



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA
EN NIÑOS CON TUMORES ÓSEOS BENIGNOS

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
MARTHA AÍDA ROCHA GARCIA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: MTRO. JORGE HUMBERTO ARZATE AGUILAR

COMITÉ: DRA: BERTHA RAMOS DEL RÍO

DR. FAUSTO TOMÁS PINELO ÁVILA

MTRO: MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ VILLEGAS

LIC: ALBERTO ANTONIO RAMÍREZ VILLA



FES
ZARAGOZA

CUIDAD DE MÉXICO

JUNIO 2018



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:

A mi madre y padre que han velado por y mí salud.

*A mis amigos que están cerca y los que no lo están,
por su apoyo y su palabras de ánimo*

A mi director de tesina por su tiempo y paciencia.

A mis sinodales por su atención y tiempo.

A todos muchas gracias.

ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo 1. Tumores óseos	7
1.1.1 Características.....	10
1.1.2 Clasificación.....	10
1.2 Tumores óseos comunes en la infancia	12
1.2.1 Osteoma osteoide.....	12
1.2.2 Encondromas.....	13
1.2.3 Condroma periostial.....	13
1.2.4 Osteocondroma.....	14
1.2.5 Displasia fibrosa.....	15
1.2.6 Quiste óseo aneurismático.....	15
1.2.7 Tumor de células gigantes.....	16
1.3 Características	16
1.4 Etiología	17
1.5 Anomalías	19
1.6 Edad de desarrollo	19
1.7 Diagnóstico, pronóstico y tratamiento	19
1.8 Epidemiología en México	22
Capítulo 2. Enfermedad diferentes concepciones.	25
2.1 Médico	25
2.2 Filosófico	26
2.3 Cultural	27
2.4 Religión	28
Capítulo 3. Desarrollo cognitivo del niño. Modelo de Piaget	29
3.1 Estadios	31
3.1.1 Etapa sensoriomotora.....	31
3.1.2 Etapa preoperacional.....	32
3.1.2.1 Estadio IA causalidad.....	32
3.1.2.2 Estadio IB de la causalidad.....	33
3.1.3 Estadio de las operaciones concretas.....	33
3.1.4 Estadios de las operaciones formales.....	33
3.2 Causalidad en el niño visión Piagetiana	34
Capítulo 4. Afrontamiento hacia la enfermedad	37
4.1 Concepto de afrontamiento	37
4.2 Recursos de afrontamiento	39
4.3 Estrategias de afrontamiento	40

4.4 Afrontamiento en niños	48
4.5 Afrontamiento hacia la enfermedad crónica.....	52
4.6 Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica	60
4.7 Autoimagen, logros personales y funcionamiento social en la enfermedad crónica..	62
4.8 El niño ante la enfermedad.....	63
Capítulo 5. Estrés hacia el quirófano	69
5.1 Concepto estrés y generalidades	69
5.2 Estrés en niños.....	74
5.2.1 Estrés preoperatorio en niños.....	77
5.2.2 Estrés ante la hospitalización, en el niño	82
5.3 Ansiedad hacia el quirófano “Día de la cirugía”	88
5.3.1 Concepto de ansiedad	88
5.3.2 Ansiedad quirúrgica en el infante	89
5.4 Periodo postoperatorio	92
5.4.1 Posoperatorio en niños, recuperación de la cirugía.	93
Capítulo 6. La familia del enfermo	96
Capítulo 7. Estrategias terapéuticas y métodos psicológicos:	101
Psicoprofilaxis quirúrgica.	101
Capítulo 8. Conclusiones y sugerencias	105
REFERENCIAS.....	117

Introducción

En la presente investigación documental se describe ampliamente a los niños con el diagnóstico de tumores óseos benignos, se abordarán principalmente aquellos tumores con mayor prevalencia. Se abarcará el impacto tanto en el niño como en la familia, el aspecto de afrontamiento a la enfermedad crónica y la cirugía como único tratamiento para los diversos tumores óseos benignos, por tanto, se propondrá una alternativa para la preparación a la intervención quirúrgica, este modelo de intervención se denomina psicoprofilaxis quirúrgica, el cual tiene como objetivo disminuir ansiedad y estrés a la cirugía y la hospitalización, además de favorecer la recuperación del paciente. Esta técnica comienza desde el momento en que se informa de la necesidad de someterse a cirugía y por tanto el internamiento en la unidad hospitalaria continúa hasta el día de la intervención quirúrgica y culmina el día del alta.

