivían a los hospicios habían estado en compañía de sus padres y que ese efecto curaba.

La hospitalización con separación forzosa de su familia, calificada por Cobo como la mayor catástrofe que le puede ocurrir a una persona entre los 8 meses y los 5 años, más tarde denominado como síndrome de deprivación materna, puesto que era la separación, y no el hospital, la que causaba trastornos secuenciales del

comportamiento en los niños, que acababan con marasmo físico y afectación intelectual que venía a ser irreversible después de un cierto tiempo de separación, aun restituyendo a los padres.

Ya para los años treinta se observó que la separación del niño hospitalizado constituía una agresión que producía secuelas de diferente gravedad en función de los casos, sujetos y duración. Sobre los años cincuenta diversos autores estudian el desarrollo emocional del niño: Spitz, Bowlby y Robertson, muestran el intenso estrés emocional que manifestaba el niño al separarle de sus padres, sobre todo a los bebés que sienten un apego intenso y natural hacia la madre, sea o no biológica y al igual que el niño, la separación de la madre constituye una amputación ecológica.<sup>1</sup>

Hoy se acepta unánimemente la importancia de la prevención de los graves efectos de la hospitalización y se están realizando programas de preparación psicológica para ayudar al niño a afrontar experiencias hospitalarias, ya que la población infantil constituye una gran proporción de la población mundial: una de cada tres personas es menor de 15 años. En México respecto a la distribución por edades, el mayor porcentaje corresponde el 5.1% a niños entre los 4-9 años y en niñas 4.9%, seguido de los escolares el 5% para niños y 4.9% para niñas hasta el año 2010.<sup>2</sup>

Este aumento de la población infantil, ha permitido el surgimiento de nuevas enfermedades en la edad pediátrica en la que conllevan un proceso de internamiento, ante el cual los niños se encuentran vulnerables a sufrir alteraciones emocionales pues, se hallan ante un entorno diferente y desconocido para ellos, aunado a la separación paterna a la que se ven obligados.

---

<sup>1</sup>Suárez RN. El Niño Hospitalizado: Repercusión Psicológica y Papel de Enfermería. SEEUE (revista en internet) 2010 enero- febrero. (acceso 9 enero 2013 ) vol. 11. 8(3). Disponible en <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina8.html>.

<sup>2</sup> Instituto nacional de estadísticas geográficas . distribución por edad y sexo. México. 2010 (actualizada en marzo 2011; acceso 14 octubre 2013). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/contenido/DemyPob/epobla28>.

Actualmente en México tan solo en el Hospital infantil de México “Federico Gómez”, el número de egresos hospitalarios entre 1994 y 2007 asciende a casi 100 mil, que en promedio representa aproximadamente un total de 7 mil egresos anuales,<sup>3</sup> es por esto que el especialista en Enfermería Infantil, tiene un gran reto para prevenir efectos negativos emocionales en el paciente pediátrico y coadyuvar e inmiscuir a los padres en el cuidado, para favorecer la adaptación al ambiente hospitalario.

---

<sup>3</sup> Perdigón VG, Fernández CSB. Estadísticas vitales. Boletín Infantil de México (revista en internet) enero-febrero 2009. (acceso 5 diciembre 2012) Vol. 66 (99). Disponible en: [h//pt: www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com).

## 1.2 IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la influencia del cuidador primario en la adaptación emocional del niño durante la hospitalización?

### LOS CUIDADORES PRIMARIOS ANTE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL



Elaboro: Lic. Enfría. Patricia Santiago Pedro

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad han surgido nuevas enfermedades, que impactan en la población más vulnerable, los niños, que en la mayoría de las ocasiones requieren ser internados, generando en ellos un gran impacto emocional, debido a las pérdidas que sufren durante este proceso (daño en la salud, ausencia de los padres, ambiente cotidiano, amigos, etc.). Sin embargo en cada pequeño las consecuencias de esto influyen de manera diferente, pero finalmente genera daño en su salud mental.

Aunado a lo anterior la falta de cultura laboral en las instituciones de salud, y el desapego del personal contribuye a la falta de conciencia de la deprivación que sufren estos pequeños, aumentando su estrés y ansiedad, provocando más alteraciones emocionales, que pueden repercutir en su vida futura. Sin olvidar que algunas instituciones pediátricas no cuentan con la visión de que el espacio físico (color, ruido, material, uniformes, olor etc.) es un factor importante que genera estrés por sí mismo.

Si consideramos que las circunstancias asociadas al ingreso y estancia dentro del hospital suelen incrementar la exposición a una amplia gama de estresores a los que se han de enfrentar los niños durante dicha experiencia. Algunos se relacionan con la propia estancia en un entorno desconocido, con normas y procedimientos, la separación de la familia, la ruptura del ritmo cotidiano de vida, la pérdida de autonomía e intimidad o el temor a la separación de los padres y/o cuidadores primarios, generan un impacto emocional en los niños.

Es por ello que se consideró, la importancia de que se aborde este tema para identificar si la presencia de los cuidadores primarios influyen en el estado emocional de los niños prescolares y escolares, para su adaptación durante la hospitalización y prevenir secuelas emocionales en la medida de nuestras

posibilidades a través de estrategias o programas de apoyo psicológico durante su estancia y/o a su egreso domiciliario, ya que tan solo en un Hospital pediátrico de la Cd. de México existe un gran número de egresos hospitalarios versus, la misma cantidad de niños con algún grado de afectación emocional por dicho evento.

## 1.4 OBJETIVOS

**Objetivo general:** determinar cuál es la influencia de los cuidadores primarios en la adaptación emocional de los niños durante su internamiento, a través de la revisión bibliográfica de artículos nacionales e internacionales.

**Objetivo específicos:**

- Identificar la etapa de desarrollo en que se encuentra el paciente pediátrico hospitalizado, para determinar cómo afronta dicho evento y favorecer a su pronta adaptación al ambiente hospitalario.
- Conocer los valores, normas y creencias que rigen al hospital pediátrico, en relación a la estancia familiar, durante el internamiento, y la infraestructura para brindar cuidados holísticos y específicos a cada necesidad del paciente.
- Determinar cuáles son los factores que generan estrés en el paciente pediátrico para disminuir la ansiedad y favorecer su adaptación al ambiente hospitalario, evitando secuelas emocionales futuras por dicho evento.
- Comprobar si la presencia de los cuidadores primarios favorece el estado de salud física y emocional del paciente pediátrico durante su internamiento

## II. METODOLOGÍA

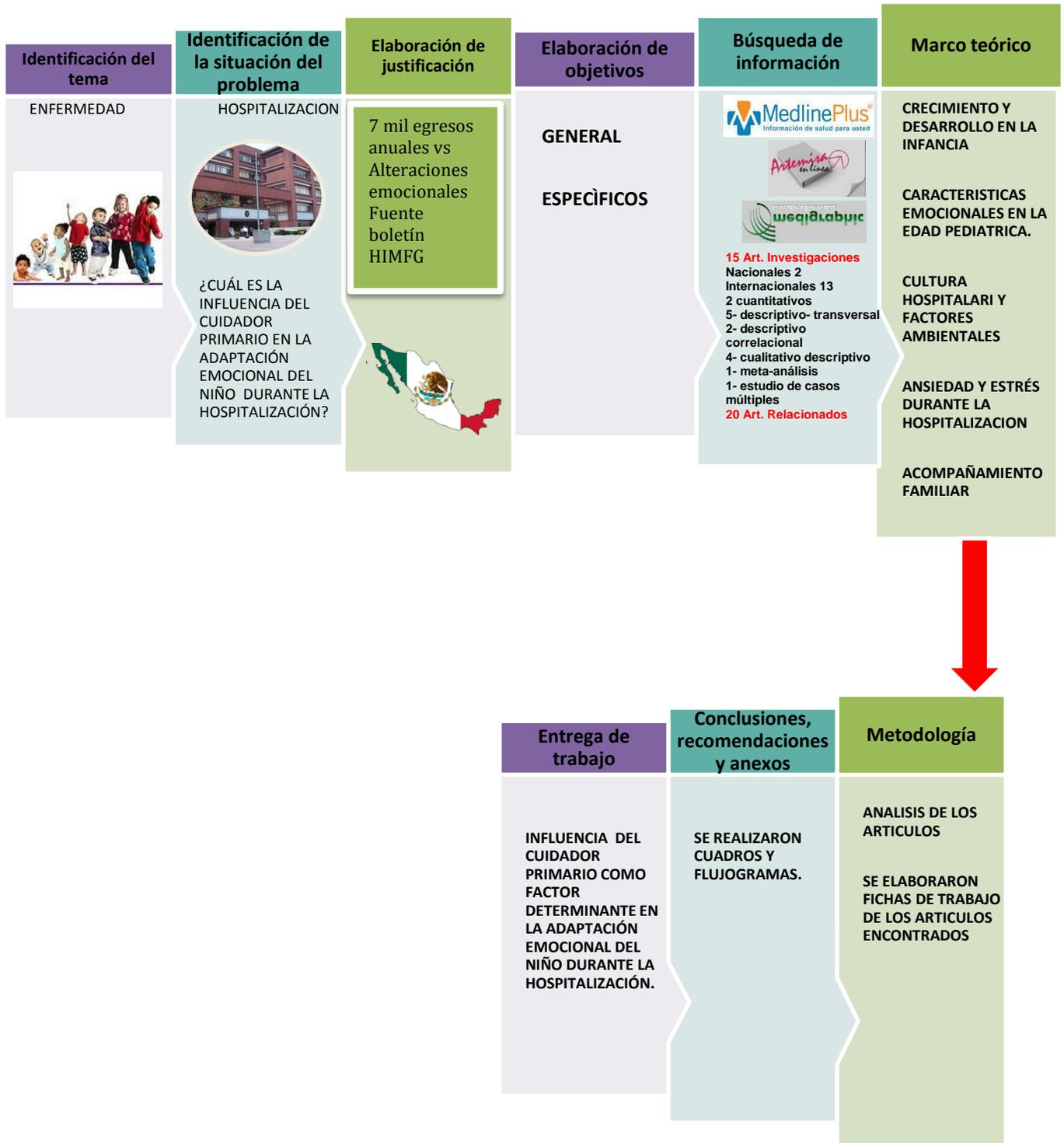
El tipo de investigación que se realizó es una revisión bibliográfica electrónica, los buscadores utilizados fueron (Biblioteca Virtual del Hospital Infantil de México, EBSCO HOST, ARTEMISA National Library of Medicine (MEDLINE), Scientific Electronic Library on Line (SCIELO), sistema de información científica (REDALYC), GOOGLE ACADEMICO, MEDIGGRAFIC., siendo criterios de inclusión artículos científicos nacionales e internacionales publicados desde el año 2007 al año 2012 en español e inglés, que se encontraran en la etapa de crecimiento y desarrollo; preescolares y escolares, ambos sexos, tiempo de estancia hospitalaria mayor de una semana. Excluyendo aquellos que no cubrieran dichos criterios.

Palabras clave: hospitalización infantil, ansiedad, estrés, acompañamiento familiar, apoyo familiar, factores hospitalarios, hospitalized children. Child stress, sick children.

En la primera búsqueda nos encontramos con 471,000 artículos relacionados con el tema de los cuales se delimito por días de estancia hospitalaria y etapa de desarrollo, quedándonos con 100 artículos, posteriormente se determino el periodo de tiempo establecido, concluyendo con 35 artículos, de los cuales fueron 15 artículos de investigación y 20 artículos relacionados con el tema que cubrieron los criterios de inclusión.

De cada artículo de investigación se procedió a elaborar fichas de trabajo, en las cuales se describió la metodología utilizada, resaltando el objeto de estudio, lugar, análisis de datos y resultados obtenidos.

## Flujo-grama de la metodología



Elaborado: Lic. Enfría Patricia Santiago Pedro

### III. MARCO TEORICO

#### 2.1 Crecimiento y desarrollo en la infancia

Desde la perspectiva histórica, hasta el final de la Edad Media apenas existía conciencia social de la infancia como grupo independiente y recibía una escasa atención, que estaba centrada, sobre todo, en su supervivencia. En el siglo XVIII, a partir de la Ilustración, la infancia es reconocida como un grupo social generador de riqueza futura. Con el desarrollo de las democracias se establecen las bases legislativa e institucional para las políticas públicas destinadas a la protección de la infancia<sup>4</sup>. Durante el siglo XX se concretan tratados, convenciones y declaraciones nacionales e internacionales con un final feliz: la Convención sobre los Derechos de la Infancia (1989). Ésta fue un hito histórico, además de un instrumento internacional orientado a promover, resguardar y respetar los derechos de los niños.<sup>5</sup>

Por lo que delimitaron las etapas de crecimiento y desarrollo para su mejor estudio.

El proceso de crecimiento es continuo en desde la concepción hasta la madurez. Sin embargo no es uniforme, ya que cada edad es presidida y seguida por una breve modificación, en el equilibrio modificada por una brusca necesidad de readaptación frente a cambios internos y externos.

De acuerdo a Needlman menciona que las diferentes edades de la especie humana son:

---

<sup>4</sup> Verhellen E. Los derechos de los niños en Europa. Una visión global y un marco para su comprensión. Bienestar y Protección infantil 1997;2:163-90

<sup>5</sup> Colomer R. Mercer R. Peiró P. Rajmil L. La salud en la infancia. Gac Sanit.(Barc) 2004;(18): 1-17.

Edad prenatal: esta edad se divide en: fase embrionaria que abarca desde la concepción hasta la 12va semana de gestación, fecha en que ya tiene forma humana el embrión, se puede identificar el sexo, y están formadas las 5/6 partes de sus aparatos y sistemas; mide 9 cm. En este periodo de organogénesis, ocurren muchas anomalías congénitas y su tasa de mortalidad es la mas alta en la especie humana. Fase fetal, va desde la decima segunda, a la cuadragésima semana de gestación, y se caracteriza por el rápido crecimiento. El RN ha de adaptarse a la vida extrauterina; siendo la respiración el acto mas urgente y rápido que debe realizar. Al nacimiento, el sistema nervioso no esta completamente mielinizado, actúa por reflejos primitivos preestablecidos propios de la especie. Con ellos logra respuestas de tipo nociceptivo y no- nociceptivo; presenta automatismos primarios que son transitorios durante el primer mes de vida, como el reflejo de prensión, extensión cruzada. Moro, de la marcha, reacción de enderezamiento etc. A medida que crecen, estos reflejos desaparecen paulatinamente y son sustituidos por los de la cabeza, la modificación del tono, la aparición de la mímica etc.

Lactante (28 días a los 24 meses): se considera al niño que su principal alimento es la leche. Lo más sobresaliente de esta etapa es el crecimiento y desarrollo y especializado que sigue una dirección cefalocaudal, resultando que el lactante duplica su peso a los cuatro meses y lo triplica a los doce. La superficie corporal y talla se duplican al año y a los cuatro años.

Otra característica es la rápida maduración motora; al segundo mes de vida es capaz de liberar la nariz y la boca cuando se coloca en decúbito ventral; al tercer mes, levanta la cabeza hasta la posición erguida, a los cinco, reconoce objetos y trata de tomarlos, se mantiene sentado con ayuda; a los seis meses, puede cambiar de decúbito dorsal a decúbito abdominal; del séptimo al octavo mes de vida se sienta solo; entre el octavo y el noveno inicia la bipedestación con ayuda y a los doce inicia la marcha solo.

Al terminar la lactancia, surge la capacidad de discriminar las distancias, volúmenes, colores, es capaz de emitir sonidos, entendiendo parte del lenguaje hablado principiando con el uso del no. Termina de ser lactante, cuando la leche ya no es su alimento predominante.

Prescolar( 24 meses a 6 años): durante el tercero y cuarto año de vida, el niño gana dos kilogramos de peso por año, y de 6 a 8 cm de talla, esto es constante. A los 36 meses tiene su dentición completa; maneja la cuchara, controla el esfínter vesical y anal; puede subir escaleras, saltar, brincar con un solo pie; domina el lenguaje hablado distinguiendo persona, genero y número.

Los niños con problemas, pueden presentar enuresis, succión del pulgar, dificultades del aprendizaje o lenguaje, hiperquinesia, agresividad, etc. Las patologías diagnosticadas más a menudo, son la desnutrición e infecciones de vías respiratorias

Escolar( 6 a los 13 años): en esta edad, el promedio de aumento es de 3 a 3.5kg por año, siendo constante el crecimiento; la talla aumenta 6 cm por año; el perímetro cefálico de 3 cm. En todo este periodo, casi alcanza el primer metro del adulto; también brotan los dientes permanentes. Durante los primeros años escolares se incrementa el desarrollo cognitivo , preparando al escolar en la lectura y aritmética. Adquiere seguridad en sus relaciones familiares, lo que aviva el deseo de aprender y conocer. Su objetivo en esta etapa es lograr la socialización

Adolescente( 14 a los 18 años): se entiende por pubertad, a los cambios físicos, hormonales y de funcionamiento, que experimenta el ser humano entre los 11 y 18 años, hasta terminar con los procesos básicos de crecimiento.

El término de adolescencia se aplica a los cambios psicológicos, a las actitudes emocional y sociales, adaptadas al ideal perseguido, para tomar un lugar entre los adultos en igualdad de condiciones y a la elaboración de un plan personal de vida.

Este periodo se caracteriza por aceleración estatural, cambios en la composición corporal y aparición de los caracteres sexuales secundarios.<sup>6</sup>

Entendemos al desarrollo del niño como producto continuo de los procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio en los que éste resuelve situaciones cada vez más complejas, en los cuales las estructuras logradas son la base necesaria de las subsiguientes. Esta perspectiva del desarrollo asume su multidimensionalidad, así como la indivisibilidad de los procesos biológicos, psíquicos y sociales, los que se resumen en un todo que se constituye en el niño.

Philips divide en 3 grandes periodos de desarrollo: el periodo infantil incluye : el periodo prenatal (de la concepción hasta el nacimiento), Infancia (los dos primeros años), Niñez temprana (de los tres a los 5 años), Niñez tardía (de los 6 a los 11 años). Periodo de la adolescencia: de los 12 a los 19 años y el adulto

La infancia es un periodo de cambios increíbles en el que se desarrollan la capacidad y la coordinación motora del niño, así, como sus capacidades sensoriales y de lenguaje. En esta etapa el niño se apega a los miembros de la familia y a otras personas que lo atienden, aprende a confiar o a desconfiar y expresar o reprimir amor o afecto. Aprende a expresar sentimientos y emociones básicas y desarrolla cierta independencia y sentido de si mismo. Ya en esta etapa los niños manifiestan considerables diferencias de personalidad y temperamento.

Durante los años preescolares, los niños continúan su rápido crecimiento físico, cognitivo y lingüístico. Ahora pueden cuidarse mejor, empiezan a desarrollar un autoconcepto así como de identidad, adquieren roles de genero y se muestran interesados en jugar con otros niños.

---

<sup>6</sup> Needlman R. Crecimiento y desarrollo. En: Nelson W. Tratado de Pediatría. 17ª. Ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. Pp.35-58.

La calidad de la relación padre-hijo es importante en el proceso de socialización que tiene lugar en este periodo.

Durante la niñez intermedia, los niños hacen avances notables en su habilidad para la lectura, escritura y aritmética; para comprender su mundo y para pensar de manera lógica. El logro académico adquiere una importancia vital, lo mismo que un ajuste exitoso con los padres. Tanto el desarrollo psicosocial como el moral proceden a una tasa rápida. La calidad de las relaciones familiares sigue ejerciendo una gran influencia sobre el ajuste emocional y social.

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la vida adulta durante el cual acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales, y ocurre la preparación para ingresar al mundo de los adultos. Una tarea psicosocial importante de esta etapa es la formación de una identidad positiva. A medida que los adolescentes buscan una mayor independencia de los padres, también desean un mayor contacto y un sentido de pertenencia y compañía con sus pares.<sup>7</sup>

En síntesis, la niñez representa hoy un período de gran vulnerabilidad en el cual el organismo es especialmente sensible a factores favorables y desfavorables del entorno y con un comportamiento variable ante los determinantes de la salud.

Los contextos en los que se produce el desarrollo son críticos y, en ese sentido, el más inmediato y temprano, el familiar, es sobre el que se construyen las bases. A medida que el niño crece, otros contextos relacionales (escuela, grupos de pares, vecindario, grupos religiosos y nacionalidades) adquieren mayor relevancia. Ante el reconocimiento de que el individuo integra.

---

<sup>7</sup> Philip R.F. Desarrollo humano. 2da. Ed. EU. Pearson 1997. Pp. 5

Teniendo estas consideraciones y para fines de este trabajo se consideró que la edad preescolar y escolar es la etapa de crecimiento y desarrollo con mayor fragilidad para sufrir alteraciones emocionales, debido a los múltiples factores que contribuyen durante el período de hospitalización.

## 2.2 Características emocionales de la edad pediátrica

Bowlby refiere que los niños (as) desde su nacimiento, tiene la capacidad fundamental de relacionarse socialmente. La cual podrán desarrollarla, siempre y cuando haya alguien, el cuidador primario, disponible para establecer esta relación social. Por eso, se puede pensar que para el preescolar y escolar no es posible desarrollarla en soledad.<sup>8</sup>

Los niños y niñas, presentan una estructura psíquica inmadura, pero que esta en formación, y por ello se encuentran en un estado de gran fragilidad. Por lo que las experiencias afectivas con sus cuidadores primarios en los primeros años de vida tienen una enorme influencia a favor del desarrollo cognitivo, social y emocional, íntimamente relacionados, esto es el sostén emocional.