El interés principal en este tema es realizar una propuesta para mejorar el afrontamiento de la intervención médica, que será de gran ayuda tanto para el niño con la enfermedad crónica como para la familia, formado así una red de ayuda entre la intervención del personal de salud con el núcleo familiar para la mejora del niño según sea su etapa de desarrollo y adaptándose a su capacidad cognoscitiva del mismo. En el contexto profesional y académico la psicoprofilaxis ofrece un nuevo ámbito donde el psicólogo se puede desarrollar a partir de la intervención planeada para la cirugía.

Como ya se ha descrito anteriormente lleva por metodología la investigación documental, se realizó una recolección de datos, se analizaron y seleccionaron los escritos encontrados.

Los documentos que se utilizaron fueron en su mayoría investigaciones sobre los efectos de la cirugía en un niño con y sin el apoyo de la técnica de psicoprofilaxis quirúrgica, así como su beneficio al niño y a la familia; también se indagó sobre la

frecuencia de los tumores óseos benignos, como son los osteocondromas, endocondromas, osteoma osteoide, condroma periosteal osteocondroma, displasia fibrosa, quiste óseos aneuristémico y el tumor de células gigantes siendo estos los más comunes entre la población con dicha patología, en este punto vale la pena descartar que esta misma no tiene un número elevado de incidencias entre la población infantil, por tanto la información acerca de dicha enfermedad es breve, repetitiva y poco profunda, ya que no es un mal que aqueje aún número elevado de niños o adultos, por tanto buscar a sujetos de estudio que se acoplan a mis necesidades de investigación era difícil. El objetivo de esta investigación es el determinar si la psicoprofilaxis quirúrgica tiene un efecto positivo sobre el niño sometido a una cirugía.

También se presenta la temática de los tumores óseos, dando una explicación amplia de los signos y síntomas abordando únicamente los que presentan una mayor tasa de prevalencia, se presentara la etiología, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento además de mencionar los estudios realizados en México. Otro tema será la enfermedad bajo la mirada de la medicina, el aspecto filosófico, ético, cultura y religioso, proporcionando un entendimiento mayor de la misma.

El desarrollo cognitivo del niño bajo el modelo de Piaget será otro aspecto incluido. Así mismo se toma en cuenta el proceso de afrontamiento del niño para la enfermedad crónica, las repuestas emocionales que suelen presentarse, la importancia de la-autoimagen, logros personales, funcionamiento social y finalmente como el niño entiende la enfermedad.

El estrés hacia el quirófano, siendo este uno de los puntos más importantes será explicando en un primer punto y de forma general para después estudiar cómo se presenta en los niños, y finamente situado como respuesta a una situación médico hospitalario.

Posteriormente será la ansiedad hacia el quirófano y el día de la intervención quirúrgica el foco de atención, para ello el concepto de ansiedad será visto en un primer momento y pasando posteriormente a la ansiedad quirúrgica en el niño, comenzando desde el periodo pre-operatorio y hasta la recuperación de la cirugía.

Seguidamente se analiza las condiciones familiares a las que el niño está sometido y como la familia es afectada por el nuevo padecimiento, las etapas de adaptación a las que se someterá la familia durante el proceso a la aceptación, así como los roles que crea en la familia como una medida necesaria para el cuidado y la atención del niño.

La psicoprofilaxis quirúrgica será descrita, como un método de intervención terapéutica para la cirugía, contemplando desde su significado hasta los objetivos y su estructura.

Finalmente se concluye con una explicación y profundización en la intervención psicoprofiláctica basada en la preparación del niño a la cirugía por medio de la explicación del acontecimiento antes, durante y después, al igual que se propone la integración familiar pues será una parte esencial, esto mediante la involucración familiar como parte de vivencia del niño y como responsables del mismo al ser su fuente de apoyo más cercana. También se recomienda trabajar mismo tiempo el afrontamiento en el duelo de la enfermedad crónica.

Algunas de las estrategias que se mencionan son el entrenamiento tanto al padre como al niño por medio de entrevistas de evaluación, técnicas de respiración e imaginación entre otras que ayudaran a ambos durante el proceso.

Como sugerencia, es importante también el subrayar la necesidad de establecer y llevar a cabo las acciones psicoprofilácticas necesarias para asegurar la máxima preparación del paciente, logrando en primera instancia disminuir ansiedad, miedo y estrés al mismo tiempo que se puede asegurar la adherencia al tratamiento y por tanto seguimiento médico pertinente.