El sostén emocional es la respuesta adecuada al sentimiento universal de desamparo con el que todo bebé llega al mundo, permite que se construya entre el niño (as) y las personas encargadas de su crianza un vínculo lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades. Se da en el marco de un vínculo estable, en el que apego con los cuidadores primarios es fundamental. Este se establece desde el momento del nacimiento, para construir un lazo emocional íntimo con ellos.

Por estable se entiende una relación cotidiana y previsible, en los primeros tiempos, con la presencia central de una o más personas que se ocupen de la crianza del bebé. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores le permiten al niño construir una relación de apego seguro.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego. Paidós Buenos Aires . 1989

<sup>9</sup> Repetur S. Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. Rev. Dig. Universitaria (revista en Internet) 2005 noviembre. (acceso 5 diciembre 2012); 6(11): 4-6. Disponible en : <http://www.revista.unam.mx/vol6/num11/art105/art105.htm>.

Los prescolares y escolares, se comunican y entienden las miradas, las sonrisas y los gestos de las personas que interactúan con ellos. La comunicación no verbal o pre verbal es fundamental en la interacción entre el niño(a) y los adultos. Se trata de gestos y vocalizaciones que pueden durar segundos, que el niño(a) capta y a los que les da significado.

Es por ello que para la observación del desarrollo emocional y psicológico de los niños es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. En primer lugar, evaluar el funcionamiento físico, neurológico y sensorial del niño(a), así como la coordinación de la motricidad fina y la motricidad gruesa, y las capacidades cognitivas que aparecen, ya que el desarrollo psicológico se expresa significativamente en estas áreas.
2. En segundo lugar, observar la forma en que el niño se vincula con sus cuidadores y personas de su entorno, el estilo o la forma de “estar con”.
3. En tercer lugar, evaluar el estado de ánimo, los sentimientos que predominan (alegría, enojo, interés, diversión, celos, amor), la variedad, la profundidad y la adecuación de esos sentimientos, así como la capacidad de regularlos.
4. En cuarto lugar, observar si el niño presenta estados de ansiedad expresados en su conducta, juego o verbalizaciones, y la presencia de miedos.
5. Por último, los niños se expresan en el juego y verbalizan, los temas que corresponden al momento del desarrollo que atraviesan y las situaciones que viven.

Por lo que en el siguiente cuadro se hace referencia a los aspectos del desarrollo en función de la edad de los niños (as).

### Cuadro 1

Evolución esperable de los diferentes aspectos del desarrollo en función de la edad del niño

	<b>Primer año de vida</b>	<b>Segundo años de vida</b>	<b>Tercer año de vida</b>
<b>Desarrollo físico</b>	Los niños pueden progresivamente girar hacia un estímulo, tomar un elemento en la línea media, sentarse, girar, pararse y finalmente empezar a caminar. Pueden hacer vocalizaciones más claras, probablemente una palabra o dos (mamá, dada) y entienden las relaciones del medio y el mundo animado al finalizar el primer año. van teniendo más capacidad de procesar la información, cada vez más compleja, en cada modalidad sensorial	En esta etapa, logran caminar de forma coordinada, e incluso correr y subir escaleras. Se incrementa la habilidad para comunicarse. Las vocalizaciones se hacen más claras, comienzan a nombrar objetos y el niño hace saber lo que quiere o necesita. Aparece la capacidad de desarrollar nuevas conductas a partir de las anteriores, surge la posibilidad de tener actividad simbólica (usando palabras para describirse a sí mismo, también adquiere una capacidad variable de concentración y autorregulación.	Presentan una mayor coordinación de la motricidad gruesa y fina. Comprenden frases, oraciones simples y gestos complejos. Son capaces de nombrar muchos objetos, usar pronombres personales y oraciones para describir sucesos y para dar a conocer lo que necesitan. La capacidad simbólica se ha expandido, y se evidencia en un amplio mundo de fantasía (por ejemplo, sueños, miedos, historias y personas imaginarias).
<b>Relación con las personas de su entorno</b>	Los niños buscan protección y confort; el interés general en el mundo evoluciona hacia una relación afectiva altamente individualizada con las personas que los cuidan, en un compromiso placentero interactivo (recíproco).	En relación con las personas que cuidan de ellos, presentan un balance entre la satisfacción de las necesidades (dependencia básica) y la individualidad emergente, la autonomía, la iniciativa y la capacidad de la auto organización en el nivel de la conducta (por ejemplo, los "gateadores" que van a la alacena a tomar lo que quieren). Se percibe algo de negativismo. Los temas de la necesidad y la preocupación por la separación son aún muy importantes.	Aunque las relaciones todavía son predominantemente con el cuidador primario y para satisfacer necesidades, se encuentran en esta etapa organizadas en un nivel representacional o simbólico. El balance entre la dependencia y la autonomía puede virar brevemente al estadio anterior. Las peleas por el poder y el negativismo pueden dominar intermitentemente el modelo de relación. Los temas centrales siguen siendo la dependencia básica, la necesidad de seguridad y el temor a la separación. Aparecen interacciones simbólicas de poder, control, agresión y diferentes tipos de placer en las relaciones.

<p><b>Tono emocional (o estado de ánimo general)</b></p>	<p>Es altamente variable, íntimamente relacionado con estados internos (hambre), y hacia la segunda mitad del primer año, también relacionado con señales sociales externas (el padre puede hacer sonreír a un niño aunque este tenga hambre). Cuando el bebé está confortable internamente prevalece un sentimiento de interés y placer en el mundo y hacia el cuidador primario.</p>	<p>El humor es aún variable, pero más organizado y estable durante períodos más largos. Existe un sentimiento de seguridad, curiosidad y necesidad de exploración que domina el humor, así como están presentes también la tendencia a “pegarse” al adulto, el negativismo, el miedo y la aprehensión.</p>	<p>El estado de ánimo general puede ser variable (triste, ansioso o presentar una tendencia a quedarse “pegado” al adulto junto a una segura exploración), pero luego gradualmente se estabiliza dentro de un modelo organizado alrededor de un sentimiento básico de seguridad y optimismo, con la presencia no dominante de las siguientes capacidades: la excitación, el negativismo, la pasividad, la tendencia al “pegoteo” hacia el adulto, entre otras.</p>
--	--	--	--

<p><b>Sentimientos</b></p>	<p>Los sentimientos específicos iniciales de excitación placentera o la protesta por la falta de placer llevan a graduaciones más diferenciadas y el bebé incluye gestos con los que negocia la dependencia, el placer, la afirmación de sí mismo, la exploración, el enojo, el miedo y la ansiedad. El sistema de afectos o sentimientos permanece altamente variable, y es fácilmente dominado por el contexto.</p>	<p>los sentimientos se vuelven más diferenciados. Observándose emoción por la exploración y el descubrimiento, y el placer por la autoafirmación. Existen negociaciones gestuales más complejas de dependencia, autoafirmación, enojo y la búsqueda de límites. El negativismo organizado (el no) y una gran demanda están también presentes. El equilibrio debe volcarse en dirección a las expresiones organizadas del placer en el descubrimiento, la iniciativa y el amor. Aparece más desarrollado el sentimiento de comodidad con la familia y la aprensión ante los extraños.</p>	<p>Los afectos, gradualmente, tienen más “significado” (en el nivel representacional o simbólico). Después de la posible inestabilidad inicial en el sistema afectivo (por ejemplo, regresivo, enojo con “pegoteo” y dependencia), es posible una mayor organización del sistema afectivo, con afectos complejos tales como amor, tristeza, celos y envidia, que se expresan en ambos niveles: el pre verbal y el verbal, que está surgiendo. La afectividad se ve fácilmente influenciada por las situaciones físicas (cansancio, hambre). Los afectos se encuentran todavía en un nivel egocéntrico.</p>
<p><b>Estados de ansiedad</b></p>	<p>Están relacionados con la supervivencia física y emocional, y son generalmente globales y desorganizados. La hipótesis es que una preocupación subyacente está relacionada con temas de aniquilación, pérdida del yo emergente y del mundo.</p>	<p>Aparecen relacionados con la pérdida del cuidador, que es algo potencialmente desorganizador.</p>	<p>Se refieren tanto a la ansiedad relacionada con la pérdida de la persona amada y de la cual dependen. Aun así, el niño todavía desorganizado potencialmente puede tolerar mejor la ansiedad y enfrentarla mediante alteraciones en la imagen mental (fantasía; por ejemplo, “mamá regresará; ella me ama”).</p>

**Fuente:** Greenspan, S. *The clinical interview of the child*. Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2003

Mientras que Suárez en su artículo, retoma lo descrito por Piaget; de la concepción de la enfermedad que tiene el niño; y la define como el concepto de causalidad, partiendo de un **nivel 0 = Incomprensión** y pasando por:

- **Estadio I = Prelógica** (3-7 años). Basado en explicaciones fenomenistas, asociando elementos externos, alejados temporal o espacialmente, con la enfermedad, o de contagio, es decir, localizan la causa más cercana y la atribuyen a un contagio por elementos cercanos pero sin contacto directo.
- **Estadio II = Lógico-concreto** (7-11 años). La entiende como una contaminación, acepta la contaminación como causa externa de enfermar más frecuente, o como proceso de internalización del mecanismo de su enfermedad: “está dentro porque ha entrado por la boca”.
- **Estadio III = Operaciones lógico- formales** (mayores de 11 años). Usa mecanismos de deducción, dándole explicaciones fisiológicas o psicológicas.

Las reacciones de los niños hospitalizados dependen de la comprensión de lo que les ocurre, teniendo en cuenta que...”nada es lo que parece cuando se mira con ojos de niño”<sup>10</sup>

Así mismo para Rodríguez Sacristán las reacciones psicológicas a la enfermedad durante la infancia son:

- **Reacciones de adaptación:** oposición, rebeldía, ira, sumisión, colaboración o inhibición.
- **Reacciones defensivas:** Regresión a etapas anteriores del desarrollo, negación o identificación (“no son ellos, soy yo”).

---

<sup>10</sup> Suarez.Op.cit.3,4

- **Reacciones construidas por experiencias mixtas emotivo-cognitivas:** temor a la muerte, sentimiento de culpa, sentimiento de impotencia, descenso de la autoestima, vivencias de abandono, vivencias de fragmentación, mutilación y aniquilación.
- **Reacciones de inadaptación y desajuste:** angustia patológica, reacciones neurológicas (fobias, histeria, conversión, obsesiones), reacciones depresivas, reacciones anormales.<sup>11</sup>

Conocer qué es lo esperable en el desarrollo de un niño(a), es fundamental, nos permite acompañarlo, observarlo, respetando el tiempo individual que cada uno necesita para crecer. También permite adquirir criterios de alarma cuando el desarrollo queda obstaculizado.

Aliño y colaboradores mencionan, que en la edad preescolar, no se encuentra habitualmente información específica, porque sus características y problemas se abordan comúnmente en el contexto del desarrollo general del ser humano y de afecciones propias de las edades pediátricas en su conjunto. Sin embargo, es la principal aportadora de morbilidad y mortalidad durante la niñez, después de la lactancia, y en ella se estructuran los cimientos fundamentales del desarrollo de la personalidad y se producen acontecimientos físicos y de formación de hábitos que influyen en la calidad de vida a lo largo de la existencia.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Rodríguez S. Psicopatología del niño y del adolescente. Universidad de Sevilla. 1998.

<sup>12</sup> Aliño S M, Navarro F R, López E JR, Pérez S I. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Rev. Cubana Pediatr.(revista en internet). 2007 octubre-diciembre. (consultado 7 noviembre de 2011);79 (4). Disponible en : [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79\\_04\\_07/ped10407.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79_04_07/ped10407.pdf).

### 2.3 Cultura hospitalaria y factores ambientales

Guzmán y colaboradores en su artículo, menciona que los hospitales son instituciones importantes y necesarias para la sociedad; tanto que, desde tiempos antiguos han sido vistos como sitios de sanación, por lo que poseen enorme importancia en la vida diaria de la comunidad. Sin embargo, la percepción hacia estos sitios ha sufrido modificaciones, sobre todo, a raíz de la aparición de hospitales de tercer nivel de atención, llamados de *especialidades*. El ambiente hospitalario posee una cultura propia que no se repite en otros ámbitos de la vida diaria, y dado que ocurre generalmente intramuros, es poco frecuente que se hable o se investigue sobre ella.<sup>13</sup>

En los hospitales modernos la comunidad suele tener una participación menor o en ocasiones inexistente, entonces el papel de los usuarios de los servicios se ha vuelto pasivo, de allí que se considere a las personas que se enferman como pacientes. El rol activo, en consecuencia, lo asume el personal médico por un principio de atención mecanicista que separa a la enfermedad de la persona, y que hace que recaiga en aquél casi toda la responsabilidad de la sanación.

Aunado a las experiencias traumáticas que viven las niñas y los niños hospitalizados que impactan su estado emocional y su cosmovisión de la realidad que viven durante el internamiento. Esto dependerá en mucho de la cultura hospitalaria institucional, siendo la manera en que se interactúa con ellos, convirtiéndose el hospital en un transmisor de significados que fortalecerá o debilitará las relaciones de los pacientes y sus familiares.

---

<sup>13</sup> Guzmán SVM, Torres H J, Plascencia H A, Castellanos M J L, Quintanilla MR. Cultura Hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo. Redalyc (revista en internet) verano 2011. (consultado 26 noviembre 2012); 17(33). Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31618563003>.

Sin embargo la calidad de la atención y la infraestructura hospitalaria son elementos que impactan directamente en la percepción que los usuarios tienen acerca del hospital. Por consiguiente, la conformación del hospital y el diseño de sus áreas contribuyen a crear su imagen y la percepción que los usuarios tengan de él. Desafortunadamente, la percepción que suelen tener amplios sectores de la población acerca de los hospitales, es que son lugares en los que el enfermo suele tener sufrimiento físico y emocional.<sup>14</sup>

Ante esta situación, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, han puesto énfasis en el rescate del enfoque comunitario que tenían los hospitales en el pasado, para mejorar la calidad de vida y contemplar a los usuarios como agentes proactivos ante el proceso de salud-enfermedad. Al hablar de la calidad de vida se entiende que es un constructo psicológico, social, económico y antropológico, producto de la interacción de la persona con el medio ambiente.<sup>15</sup> La OMS pone en relieve la atención integral de las personas al promover una visión holística, en la que el ser humano sea visto como un ente biológico, psicológico y social, y consecuentemente, espiritual.

En este sentido la OMS (1998) señala:

- Un hospital promotor de la salud no solamente ofrece servicios médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que promueva la salud mediante una estructura y cultura para ello (OMS, 1987)

---

<sup>14</sup> Benavides, G. y Montoya, I. La experiencia de la hospitalización en la Infancia. España: Nau libres. 2000.

<sup>15</sup> Schalock, L. y Verduzco, M. *El concepto de calidad de vida: significado, importancia y nuestro enfoque*. México: Trillas.2003.

Entendiéndose por cultura como un conjunto de mecanismos de control, de reglas o de instrucciones que ordenan el comportamiento de los seres humanos, en los cuales se denota un conjunto de significados transmitidos históricamente e incorporados en símbolos y conceptos, con los que las personas se comunican, desarrollan sus conocimientos y actividades en la vida diaria.<sup>16</sup> En sí, la cultura involucra todos aquellos, aspectos simbólicos y expresivos de las relaciones sociales.

Aplicado a la cultura hospitalaria se entiende como el conjunto de normas, creencias, valores, símbolos y lenguaje que determina la interrelación entre el personal de salud y los usuarios, así como la constitución del espacio físico de interacción.<sup>17</sup> Por lo tanto, la cultura hospitalaria determina el tipo de roles que se deben seguir, las actitudes que se asumen por parte de cada actor, la atención, los servicios que se ofrecen, los simbolismos que se emplean, y hasta el uniforme que usa el personal, todo lo cual conforma una identidad.

Además se entiende por violencia institucional aquella practicada en los (por los) propios servicios públicos por acción u omisión, abarcando, también, abusos cometidos en virtud de las relaciones de poder desiguales entre usuarios y profesionales dentro de las instituciones<sup>18</sup>

Por otra parte Canales, menciona que en la salud orientada al servicio de las personas, se plantea la necesidad de humanizar los espacios de atención de salud, diseñándolos según como los desean, buscan o que esperan encontrar en

---

<sup>16</sup> Geertz. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.1989

<sup>17</sup> Guzmán. *Op.cit.* 29.

<sup>18</sup> Ministerio da Saúde (BR). *Violência Intrafamiliar - Orientações para a Prática em Serviço*. Cadernos de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: MS; 2003.

ellos, para satisfacer sus necesidades y a su vez permitir que las personas que trabajan en dicho lugar puedan realizar estas acciones de manera eficiente y segura<sup>19</sup>

Retomando lo que describen todas las teoristas de modelos de Enfermería, uno de los componentes esenciales del paradigma de Enfermería es el ambiente que rodea al individuo, por lo que es de suma importancia conocer el proceso de adaptación de los niños al ambiente hospitalario para poder determinar en que forma el equipo de Salud, de Enfermería y familiares, pueden modificarlos hasta lograr minimizar el impacto negativo que tiene sobre la salud de la persona que requiere cuidados.

Tal como lo menciona la investigación de Alfaro R y Machuca P. Los factores ambientales reconocidos por los niños como los que más los afectaban fueron: la separación de los padres, los procedimientos de diagnóstico y tratamiento y la separación de los amigos. Es importante destacar que el factor infraestructura fue unos de los que presentó menos coincidencias, considerando que el ambiente hospitalario donde se realizó el estudio se encontraba parcialmente intervenido (Algunos dibujos, pinturas, uniformes del personal de salud con diseños infantiles, etc.).<sup>20</sup>

Mientras que Álvarez y colaboradores en su artículo, mencionan que numerosos estudios documentan cómo cualquier trauma en la niñez influye negativamente en su desarrollo psicológico; algunas teorías al respecto dicen que el menor hospitalizado, no sólo sufre una situación traumática por la enfermedad en sí, sino también, por la separación del hogar, del medio escolar y de los juguetes.

---

<sup>19</sup>Canales C C. Arquitectura hospitalaria. Hospitales de niños en Santiago: “De la humanización del hospital pediátrico, a la arquitectura senatoria”. DU&P(revista en internet) 2008 abril.(consultado 26 noviembre 2012); 13. Disponible en: [http://www.ucentral.cl/dup/pdf/13\\_publicacion\\_hospitales2.pdf](http://www.ucentral.cl/dup/pdf/13_publicacion_hospitales2.pdf).

<sup>20</sup> Alfaro R A, Atria M P. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. Rev. Ped. Elec (revista en internet) 2009 abril. (consultado 26 noviembre 2012 );6(1). Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/4.html>

Las situaciones que más generan incomodidad y malestar en los niños hospitalizados son: las inyecciones, la interrupción del sueño, la luz encendida, la temperatura de la habitación y no poder jugar. Se asegura que frecuentemente los niños hospitalizados sufren de trastornos psiquiátricos y problemas emocionales debido a que el medio hospitalario resulta muy hostil<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Álvarez G, Ligia M, Cano M I, Cano M T, López D, Quiceno T N, Rendón SN. Incomodidad en niños hospitalizados de siete a catorce años. Factores propios de los hospitales. Medicina UPB (revista en internet) 2005. (consultado 29 noviembre 2012 ); 24(1). Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=159019361004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159019361004)

## 2.4 Ansiedad y estrés durante la hospitalización

La percepción que los niños(as) prescolares y escolares que tienen en sí de la hospitalización, es considerada como un evento estresante en el período de crecimiento y desarrollo de la niñez, expresada a través de la tristeza, el miedo, la ansiedad, la preocupación, la rabia, entre otras emociones, para ello intervienen varios factores asociados como son los personales, familiares, del quipo de salud y de propia institución en la que se encuentran internos.

La ansiedad de los niños hospitalizados se abordó desde la perspectiva teórica de Lazarus y Folkman y se define como la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar.<sup>22</sup>

Mientras que Norella y Cibanal, mencionan que las relaciones interpersonales y la efectiva comunicación con los pacientes son factores determinantes de la calidad de atención de enfermería y sobre todo en el caso de los niños, las relaciones con los profesionales de enfermería son especialmente importantes, debido a que el paciente pediátrico presenta necesidades muy distintas a las de los adultos, por su limitada capacidad de adaptación al ambiente hospitalario.<sup>23</sup>

Ya que los niños hospitalizados conforman una población altamente vulnerable a padecer dificultades, no sólo en lo relacionado con su estado físico, sino también en su estado emocional, en el que el miedo, los temores, la angustia, la

---

<sup>22</sup> Aguilera P, Whetsell M. La ansiedad en los niños hospitalizados. Redalyc (revista en internet) 2007 octubre. (consultado 28 noviembre 2012); 7(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107211>

<sup>23</sup> Noreña PAL, Cibanal JL. La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. Enfermagem (revista en internet) 2011 noviembre-diciembre. (acceso 28 noviembre 2012); 19(6). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf).

separación de sus seres queridos, el nuevo ambiente, entre otros factores, pueden afectar su pronta recuperación, sus relaciones sociales, sus vínculos afectivos; así como generar fobias, trastornos afectivos y consecuencias en su desarrollo socioemocional.