Capítulo 1. Tumores óseos

Dentro de las patologías crónicas, se haya un grupo con una etología genética, el desarrollo comienza desde una edad muy temprana alrededor de los 0-18 años, el crecimiento puede detenerse una vez alcanzado el desarrollo esquelético, sin embargo no es una garantía, incluso durante la edad adulta puede iniciar el desarrollo. Los tumores óseos es una enfermedad crónica degenerativa, sin cura y cuyo tratamiento es por medio de la cirugía, los paciente que la padecen sufren de dolor, limitación física y en algunos casos deformación de los miembros afectados, por ejemplo, falta de desarrollo en hueso aquejado. Dicho padecimiento restringiera las actividades del paciente que por lo general se trata de un niño, desde una edad muy corta debe acostumbrarse y aceptar su rol como paciente crónico.

Los tumores óseos también afectan la auto-imagen, el autoestima y la autopercepción, durante su desarrollo el niño comienzan a notar que su cuerpo no es igual al resto, su salud tiende a deteriorarse con el pasar del tiempo y las quejas de dolor aumentan, hay fatiga e inmovilidad se hacen más presentes conforme el tumor crezca.

Sin embargo esto no restringe el desarrollo intelectual, académico y social del paciente ya que no es una limitante, el dolor, que si bien se presenta a lo largo de la vida puede ser tratado por medio de analgésicos y en caso necesario la cirugía. Por lo general la enfermedad tiene un buen pronóstico, por medio de una buena adherencia terapéutica con el médico tratante, una vigilancia constante del crecimiento además de la toma de los medicamentos recetados, rara vez el tumor óseo benigno llega a hacer metástasis y evolucionar a un osteosarcoma (cáncer).

Para conocer más acerca la mencionada enfermedad debemos explicarla desde su concepción médica, autores como Ferrández y Gómez (2010) consideran como tumores

óseos a *“toda masa anormal de tejidos que se desarrolla en los huesos”* (p.403) en consideración con su origen se distinguen entre tumores primarios, secundarios y/o metastásicos, siendo los primarios los que se caracterizan por proceder de los propios tejidos y células de los huesos, nacen y se desarrollan en ellos. Los secundarios o también conocidos con el nombre de metastásicos se forman como consecuencia de la llegada a los huesos por vía sanguínea células provenientes de tumores que están inicialmente en otros órganos.

Se considera que hay dos tipos de lesiones benignas y malignas; las benignas se caracterizan por no dar metástasis a distancia y en general hay un buen pronóstico, por otra parte, las malignas pueden manifestarse en otros lugares de la lesión primitiva o también hacerlo dentro de la misma lesión.

Lor (2004) lo describe como *“un género de neoplastias que consisten en más de 200 tipos benignos y alrededor de 90 malignos”* (p.317) mismo que mantienen una incidencia de 200:1, estos tumores como los define el autor, tienen un origen en el mesodermo embrionario y se clasifican de acuerdo con su histología diferenciada o adulta. Se dividen en dos tipos benignos y malignos, las apariciones benignas tienen un comportamiento no agresivo con una baja tendencia a recurrencia local o metástasis, por otra parte, el tumor maligno tiene crecimiento destructivo local son invasivos y tiene tendencia a recurrencia a la metástasis.

La clasificación de los tumores óseos según Ferrández y Gómez (2010) van en función al tejido del que proceden y fue en 1972 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una clasificación de los tumores en general en donde se incluían los localizados en hueso, a pesar de que a lo largo del tiempo ha recibido algunos retoques, es la más utilizada y está centrada en tumores primarios considerando por aparte las

lesiones pseudotumorales que en la Tabla 1. se presenta, estos son los principales tumores óseos considerados por la Organización Mundial de la Salud citada en el Manual de cirugía ortopédica y traumatología (2010).