En relación con lo anterior el miedo y la ansiedad son parte de la experiencia que rodea la situación de hospitalización. La experiencia del niño(a) ante el evento de estar hospitalizado por diferentes circunstancias (intervención quirúrgica, enfermedad física, control, rehabilitación, etc.), suelen ser generadora de estrés y miedo, así como de diversas emociones que pueden dificultar la rehabilitación y el bienestar del niño. Según Fernández y López, la hospitalización puede representar para el niño una situación que incrementa su propia vulnerabilidad, al encontrarse inmerso en una serie de estímulos estresantes y, posiblemente, amenazantes para su integridad física, lo cual genera alteraciones emocionales, cognitivas y de comportamiento.<sup>24</sup>

Mientras que para Ortiz, en su artículo retoma a varios autores y refiere que para comprender la ansiedad y los miedos de los niños hospitalizados, se deben tener en cuenta factores como las diferencias evolutivas que influyen en la concepción de enfermedad, en la adaptación o no a situaciones nuevas, en los diferentes contenidos imaginarios ante los temores y en la debilidad e inexperiencia para responder ante situaciones desconocidas. Asimismo, se encuentran los factores hereditarios, el sexo, la historia familiar, los patrones de crianza y las experiencias pasadas, como determinantes de las diferentes reacciones ante la experiencia hospitalaria de los niños, siendo ésta traumática para algunos y adaptativa para otros.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Fernández C, López N. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. Redalyc (revista en internet) 2006 septiembre. (consultado 9 noviembre 2012); 6(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760308.pdf>

<sup>25</sup> Ortiz G. Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. Investigación, intervención, programas y técnicas. Rev. Fac. de Psic (revista en internet) 2006 julio-diciembre. (consultado 21 octubre 2012); 3(3). Disponible en: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/09/articulo-11-vol3-n3.pdf>.

La ansiedad es comprendida como una reacción emocional con un componente característico de anticipación a la sensación desagradable de tensión, preocupación o nerviosismo, que se traduce en la activación del sistema nervioso simpático, acompañada de manifestaciones conductuales visibles ante sucesos difusos.<sup>26</sup>

Estas reacciones se pueden presentar junto con episodios de irrealidad repentina, los cuales son denominados “despersonalización o desrealización” .La ansiedad depende de dos tipos de estímulos: los estímulos externos, que se refieren a la estimulación física como los insectos o los procedimientos médicos invasivos, entre otros; y los estímulos internos, que precisan el malestar percibido por cambios psicofisiológicos, como la preocupación por la reactividad, estos tipos de estímulos forman parte del análisis funcional de la ansiedad.<sup>27</sup>

La ansiedad del paciente pediátrico se relaciona además con el estrés, en la medida en que forma parte de las experiencias del ser humano en su proceso evolutivo, en el cual el estrés, es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga y la ansiedad es la forma de expresión del estrés. Ante la situación de estar hospitalizado, el estrés en el paciente pediátrico aumenta inmediatamente al encontrarse con factores que pueden convertirse en agentes estresantes como el ambiente, los procedimientos médicos, las inyecciones, las personas nuevas y las mascarillas, los olores, el dolor, la separación de sus familiares, entre otros, que finalmente pueden influir en que se genere una reacción de ansiedad.

Además de la aplicación de procedimientos médicos percibidos como amenazantes, dolorosos o peligrosos, unida al propio malestar causado por la

---

<sup>26</sup> Valiente R, Sandin B, Charot P. Miedos en la infancia y la adolescencia. Madrid: UNED. 2003

<sup>27</sup> Caballo V, Simon M. Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Madrid: Pirámide. 2002

enfermedad, podrían originar consecuencias inmediatas durante el tiempo de estancia en el hospital, así como después de la misma.

Algunas de estas manifestaciones, además de estrés, incluirían pesadillas, trastornos de sueño, cambios de conducta o temores y miedos. Existen evidencias de que los niños(as) pequeños(as) (entre 6 meses y 4 años de edad) con varias estancias hospitalarias, están en riesgo de presentar problemas de conducta y dificultades de aprendizaje en la edad escolar y la adolescencia. Además, existe riesgo de alteraciones emocionales debidas a las hospitalizaciones repetidas en la infancia.

Este conjunto de problemáticas, es decir, las dificultades en el espectro de la ansiedad, deben ser consideradas cuando el niño(a) muestra niveles excesivos de ansiedad o miedo más allá de las reacciones esperables dadas las situaciones cotidianas que lo rodean en cada momento evolutivo. Se observan miedos múltiples y específicos, o momentos de ansiedad o pánico sin que sea claro qué es lo que los precipita.

La ansiedad o el miedo pueden llevarlo a inhibir su conducta (por ejemplo, no se anima a participar en actividades sociales o manifiesta una timidez excesiva). También, de modo más ruidoso, puede manifestarse a través de llanto o gritos incontrolables, además de perturbaciones en el dormir y el comer, o actos imprudentes e impulsivos.

Mientras que para Armus y colaboradores existe un tipo de ansiedad específico, muy importante en los primeros años de vida, que se relaciona con la separación respecto de los cuidadores. Hay niños que muestran un temor excesivo y difícil de calmar ante personas extrañas o al separarse de aquellas de su referencia.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Armus C, Duhalde M, Woscoboinik N. Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. UNICEF, Fundación Kaleidos (revista en internet) 2012 abril (consultado 29 noviembre 2012) Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo\\_emocional\\_0a3\\_simples.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf)

En estos casos, encontramos en el niño(a) una negativa persistente frente a la separación de las personas significativas, una preocupación injustificada por la seguridad y el bienestar de estas personas, o el temor de que algo pueda provocar su alejamiento. En general, esta situación se acompaña por el rechazo persistente de ir a dormir sin compañía, temor inadecuado a estar solo y pesadillas reiteradas sobre la separación.

Además si existen situaciones traumáticas y el estrés agudo (un acontecimiento traumático grave y repentino) o crónico (diversidad de acontecimientos menos graves o repetidos en el tiempo), que al no existir factores protectores que los minorasen, tienen efectos nocivos sobre el desarrollo de un niño. Pensemos entonces que cuando estamos frente a ciertos modos de organización de la conducta del preescolar, y de su relación con el entorno que difieren de los esperables, debemos considerar en primer lugar si esas conductas responden a una reacción frente a este tipo de situaciones.

El trastorno por estrés traumático ordena una serie de síntomas que pueden surgir en los niños cuando estuvieron expuestos a una sola situación traumática severa o bien a una serie de sucesos traumáticos relacionados o a un estrés crónico, sostenido. Considerando la importancia del entorno para un niño pequeño, estos sucesos no necesariamente lo implican a él en forma directa, sino que pueden estar ligados a la percepción de riesgos o situaciones traumáticas referidas a las personas más cercanas a él.

## 2.5 Acompañamiento familiar

La enfermedad y hospitalización son situaciones que hacen que el niño se encuentre emocionalmente traumatizado ya que existe una serie de razones, que implican profunda adaptación a los cambios que ocurren en su vida cotidiana, que impiden que pueda realizar su rutina normal como ir a la escuela, jugar con amigos y comer lo que quieran. A menudo, los niños(as) terminan sufriendo el distanciamiento de las personas que aman, está demostrado que cuando se separan de la familia, especialmente de sus madres, responde emocionalmente con la protesta, la desesperación y la negación.<sup>29</sup>

Además, de llevar en sí el sufrimiento del encuentro a un ambiente totalmente desconocido, con gente extraña y procedimientos dolorosos. El apoyo para enfrentar estos sentimientos es muy restringido, de tal manera que, una de las únicas fuentes de seguridad está representada por la presencia de los padres.<sup>30</sup>

González menciona que a principios de los años cuarenta se empezaron a publicar los primeros trabajos sobre la importancia de los cuidados maternos y su influencia en el bienestar del niño. Se han realizado múltiples investigaciones a través de las cuales queda ampliamente reconocido que la presencia y participación de los padres es beneficiosa para el cuidado del niño(a). Se reconoce la separación de los padres como uno de los principales estresores que afectan a niños y niñas durante la hospitalización. <sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Robertson J. Some responses to young children to loss of maternal care. Nurs Times (revista en internet) 1953 (consultado 28 noviembre 2012);49(16). Disponible en: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/25/3/161.full>

<sup>30</sup> Faquinello P, Collet N. Vínculo afetivo mãe/criança na unidade de alojamiento conjunto pediátrico. Gaúcha Enferm (revista en internet)2003 diciembre (consultado 7 enero 2013); 24(3). Disponible en: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile>

<sup>31</sup> González P, Ferrer V, Agudo E, Medina M . Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. Index Enferm (revista en internet) 2011 julio (consultado );20 (3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n3/0151r.php>

Guerrero y Gamboa, indican que se debe incorporar de forma más activa a los padres en el proceso de hospitalización, ya que influye positivamente en el desarrollo psicosocial y cognitivo del niño, favoreciendo la recuperación de los usuarios hospitalizados; ello coincide con la revisión bibliográfica realizada por Harrison; donde confirma la importancia de la atención centrada en la familia, reflejando como puntos importantes el apoyo y la participación de los padres en los cuidados y diversas actividades que éste conlleva.<sup>32</sup>

Ello es similar a lo expresado por Roberts donde señala que los padres durante el proceso de hospitalización disminuyen el llanto y sueño de sus hijos, fomentan la estimulación; de caso contrario, en niños no acompañados se observan tristes y estresados. Barrera y colaboradores refieren que el mejor pediatra de un niño es su propia madre. Sin embargo, cuando un niño se hospitaliza, los padres y la familia son marginados de su atención y compañía, contribuyendo innecesariamente a aumentar el sufrimiento del menor, que se suma al que ya representa el motivo de su hospitalización.<sup>33</sup>

Mientras que en el Reino Unido se realizó el informe Patt donde se recomienda las visitas sin restricción al menor hospitalizado, además que las madres de los menores de cinco años deben tener la oportunidad de quedarse en el hospital y que la formación del equipo de salud debe ser mejorada considerando los aspectos psicoafectivos del niño y su familia.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Guerrero G. Cuidado del niño hospitalizado con apoyo familiar. (revista en internet) 2008 (consultado 7 enero. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx2\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx2_2.pdf)

<sup>33</sup> .- Barrera F. Nuevas tendencias en la hospitalización del niño en Chile. Vida Médica (revista en internet) 2007 febrero (consultado 7 febrero 2013); 46(14). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>

<sup>34</sup> Platt H: The welfare of children in hospital. Ministry of Health: Central Health Services Council. Report of the committee. London 1959

En Chile Cienfuegos Bravo refiere: "Creo, sin temor a equivocarme, que la hospitalización de un niño se reservaría para aquellos casos excepcionales y perfectamente calificados, y se reduciría al plazo mínimo para volver de nuevo al consultorio de lactante y aislarlo en estas circunstancias excepcionales. Creo que debe llegarse a la hospitalización del niño con su madre en las condiciones de higiene que eviten los inconvenientes de la doble permanencia. Recordamos que el hospital puede dar atención médica perfecta, cuidados higiénicos y dietéticos incomparables, pero no puede brindar ese estímulo psíquico del regazo maternal que tanto influye sobre la higiene mental de la criatura, indispensable para la salud física infantil."<sup>35</sup>