Tabla 1
Tumores primarios de los huesos (OMS)

Tumores primarios de los huesos		
Malignos	Intermedios	Benignos
1. Tumores formadores de hueso		
Osteosarcoma (central) Osteosarcoma de superficie: -Perostal -Periostal Alto grado	Agresivo (maligno) Osteoblastoma	Osteoma Osteoma osteoide Osteoblastoma
2. Tumores formadores de cartílago		
Condrosarcoma Periostal (yuxtacortical) Mesenquimal Desdiferenciado Condroblastoma agresivo		Condroma Osteocondroma Condroblastoma Condroma fibromix
3. Tumor de células gigantes		
4. Tumores de células redondas (medula ósea)		
Sarcoma de Ewing (posible origen neuroectodérmico) Linfoma maligno Mieloma Tumor neuroectodérmico		
5. Tumores vasculares		
Angiosarcoma	Hemangioendotelioma hemangioperitoma	Hemangioma Linfangioma Tumor glómico
6. Otros tumores de tejido conectivo		
Fibrosarcoma Liposarcoma Fibrohistiocitoma maligno Leiomiomasarcoma		Fibroma desmo Lipoma Fibrohistiocitoma benigno
7. Otros tumores		
	Condroma Adamantinoma	Neurilemoma Neurofibroma
Nota: Tomada de Ferrández y Gómez (2010)		

1.1.1 Características

Según Lor (2004) los tumores benignos se caracterizan por que son asintomáticos y en la radiografía se muestran como una lesión geográficamente bien definida, hay signos que demuestran que el crecimiento del tumor ha sido lento, estos signos son muy distintivos en relación a los tumores malignos, los cuales presenta dolor y en la radiografía se exhibe una lesión difusa con destrucción lítica y bordes mal definidos los cuales puede sugerir un crecimiento acelerado.

Existe una clasificación para los tumores óseos benignos:

- Lesiones etapa 1: se consideran latentes, suelen ser asintomáticas, pueden evolucionar y por lo general se resuelven solas.
- Lesiones etapa 2: son consideradas activas, no se corrigen de manera espontánea y tiene menos características francas, con frecuencia requieren intervención quirúrgica con tratamiento agresivo.
- Lesiones etapa 3: Son agresivas y muestran destrucción extensa, el tratamiento requiere de resección extensa en bloque.

1.1.2 Clasificación

La clasificación de los tumores óseos benignos es dada por la OMS como se puede ver en el cuadro 2. (Olalde, Viveros, Milán, 2008) esta clase de tumores no presentan una gran incidencia sobre todo en su forma maligna es así como hay una mayor incidencia en los tumores benignos y aún más en los tumores benignos primarios entre los cuales son muchos más frecuentes el osteocondroma y el endocondroma. (Ferrández y Gómez, 2010). Los autores Olalde, et al, (2008) consideran que los tumores benignos que con mayor frecuencia se ven en la infancia son los quistes óseos simples, los osteocondromas, condromas, osteoma osteoide, quistes aneurismáticos y con menor

frecuencia el fibroma condromixoide, la OMS propone una clasificación para los tumores benignos óseos que se muestra en la tabla 2.

Tabla 2
Clasificación de los tumores óseos benignos propuesta por la OMS.

Clasificación de los tumores óseos benignos propuesta por la OMS.
1. Formadores de hueso
Osteoma Osteoma osteoide y osteoblastoma
2. Vasculares
Hemangioma Linfangioma Tumor glómico
3. Formadores de cartílago
a) Condroma <ul style="list-style-type: none"> • Endocondroma • Periostal (Yuxtacortical) b) Osteocondroma (exostosis osteocartilaginosa) <ul style="list-style-type: none"> • Solitario • Múltiple hereditario • Condroblastoma • Fibroma condromixoide c) Condroblastoma (Condroma epifisario) d) Fibroma condromixoide
4. Del tejido conectivo
Histiocitoma fibroso benigno Lipoma
5. Lesiones pseudotumorales
Quiste óseo solitario (simple o unicameral) Quiste óseo aneurismático Quiste óseo yuxtaarticular (ganglión intraóseo) Defecto fibroso metafisario (fibroma no osificante) Granuloma eosinófilo (solitario) Displasia fibrosa y displasia osteofibrosa Miositis osificante Tumor pardo del hiperparatiroidismo Quiste epidermoide intraóseo Granuloma de células gigantes (reparativo) de manos y pies
Nota: Tomada de Olalde, Viveros, Milán (2008)

1.2 Tumores óseos comunes en la infancia

La mayoría de los tumores óseos benignos suelen aparecer durante la infancia, de los 0 a los 18 años de vida, ya que durante estos años se desarrolla el esqueleto. Hay una gran cantidad de tumores óseos sin embargo en el presente solo se considerarán los más comunes durante la infancia, pues hay una mayor tasa de prevalencia y tratamiento en ellos.

1.2.1 Osteoma osteoide

Es un tumor que se localiza frecuentemente en el fémur proximal, Lor (2004) lo describe como un tumor benigno que está formado de osteoide (la estructura semejante al hueso, como algunos tumores) representa el 10 % de los tumores benignos y es más frecuente en hombre que en mujeres, mantiene una incidencia de los 20 a los 30 años, presentan síntomas como dolor sordo (solo se presenta dolor sin saber causa específica) esclerosis reactiva y genera un abultamiento fusiforme sobre la superficie del hueso, el nido presenta una trama de formación ósea agresiva pero benigna que contiene una gran cantidad de osteoblastos y osteoclastos sobre un estroma vascular fibroso y no se observan áreas condroides. Los casos se mantiene en la etapa 1 se tratan de manera sintomática, con ácido acetilsalicílico o AINE, en el caso de que el paciente no presente mejoría con el tratamiento se recomienda la intervención quirúrgica en donde es común la utilización de la técnica “rebanada”, el nido se puede identificar de manera visual por su color rosa hiperémico en el hueso reactivo adyacente, si la lesión no es visible se debe de colocar marcadores radiográficos durante la operación, es importante retirar todo el nido sintomático, al igual que se debe evitar la eliminación de una cantidad grande del tejido óseo esclerótico circundante ya que debilita el hueso y puede originar fracturas patológicas.

1.2.2 Encondromas

Su estructura es de cartílago hialino de la medular del hueso, este tipo de tumor tiene una representación del 12 y 25% de los tumores benignos, casi siempre se encuentran en los huesos tubulares de las manos, los huesos tubulares largos, el húmero proximal, fémur proximal y distal. Por lo general son asintomáticos, se pueden observar en la radiografía y el tratamiento consiste en la observación continua, solo se trata si hay dudas con el diagnóstico (Ortiz y Fernández, 2001).

Los encondromas son lesiones en etapas 1 y 2, la endocondromatosis múltiple o también conocida como enfermedad de Ollier es una displasia no familiar rara, se presentan a la mitad del cuerpo y tiene una apariencia similar a la displasia fibrosa, esta afecta a una amplia región metafisiaria lo que ocasiona incurvación y acortamientos de huesos largos. El tratamiento no es necesario si es asintomático, en caso de que se presente una fractura patológica se debe permitir que se consolide y después hacer un legrado sencillo con un injerto de hueso. (Lor, 2004)

1.2.3 Condroma periostial

Se observa en la superficie del hueso con frecuencia es la parte proximal de la metástasis, se presenta más de una lesión en la zona afectada, en radiografía a menudo se observa como si estuviese sobre una superficie cortical, son lesiones que corresponden a la etapa 1 y 2 suelen crecer hasta que puedan ser visibles sin embargo si el crecimiento es mayor a 4 cm sugiere la aparición de un condrosarcoma periférico primario. El tratamiento consiste en la observación de la lesión para determinar si crece más hasta que el paciente llegue a la edad adulta, cuando esta incrementa está indicada la resección local simple sin la necesidad de injerto de hueso (Lor, 2004).

1.2.4 Osteocondroma

Lor (2004) lo considera como un proceso hamartomatoso o de desarrollo que se origina en un defecto del borde externo de la placa de crecimiento sobre el lado metafisiario que produce una exostosis siempre, tiene una apariencia que apunta hacia afuera de la articulación y conforme la lesión se desplaza al exterior de la placa durante los años de crecimiento.

Para Ortiz y Fernández (2001) son formaciones óseas que se desarrollan sobre el hueso, cubiertas por una capa de cartílago hialino, cuando dicha capa sea mayor a 1.5cm de grosor de podría sospechar de una transformación maligna. Este tipo de tumoración representa el 40% de los tumores benignos, la mayoría parece durante la segunda década de vida, se encuentran frecuentemente al alrededor de la rodilla y tibia, en la mayoría de los casos se presentan sin sintomatología, en ocasiones el motivo de la consulta es la masa y no el dolor, en caso de que se presente el dolor la causa es por la compresión de los nervios localizados alrededor.

Son lesiones de etapa 1 y en caso de que las lesiones se vuelvan irritables la extracción quirúrgica es conveniente solo para corregir los síntomas, en caso de deformidad por la aparición de estas lesiones se utiliza osteotomía correctiva (Lor, 2004) hay de 3 a 5% de posibilidades de que el tumor se genere maligno.