De igual forma Astudillo, menciona que en la actualidad a los padres y las familias se les mantiene en un plano secundario y esto está en consonancia con la restricción en el horario de visitas, que no permite una presencia adecuada para que puedan ejercer su papel de padres, como responsables de sus hijos y así aportarles apoyo afectivo y emocional. Sería necesario reflexionar sobre el derecho que tienen los profesionales a tomar la decisión de "dejar pasar" y qué derecho tienen los padres "a estar".<sup>36</sup>

Coa y Mandetta refieren que para la familia, el equipo de salud sigue siendo distante, tratándolo como estrictamente empresarial, y sólo tiene relaciones con ella durante las visitas y al dar información a los padres. Y mencionan que la familia tiene derecho a estar con el niño en tiempo completo durante su

---

<sup>35</sup> Cienfuegos E: *Asistencia Médico-Social del recién nacido y del lactante en organismos de protección abierta*. Rev. Chile (revista en internet) 2007 febrero (consultado 7 mayo 2013); 78(1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>

<sup>36</sup> Astudillo A, Martínez A, Muñoz C, Pacheco M, Sepúlveda G. *Acompañamiento Familiar en la hospitalización del usuario pediátrico de 6 a 12 años*. Ciencia y Enfermería (revista en internet) 2012. (consultado 7 mayo 2013); 18(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art\\_07.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_07.pdf)

hospitalización. De modo que las familias deben considerarse, ya que son una constante en la vida del niño y parte inseparable de su mundo.<sup>37</sup>

Creemos que es necesario pensar que los padres no son meras visitas, son los responsables de sus hijos(as). Su papel de padres no se rompe durante el internamiento. Son los profesionales quienes tienen que pensar cómo ayudar a los padres para poder estar con sus hijos y ayudarles a afrontar esta situación. Ya que la familia, específicamente los padres como los principales cuidadores de los niños, tienen un papel fundamental en el afrontamiento por parte del niño en su etapa de hospitalización, específicamente en su estado de ansiedad, temor o angustia. Lo fundamental durante esta etapa de afrontamiento del proceso salud-enfermedad y del evento de la hospitalización es el apego existente entre el niño y su familia, especialmente con sus padres, debido a que está comprobado que se pueden generar problemas de dependencia y/o detención o regresión del desarrollo de los niños durante un evento estresante. Por lo tanto junto con fomentar el apego es fundamental la información que se entrega a los niños sobre el proceso que están viviendo, en forma clara y precisa, con palabras sencillas y fáciles de comprender. Aparte de todas las desventajas que presenta la hospitalización en el aspecto emocional, representa en el pensamiento del niño una amenaza vital, por el temor a la muerte, haciendo que este proceso sea más intenso tanto para ellos como para su familia.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Coa T, Mandetta M. La experiencia de vulnerabilidad de la familia del niño hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Enferm. USP*(revista en internet) 2011 (consultado 7 mayo 2013);45(4). Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>

<sup>38</sup> Astudillo. Op.cit. 73,74

## IV RESULTADOS

Del análisis de la información revisada se deriva el siguiente resumen:

Se consultaron un total de 35 artículos en las diferentes fuentes de información ya mencionadas, de los cuales fueron 15 artículos de investigaciones: siendo 2 nacionales, 13 internacionales (Chile 5 art., Colombia 3 art., España 5 art., Sevilla 2 art.) de estos fueron el 11.7% cuantitativos; 29.4% descriptivo-transversal; 11.7% descriptivo correlacional; 35.2% cualitativo descriptivo, 5.8% meta-análisis 5.8% estudio de casos múltiples, así como, 20 artículos relacionados con el tema.

En lo referente a las características físicas y emocionales en la edad preescolar y escolar, se cumplió con el objetivo planteado debido a que el 37.5% de los artículos coinciden que en dicha edad, los niños(as) se encuentran vulnerables (somáticamente, psicoafectivamente y socialmente) a padecer alteraciones emocionales ya que están en proceso de maduración psíquica, propia del desarrollo humano, en donde su ambiente cotidiano juega un papel importante para su crecimiento y desarrollo dado que el pensamiento infantil dependerá de las características individuales del niño(a), basadas en la convivencia familiar, que darán el desarrollo de la personalidad y los hábitos que influirán a lo largo de su vida.

De igual forma concuerdan acerca de la concepción que tienen los niños(as) ante la enfermedad, las etapas y las reacciones psicológicas por las que atraviesan durante ese proceso, dado que el niño no tiene la misma concepción del tiempo que el adulto y la hospitalización, implica la separación de su entorno familiar y la llegada a un ambiente extraño y ajeno a él, en donde intervendrán personas desconocidas que la mayoría de las ocasiones le causarán dolor y temor, y esto influirá en su autoestima que apenas está en proceso de maduración, por lo consiguiente se suscitarán cambios importantes en el comportamiento que dependiendo de la intensidad pueden llegar a ser patológicos y con suficiente potencia para generar conductas inadecuadas en el futuro.

Alusivo a la cultura hospitalaria, se alcanzó el objetivo planteado debido a que el 14.7% de los artículos; concuerdan que los hospitales son transmisores de significados, ya que pueden alterar la personalidad de los pacientes de forma positiva o negativa según la percepción de los mismos, por el contacto con un entorno nuevo así como la interacción del personal de salud, generando diversas conductas en los niños. (ver anexo 1)

En donde además influyen factores personales como la edad, desarrollo psicosocial, gravedad de la enfermedad, experiencias previas., etc. Factores familiares como la separación paterna, alteración en la dinámica familiar y el comportamiento propio de los padres ante tal situación. Factores propios de los hospitales como la duración de la estancia hospitalaria, los reglamentos rígidos limitando o restringiendo las visitas familiares, sin olvidar los espacios físicos en donde los niños tienen una gran capacidad de observación del entorno en el cual se encuentran, la percepción que tiene de los colores y espacio físico es relativa sin embargo se debe considerar los colores claros que brindan confort visual ya que ante un mal ambiente hospitalario existe una mayor probabilidad de sufrir alteraciones emocionales negativas.

En dichas investigaciones llegaron a los siguientes resultados:

- Primero que un buen ambiente hospitalario es un factor determinante para evitar la aparición de consecuencias secundarias ha dicho evento.
- Que la hospitalización debería fortalecer los lazos familiares y fomentar la interacción con el personal de salud para favorecer el autocuidado y pronta recuperación física.

- Que en los hospitales hacen falta espacios para la recreación y un ambiente tranquilo para el descanso, ya que por los aspectos físicos propios de los hospitales como la luz, el ruido, la interrupción constante de su sueño, la temperatura ambiental, etc., no permiten una adaptación efectiva al entorno, mermando su salud física y psicológica.

Estas situaciones generan en los niños ansiedad y estrés como lo mencionan el 20.5% de las investigaciones, que el proceso de hospitalización, puede provocar en los mas pequeños inquietud, llantos, alteraciones en la alimentación, conductas regresivas, mientras que en los niños en edad preescolar y escolar les produce tristeza, depresión y miedo, que puede persistir tiempo después de su egreso. Utilizando escalas para medir la ansiedad y el estrés, (STAIC, IRE) (ver anexo 2)

Este nivel de ansiedad, dependera de la edad, el nivel de desarrollo cognitivo, la capacidad de resistencia, la experiencia previa, la cantidad y calidad de información que posea, y el apoyo recibido; así mismo destacan cinco categorías en las que se puede clasificar las posibles amenazas del niño(a) ante la hospitalización: la separación de los padres; los extraños; la pérdida de control, de autonomía y competencia; la experiencia del dolor; y la intervención quirúrgica y la anestesia.

Aunado a la angustia y temor por parte de los padres, ante lo cual los niños(as) son muy perceptivos, transmitiendo en ellos los mismos sentimientos y el desapego al que se ven obligados.

Sin embargo hacen referencia a la relación interpersonal con el equipo de salud, que es fundamental para la presencia, ausencia o mayor impacto de las diversas emociones (positivas o negativas) que presentan los pequeños ante tal situación.

Mientras que Noreña, Velázquez y colaboradores hacen énfasis en la relación interpersonal que tienen los pacientes pediátricos con el personal de enfermería, mencionando la percepción de los infantes con dicho personal, en su mayoría la describen como personas cercanas y empáticas, aunque algunos las referían como enfermeras malhumoradas por la forma en que se dirijan a ellos.

Otra opinión que refieren es que en los hospitales no cuentan con espacios abiertos para la recreación, siendo este un factor estimulante para la depresión, aunado a la postración forzada y los múltiples procedimientos que se realizan en ellos, sin embargo no les molestaba los procedimientos sino la interrupción que sufrían durante el sueño.

Por lo que concluyeron:

- Que durante la hospitalización los niños presentaron un nivel más alto de ansiedad por la separación de los padres.
- Los niños con mayor edad, reducen más rápidamente los niveles de ansiedad, por la mayor comprensión de la situación.
- La interacción con el personal tiene un mayor impacto emocional en los niños, más que la estructura física y/o los procedimientos.
- Las experiencias previas de hospitalización son un antecedente para la presencia de estrés y ansiedad durante su estancia, es decir, si el internamiento previo fue menos traumático, el segundo será más fácil la adaptación al medio y viceversa.

- En contraposición con la investigación de Fernández C. en donde no encontró diferencias significativas de disminución de estrés ante experiencias previas.
- Por lo que podemos concluir que se cumplió con el objetivo planteado, debido a que se identificaron los factores estresores para minorarlos y disminuir la ansiedad durante dicho evento.

Cabe recalcar que el acompañamiento del cuidador primario es fundamental en este proceso como lo refiere el 26.4% de los artículos en donde refieren la participación activa de los padres y/o cuidadores primarios, como eje fundamental en el proceso de enfermedad-internamiento, ya que no dejan de ser padres durante este proceso y es esencial su cooperación para minimizar alteraciones emocionales negativas en los niños.

Así mismo, Barrera y colaboradores realizan una recopilación de la evolución del concepto “hospitalismo” a través del tiempo y los diversos continentes para finalizar en un estudio que parte de la madre ausente a la madre acompañante para posteriormente a la madre participante obteniendo resultados benéficos para el menor hospitalizado.

De modo que el paciente pediátrico debe ser visto desde un enfoque centrado en el niño y su familia, ya que la interacción de varios factores darán los resultados en el estado de salud del paciente, por esta razón, el niño(a) se ve más allá de su cuerpo biológico enfermo, teniendo también en cuenta sus dimensiones mentales, espirituales y sociales; la familia también es vista de manera holística y se considera responsable de la atención de la salud, que puede ser ejecutado por ellos y por los profesionales.

La familia tiene un papel muy importante en el factor emocional del paciente., porque aunque enfermería esta presente, proporcionando el cuidado necesario tan cariñoso, nunca serán capaces de satisfacer la necesidad del niño, la sensación de ser amado por la familia, por lo que su presencia es esencial durante la hospitalización.

Por otra parte Astudillo cuestiona, el acompañamiento en aquellos pacientes que se encuentran en una terapia y/o con efectos de sedación, la presencia escasa o nula de los padres. Y hace un cuestionamiento que a mi parecer es trascendental en el cuidado; hasta donde tienen derecho los profesionales de salud en tomar la decisión de “dejar pasar” o “a estar”, a los padres.

En contraposición con una investigación realizada en Inglaterra, en donde permiten la presencia de los padres durante la sedación o bien la reanimación, ya que señalan que la interrupción de la relación padres-niño es más estresante para los niños que los aspectos físicos del entorno. Mencionan que las visitas restrictivas pueden ser la barrera más grande para mantener el rol parental.

Sin embargo Fernández y López aluden la presencia de los padres como una navaja de doble filo ya que en su investigación realizada, hacen hincapié en el estado emocional por el que atraviesan los padres (estrés, miedo, culpabilidad y ansiedad) ante dicho evento, en donde en la mayoría de estos sentimientos son transmitidos a sus hijos, y no son favorables para su adaptación al medio.

Estos autores concluyeron:

- Que el acompañamiento de los padres y/o cuidadores primarios las 24hrs., es fundamental para el proceso de recuperación del niño
- Que el estado emocional de los cuidadores primarios ante dicho evento influye de manera esencial en los pacientes.

- Que la presencia de ellos, aumenta los lazos familiares y permite una pronta adaptación al entorno.
- Que los niños(as) tienen menores secuelas emocionales cuando viven el proceso de internamiento con sus padres o familiares más cercanos.
- Que los padres se sienten más seguros, cuando participan activamente en el cuidado de sus hijos, transmitiendo dicha seguridad y favoreciendo su pronta recuperación física.
- La permanencia de la madre junto a su hijo hospitalizado permite, atenuar trastornos psíquicos del niño, disminuir la desnutrición e infecciones intrahospitalarias, optimizar el recurso humano, acortar la hospitalización, mejorar rendimiento de cama hospitalaria y disminuir el costo de la hospitalización.
- El paciente pediátrico encuentra en la familia la fuerza y la seguridad necesaria para enfrentar este proceso doloroso y desconocido y por esta razón, la presencia de un representante de la familia es esencial.
- La familia puede ser un gran colaborador en el tratamiento del paciente ofreciendo información importante para ayudar en el cuidado y que debe ser valorado por la enfermera.
- La familia se siente bien cuando puede participar de alguna manera en el tratamiento del niño.

Y finalmente se hace mención sobre el aspecto legal que desde 1961 en el Reino Unido, se formó la asociación nacional para el bienestar de los niños en el hospital, en donde estipula aspectos esenciales en el cuidado holístico de los mismos ante tal situación. Mientras que en México fue hasta el año 2000, se publica la ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, en donde existen artículos enfocados a la seguridad y protección durante el proceso de enfermedad; así mismo en el Hospital Infantil de México se elaboró la carta de derechos de los niños hospitalizados. (Ver anexo 3)

## V DISCUSIÓN

La presencia del cuidador primario favorece la adaptación al ambiente hospitalario evita la aparición de secuelas emocionales negativas. Por lo que la hospitalización debiera ser la oportunidad para fortalecer lazos familiares y fomentar la capacidad de afrontar la adversidad y adaptarse ante tal situación, mientras que en el área de Enfermería se debe reforzar la importancia de brindar cuidados, considerando la dimensión biopsicosocial de los pequeños pacientes, y que el trabajo multidisciplinario permitirá mejorar los resultados para dar una mayor satisfacción a los usuarios.

Por otro lado no olvidar que las actividades de entretenimiento forman parte de los cuidados que deben recibir los niños durante la hospitalización. Para esto es importante realizar valoraciones de las necesidades que tienen los niños(as) en este sentido y, procurar en la medida de lo posible proporcionarlas, involucrando a los cuidadores primarios durante su desarrollo.

Sin embargo, se consideró que es de suma importancia el primer contacto del niño que es internado en un hospital, ya que si se aborda de manera deficiente tendrá repercusiones emocionales que desafortunadamente serán negativas, aunado al estrés y miedo de los cuidadores primarios, que le transmiten a sus hijos ante la incertidumbre del ambiente y el tratamiento, es por ello que nosotros somos parte fundamental para evitar en lo posible el daño emocional, brindando información oportuna y adecuada, de acuerdo a nuestras capacidades, al paciente y al cuidador primario. Ya que todos los profesionales de salud, debemos conocer las perspectivas de los niños, para cubrir en lo posible sus necesidades y poder brindar una mejor atención. Además de la importancia de brindarles actividades durante su hospitalización ya que la falta de estas, es un factor estresante durante su internamiento para brindar un cuidado verdaderamente holístico.

Ya que los niños(as) son muy perceptivos, ante todas las actitudes que mostramos ante ellos, y que en ocasiones no tenemos la habilidad para interactuar con ellos, enfocándonos solamente al aspecto terapéutico, no favoreciendo con esto su proceso de recuperación. También es cierto que cuando logramos una interacción con ellos y con los familiares, logramos obtener su confianza para realizar los procedimientos de manera efectiva. Por lo que es de suma importancia que busquemos estrategias para mejorar las relaciones interpersonales, que nos permitan establecer interacciones afectivas y efectivas para el beneficio de nuestros niños y sus familiares.

## **RECOMENDACIONES**

Se elaborara un tríptico dirigido al personal de salud, donde se dará a conocer los beneficios de la presencia de los padres de forma activa en la adaptación del niño dentro del hospital. (ver anexo 6)

Enseñanza del método eduterapeutico

## VII GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Adaptación:** es la capacidad de involucrarse con el entorno y hacer parte de este una simbiosis que les permita a ambos disponer del otro.

**Ansiedad:** (del latín anxietas, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativo. Condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.

**Autonomía:** estado de salud y bienestar en el que una persona se vale por sí misma para realizar las actividades diarias de la vida.

**Causalidad:** es la conexión que existe entre las razones o las causas de ciertos fenómenos o procesos y los resultados o efectos de los mismos.

**Comunicación no verbal:** es el proceso de comunicación mediante el envío y recepción de mensajes sin palabras, es decir, se da mediante indicios, signos y que carecen de sintaxis, es decir, no tienen estructura sintáctica por lo que no pueden ser analizadas secuencias de constituyentes jerárquicos.

**Confianza:** Esperanza firme que se tiene de alguien o algo.

**Constructo:** es, en psicología, cualquier entidad hipotética de difícil definición dentro de una teoría científica. Un constructo es algo de lo que se sabe que existe, pero cuya definición es difícil o controvertida.

**Deprivación materna:** la deprivación prolongada de los niños pequeños del cuidado maternal puede tener efectos graves y de largo alcance sobre su carácter y en la totalidad de su vida futura.

**Despersonalización:** alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos

**Días de estancia:** es el total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso

**Estrés:** (del inglés stress, 'tensión') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

**Hiperquinesia:** conductas caracterizadas por un exceso de actividad, inquietud e impulsividad en niños a los que se suponía afectados por algún daño cerebral orgánico.

**Hospicios:** asilo en el que se da alojamiento y educación a los niños pobres, abandonados o huérfanos

**Hospitalización:** es un período de tiempo requerido para el restablecimiento 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.

**Hospitalización pediátrica:** internamiento de un niño o lactante en un hospital para la realización de pruebas diagnósticas o para tratamiento.

**Ingreso hospitalario:** es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica, observación, tratamiento y recuperación.

**Internamiento:** Reclusión de un enfermo en un hospital o asilo.

**Intimidad:** es la preservación del sujeto y sus actos del resto de seres humanos.

**Minorar:** disminuir la cantidad, el tamaño, el valor o la intensidad de una cosa

**Mutismo:** Silencio voluntario o impuesto.

**Nociceptivo:** proceso neuronal mediante el que se codifican y procesan los estímulos potencialmente dañinos para los tejidos

**Organogénesis:** conjunto de cambios que permiten que las capas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo) se transformen en los diferentes órganos que conforman un organismo.

**Pérdida:** carencia o deprivación de lo que se poseía.

**Seguridad:** Cotidianamente se puede referir a la seguridad como la ausencia de riesgo o también a la confianza en algo o alguien.

**Separación:** Acción de separar o distanciar dos cosas que estaban juntas en el espacio o en el tiempo.

**Violencia institucional:** son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos

**Vulnerabilidad:** se entiende las características de una persona o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural, implicando una combinación de factores que determinan el grado hasta el cual la vida y la subsistencia de alguien queda en riesgo por un evento distinto e identificable de la naturaleza o de la sociedad. Este se refiere al comportamiento humano rectificado en la variación de actitudes perdiendo o no un poder o dominio.

## VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Aguilera P, Whetsell M. La ansiedad en los niños hospitalizados. Redalyc (revista en internet) 2007 octubre. (consultado 28 noviembre 2012); 7(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107211>
  
- 2.- Alfaro R A, Atria M P. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. Rev. Ped. Elec (revista en internet) 2009 abril. (consultado 26 noviembre 2012 );6(1). Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/4.html>
  
- 3.- Aliño S M, Navarro F R, López E JR, Pérez S I. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Rev. Cubana Pediatr.(revista en internet). 2007 octubre-diciembre. (consultado 7 noviembre de 2011);79 (4). Disponible en : [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79\\_04\\_07/ped10407.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79_04_07/ped10407.pdf).
  