Para el diagnóstico del tumor es suficiente con una radiografía, ya que en la misma se presenta como una osteocondensación que parece implantada sobre el hueso, y solo hay una posibilidad del 1 y 2% de que en dichos tumores haya una degeneración maligna, sin embargo, se sospecha desde que el tumor siga incrementando su tamaño aún cuando el crecimiento haya finalizado. El tratamiento se puede consistir en un seguimiento clínico-radiológico, en el caso de que haya dolor por compresión de nervios se debe

realizar una resección simple, en los pacientes que presentan un cuadro múltiple el tratamiento quirúrgico se hará más frecuente para corregir deformidades más que a la resección de los osteocondromas (Ortiz y Fernández, 2001).

1.2.5 Displasia fibrosa

Es una anomalía displásica en el tejido mesenquimatoso formador de hueso con una capacidad para formar hueso laminar maduro, en función a esto el hueso se detiene en el estado de trama ósea con la proliferación de fibroblastos con respecto al hueso. Se presenta en formas monostótica y poliostótica, tienen una tasa alta de prevalencia diagnóstica durante los diez primeros años de vida y se observa una predilección en mujeres. Puede afectar cualquier hueso del cuerpo, aunque la localización más frecuente es el fémur proximal en donde crea la deformidad que se conoce como cayado, en la afectación ósea los pacientes presentan pigmentación color café con leche. En tratamiento de los pacientes pediátricos el objetivo es la prevención de las deformidades y el tratamiento de las mismas, se puede utilizar el legrado y el injerto (Lor, 2004).

1.2.6 Quiste óseo aneurismático

Ferrández y Gómez (2010) lo describen como una *“lesión reactiva hiperplasia de causa desconocida, dando una imagen lítica expansiva, con espacios de variable tamaño que están rellenos de sangre o coágulos separados por tabiques de tejido conectivo que contiene trabéculas de hueso o de tejido osteoide y células gigantes osteoclásticas.”* (p.411), esta suele afectar a pacientes con una edad menor a los 30 años y el 85 % de estos casos se diagnostica antes de los 20 años y se observa una inclinación ligera hacia las mujeres, si bien afecta a cualquier hueso hay un 53% de probabilidad de afección a los huesos largos. En los pacientes se produce dolor local e inflamación, mantiene un

crecimiento progresivo, también puede haber presión radicular o en el caso de que se encuentre en las vértebras o el sacro producirá síntomas neurológicos.

1.2.7 Tumor de células gigantes

Es un tumor que puede llegar a ser agresivo que se caracteriza por un tejido vascularizado, está formado por células grandes de contorno alargado u ovoide con la presencia de numerosas células gigantes multinucleadas y se distribuye de forma uniforme por todo el tejido tumoral. Representa el 5% de los tumores óseos y el 20% de los tumores óseos benigno.

Se presentan entre los 20 y 40 años de edad y en un 90% se hayan en huesos largos, puede ocasionar dolores de rodillas por varios meses y fracturas debido a la destrucción ósea que puede estar presente, aunque no siempre sea así. Con frecuencia invaden partes blandas por lo se consideran lesiones de agresividad local importantes, pueden limitar el movimiento, los derrames y la sinovitis inflamatoria reaccional. Hay una posibilidad de metástasis aun que es baja; se puede observar en la radiografía una lesión radioculada de tipo excéntrica y de situación metafisoepifisaria.

El tratamiento es una cirugía y la resección dependerá del tamaño de la tumoración, puede ser una resección amplia y una reconstrucción con prótesis (Ortiz y Fernández, 2001).

1.3 Características

Los tumores benignos, tienen una evolución lenta a diferencia de los tumores malignos que se desarrollan rápidamente, sin embargo, hay formas benignas que pueden evolucionar de manera rápida y pueden mostrarse agresivas y otras malignas que tienen una evolución lenta (Ferrández y Gómez, 2010).

Los pacientes con diagnóstico de alguien tipo de tumor óseos manifiestan dolores, tumefacción o impotencia funcional, sin embargo, el dolor no siempre está presente, pues la presencia de este depende de la naturaleza del mismo, la localización y del tamaño, en el caso de los tumores benignos son casi siempre indoloros, sin embargo, existen algunos que, si son dolorosos, como el osteoma osteoide y osteoblastoma.

Otros tumores benignos como los osteocondromas que tienen un crecimiento mayor pueden llegar a comprimir nervios llegando a causar dolor.

Los dolores que se presentan el caso de tumores óseos malignos son cada vez más frecuentes, y con el tiempo se vuelven insoportables (puesto que los dolores se intensifican por la noche) al mismo tiempo que los analgésicos dejan de ser efectivos.

1.4 Etiología

Lor (2004) hace referencia a un teorema en biología del cáncer, el cual explica que un tumor se origina de la expansión monoclonal inicial a partir de una célula única misma que presenta una alteración en la maquinaria reguladora, esto hace el origen de una proliferación celular sin supervisión. Es decir, el tejido sano se transforma de manera progresiva de un fenotipo normal a una colonia anormal de células proliferativas, esto puede tener un progreso que sobrepase la enfermedad benigna para adquirir una naturaleza más agresiva hasta que evolucione a un estado de neoplasia fulminante y puede llevar a un desarrollo de cáncer por la pérdida de la integridad del DNA.

Para comprender el desarrollo de los tumores óseos o de tejidos blandos se debe de hablar primero del desarrollo normal de las células, este ciclo consta de un proceso mediante el cual se divide en dos las cuales y son una réplica de la primera, este proceso es dirigido por las proteínas celulares y se dividen en cuatro fases distintas G1, S, G2, M, la fase uno es denominada como G1 es donde ocurre la mayor parte del crecimiento celular, la fase S es la segunda en donde ocurre la síntesis del DNA con separación

cromosómica y división celular, la fase G2 es la mitosis, el estado maduro de los tejidos mesenquimatosos suelen estar en reposo en una etapa que no es proliferativa lleva el nombre de M . El control de este proceso va a depender de las proteínas reguladoras y el proceso de control mismos que van a permitir la vigilancia y corrección de la secuela genética, estas proteínas se van a codificar a partir de dos puntos de genes oncogenes y genes supresores, los primeros codifican una serie de factores genéticos de crecimiento, mientras que los segundos suspenden el ciclo celular en el límite de G1/S (es decir la fase en la que hay un mayor crecimiento celular y la mitosis) como un intento de abortar la proliferación, hay otros genes supresores que se dedican a frenar en etapas más tempranas la reproducción celular .

Ahora bien cuando estos mecanismos no actúan de forma correcta, una célula específica puede obtener la capacidad de proliferación limitada o incluso persistente, esto causa que una célula normal evolucione a un estado preneoplásico para convertirse en neoplasia a partir de la acumulación de mutaciones, en este proceso es importante considerar la pérdida de las funciones de los genes supresores, se puede producir por defectos que incluyan translocaciones, amplificaciones, pérdida heterocigótica entre otras.

Una mutación en la célula se produce cuando los puntos de control y la maquinaria reguladora son incapaces de reparar el código genético de manera continua.

Hay factores que influyen en estas mutaciones como los genéticos, los ambientales, radiación o carcinógenos químicos, el proceso neoplásico puede detenerse en la etapa benigna, sin embargo, no se debe descartar la posibilidad de que haya una degeneración maligna (Lor, 2004).

1.5 Anomalías

Ferrández y Gómez (2010) describen que el 70% de los tumores benignos se localizan en un 30% en la región de la rodilla, 13% en el humero y a sus alrededores, y un 20% en huesos de manos y pies.

Por otra parte, los tumores malignos casi un 45% también se encuentran en los miembros y más de la mitad de ellos en zonas próximas a la rodilla, los huesos de la pelvis y la columna vertebral son frecuentes en un 38% de los casos, los tumores metastásicos se pueden encontrar en esta zona.

1.6 Edad de desarrollo

La gran parte de los tumores óseos primarios se manifiestan durante las dos primeras décadas de la vida, en esta época es cuando el esqueleto se encuentra en desarrollo, al igual que los tumores malignos. El tumor de células gigantes, el condroma y el condrosarcoma son más propenso a desarrollarse alrededor de los 20 y 40 años, el condrosarcoma se puede desarrollar incluso en ancianos, por otra parte, los tumores metastásicos aparecen, casi siempre desde los 4 años y van en aumento con la edad (Ferrández y Gómez. 2010).

1.7 Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Ferrández y Gómez (2010) consideran que en la primera etapa se puede establecer un diagnóstico preciso, para algunas variantes benignas y pseudotumorales sin la necesidad previa de una biopsia, sin embargo, cuando hay duda acerca de si es benigna o maligna es necesario hacer una biopsia. Esto requiere de una intervención multidisciplinaria, pues debe de existir una colaboración estrecha entre el cirujano ortopédico, el radiólogo, el patólogo, el oncólogo, el radioterapeuta, el fisioterapeuta, el psicólogo y el médico

familiar, también se considera que en la historia clínica no se encuentre mucha especificidad.

Para esto también hacen referencia en la especificidad de algunos puntos como son:

- Edad: Los tumores primarios se manifiestan durante las primeras décadas de vida ya que en esta etapa el esqueleto se encuentra en formación, también pueden aparecer los tumores malignos como el sarcoma, osteosarcoma y el sarcoma de Ewing.
- Sexo: Hay pocas diferencias entre estos, pero existe un ligero predominio en los varones.
- Raza: Solo el sarcoma de Ewing es predominante en la raza negra.
- Localización: Los tumores benignos tiene una prevalencia en zonas como rodilla, humero, manos y pies, pueden estar cerca de la articulación.
- Evolución: La evolución de los tumores benignos es lenta a diferencia de los malignos que es más rápida. En ambos tumores los pacientes pueden llegar a consulta quejándose por dolores o por impotencia funcional, también es frecuente la fractura en lesión, otra forma de detección, es una masa que puede ser acompañado por un fuerte dolor. Es importante hacer una exploración de órganos y sistema en los tumores benignos que pueden presentar una distribución poliostótica.

El diagnóstico tiene dos etapas, el primero es el diagnóstico aproximado en donde se valora la historia clínica el estudio radiológico convencional y las pruebas de laboratorio, una vez finalizada esta etapa se procede a la segunda, el diagnóstico definitivo en donde se procede al tratamiento de las lesiones.

El diagnóstico es la base del tratamiento Ortiz y Fernández (2001) describe que para el tratamiento de los tumores óseos se considera la naturaleza del mismo, es decir si es maligno o benigno, extensión y la edad del paciente. El objetivo del tratamiento en todos los casos es:

- La curación de la neoplastia.
- La conservación del miembro.
- En el caso de rodilla, la movilidad y la carga de la articulación.

Tratamiento de los tumores benignos y las lesiones pseudotumorales

Rodríguez, Ortiz y Porta (2001) establecen las siguientes indicaciones:

Estadio 1: atención vigilada infiltraciones, resección intralesional.

Estadio 2: radioablación, resección intralesional, resección marginal.

Estadio 3: resección marginal, resección intralesional ampliada, resección amplia.

Se mantiene en atención vigilada aquellas lesiones que se mantiene inactivas y que tienen posibilidad de involución, al igual que en aquellos en los que no se presentan ninguna sintomatología esto se utiliza en fibroma no osificante, el defecto fibroso en muchos tipos de endocondromas, osteocondromas y cierto tipo de lesión quística.

Las infiltraciones quedan reservadas para los quistes óseos esenciales, mientras que la radioablación se utiliza en tratamientos de los osteomas osteoides sintomáticos, pudiendo extenderse también al tratamiento de los condroblastomas que no sea de gran tamaño y limitados a la zona fisaria.

Por otra parte, el abordaje intralesional también conocido como legrado, en estos casos el vacío dejado puede ser rellenado por autoinjerto o aloinjerto, sustituto óseo o cemento acrílico, esto es común en lesiones condroblastomas, quistes óseos esenciales, quistes óseos aneurismáticos y tumores de células grandes.

La resección marginal puede aplicarse en casos de osteocondromas, osteomas osteoides y tumores de bajo grado de malignidad que estén cerca del paquete vásculonervioso.

La resección amplia, se utiliza en tumores de células grandes que sean más agresivos, en los que la reserva ósea sea insuficiente para una reconstrucción con cemento, esto obliga a la utilización de injertos óseos o prótesis.

Tipos de resección:

Ortiz y Fernández (2001) hacen referencia a tres tipos de resección:

- 1) Intercalar: compromete un segmento de hueso respetando la articulación.
- 2) Intra-articular: se realiza a través de la articulación.
- 3) Extra-articular: es la resección de la articulación en su totalidad.

1.8 Epidemiología en México

Durante los años 1982 y 1989 se realizó un estudio en el hospital “Magdalena de las Salinas” ortopedia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en donde el 2% de todos los egresos durante dicho periodo fueron por tratamiento en tumores óseos. Valdespino, Cintra y Figueroa (1990) describieron a una población de 1200 