- 4.- Álvarez G, Ligia M, Cano M I, Cano M T, López D, Quiceno T N, Rendón SN. Incomodidad en niños hospitalizados de siete a catorce años. Factores propios de los hospitales. Medicina UPB (revista en internet) 2005. (consultado 29 noviembre 2012 ); 24(1). Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=159019361004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159019361004)
  
- 5.- Armus C, Duhalde M, Woscoboinik N. Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. UNICEF, Fundación Kaleidos (revista en internet) 2012 abril (consultado 29 noviembre 2012) Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo\\_emocional\\_0a3\\_simple.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simple.pdf)
  
- 6.- Astudillo A, Martínez A, Muñoz C, Pacheco M, Sepúlveda G. Acompañamiento Familiar en la hospitalización del usuario pediátrico de 6 a 12 años. Ciencia y Enfermería(revista en internet) 2012. (consultado 7 mayo 2013);18(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art\\_07.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_07.pdf)

- 7.- *Barrera F.* Nuevas tendencias en la hospitalización del niño en Chile. *Vida Médica* (revista en internet) 2007 febrero (consultado 7 febrero 2013); 46(14). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- 8.- Benavides, G. y Montoya, I. *La experiencia de la hospitalización en la Infancia.* España: Nau libres. 2000.
- 9.- Bowlby, J. *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego.* Paidós Buenos Aires . 1989
- 10.-CB, CG, IS, MS, MV. *Protocolo de acompañamiento 24 horas de niños(as) hospitalizados.* Complejo asistencial Dr. Sotero del Rio. Chile 2008.
- 11.-Canales C C. *Arquitectura hospitalaria. Hospitales de niños en Santiago: “De la humanización del hospital pediátrico, a la arquitectura senatoria”.* DU&P(revista en internet) 2008 abril.(consultado 26 noviembre 2012); 13. Disponible en: [http://www.ucentral.cl/dup/pdf/13\\_publicacion\\_hospitales2.pdf](http://www.ucentral.cl/dup/pdf/13_publicacion_hospitales2.pdf).
- 12.-Caballo V, Simon M. *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales.* Madrid: Pirámide. 2002
- 13.-Cienfuegos E: *Asistencia Médico-Social del recién nacido y del lactante en organismos de protección abierta.* *Rev. Chile* (revista en internet) 2007 febrero (consultado 7 mayo 2013); 78(1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- 14.-Coa T, Mandetta M. *La experiencia de vulnerabilidad de la familia del niño hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.* *Enferm. USP*(revista en internet) 2011 (consultado 7 mayo 2013);45(4). Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>

15.-Colomer R. Mercer R. Peiró P. Rajmil L. La salud en la infancia. Gac Sanit.(revista en internet) 2004 Mayo. (acceso 14 octubre 2013);(18). Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>

16.-Faquinello P, Collet N. Vínculo afetivo mãe/criança na unidade de alojamiento conjunto pediátrico. Gaúcha Enferm (revista en internet)2003 diciembre (consultado 7 enero 2013); 24(3). Disponible en: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile>

17.-Fernández C, López N. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. Redalyc (revista en internet) 2006 septiembre. (consultado 9 noviembre 2012); 6(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760308.pdf>

18.-Geertz. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.1989

19.-Geohanna Noel. Participación de la familia en la adaptación de niños y adolescentes que sobreviven al cáncer. AUM (revista en internet) 2011. (consultado en 7 mayo 2013); 11(1). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>

20.-Guerrero G. Cuidado del niño hospitalizado con apoyo familiar.(revista en internet) 2008 (consultado 7 enero. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx2\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx2_2.pdf)

21.-González P, Ferrer V, Agudo E, Medina M . Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. Index Enferm (revista en internet) 2011 julio (consultado );20 (3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n3/0151r.php>

22.-Guzmán SVM, Torres H J, Plascencia H A, Castellanos M J L, Quintanilla MR. Cultura Hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo. Redalyc (revista en internet) verano 2011. (consultado 26 noviembre 2012); 17(33). Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo>.

23.-Ministerio da Saúde (BR). Violência Intrafamiliar - Orientações para a Prática em Serviço. Cadernos de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: MS; 2003.

24.-Needlman R. Crecimiento y desarrollo. En: Nelson W. Tratado de Pediatría. 17ª. Ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. Pp.35-58.

25.-Noreña PAL, Cibanal JL. La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. Enfermagem (revista en internet) 2011 noviembre-diciembre. (acceso 28 noviembre 2012); 19(6). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf).

26.-Ortiz G A. Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. Investigación, intervención, programas y técnicas. Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia. 2006. Vol. 3. No 3, pág

27.-Platt H: The welfare of children in hospital. Ministry of Health: Central Health Services Council. Report of the committee. London 1959

28.-Perdigón VG, Fernández CSB. Estadísticas vitales. Boletín Infantil de México(revista en internet) enero-febrero 2009. (acceso 5 diciembre 2012); 66 (99). Disponible en: [h//pt: www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com).

29.-Philip R.F. Desarrollo humano. 2da. Ed. EU. Pearson 1997. Pp. 5

30.-Repetur S. Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. Rev. Dig. Universitaria (revista en Internet) 2005 noviembre. (acceso 5 diciembre 2012); 6(11): 4-6. Disponible en : <http://www.revista.unam.mx./vol6/num11/art105/art105.htm>.

31.-Robertson J. Some responses to young children to loss of maternal care. Nurs Times (revista en internet) 1953 (consultado 28 noviembre 2012);49(16). Disponible en: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/25/3/161.full>

32.-Rose M, Gomes C. Importancia de la relación interpersonal del enfermero con la familia de niños hospitalizados. Enferm. (revista en internet) 2011 marzo. (consultado 4 marzo 2013); 64(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200006>

33.-Schalock, L. y Verduzco, M. *El concepto de calidad de vida: significado, importancia y nuestro enfoque*. México: Trillas.2003.

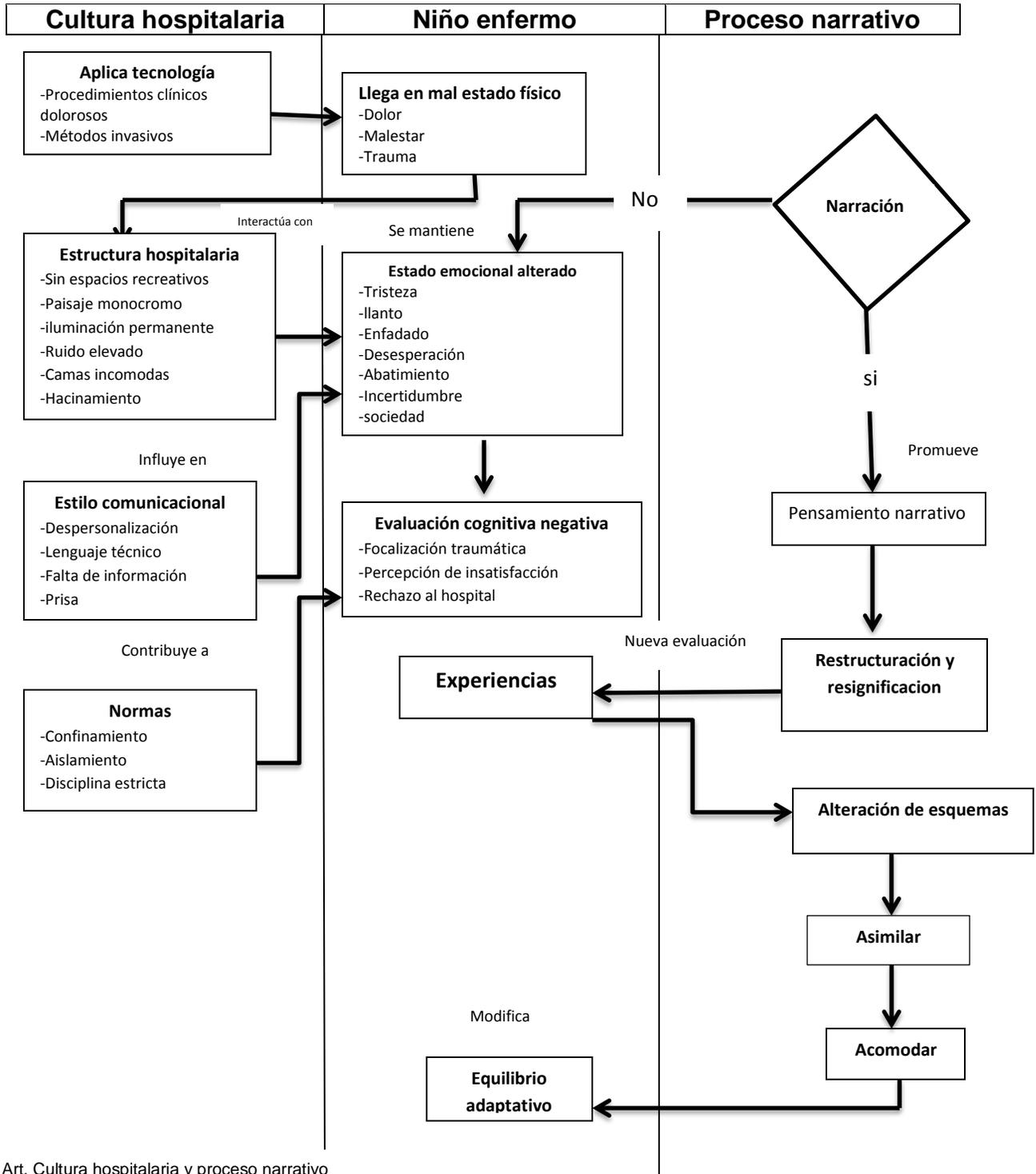
34.- Instituto nacional de estadísticas geográficas . distribución por edad y sexo. México. 2010 (actualizada en marzo 2011; acceso 14 octubre 2013). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/contenido/DemyPob/epobla28>.

35.-Suárez RN. El Niño Hospitalizado: Repercusión Psicológica y Papel de Enfermería. SEEUE(revista en internet) 2010 enero-febrero. (consultado 28 noviembre 2012 );(11). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencia.com>

# IX. ANEXOS

## ANEXO 1

### Interacción dinámica de los factores que interactúan durante la hospitalización del niño enfermo



Fuente Art. Cultura hospitalaria y proceso narrativo

## ANEXO 2 Escala STAI

### Instrucciones Parte I. A-E

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descaído	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

### Instrucciones Parte II. A-R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. Generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me curo rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descaído	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Sueño tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me ríen y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Algunos elementos se han redactado de forma que el punto 3 de la escala señala un elevado nivel de ansiedad, mientras que otros el mismo punto 3 indica un bajo nivel de ansiedad. En este sentido, para obtener la puntuación el primer tipo de elementos se ponderan en el mismo sentido de la escala, mientras que en los segundos hay que invertir la escala (es decir, se conceden tres puntos si el sujeto marca el 0, dos puntos si señala el 1, un punto si el 2, y cero puntos si se da el 3).

Los elementos de escala invertida son los siguientes:

- A/E: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

- A/R: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

**ANEXO 3** Artículos de la Ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes

**Artículo 1o.-** La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

**Artículo 2.** Para los efectos de esta ley, son niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.

**Artículo 3.** La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad.

Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes:

- A.** El del interés superior de la infancia.
- B.** El de la no-discriminación por ninguna razón, ni circunstancia.
- C.** El de igualdad sin distinción de raza, edad, sexo, religión, idioma o lengua, opinión política o de cualquier otra índole, origen étnico, nacional o social, posición económica, discapacidad, circunstancias de nacimiento o cualquiera otra condición suya o de sus ascendientes, tutores o representantes legales.
- D.** El de vivir en familia, como espacio primordial de desarrollo.
- E.** El de tener una vida libre de violencia.
- F.** El de corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad.

**G.** El de la tutela plena e igualitaria de los derechos humanos y de las garantías constitucionales.

**Artículo 19.** Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, moral y social

**Artículo 21.** Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 3o. constitucional. Las normas establecerán las formas de prever y evitar estas conductas. Enunciativamente, se les protegerá cuando se vean afectados por:

A. El descuido, la negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.

**Artículo 28.** Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud.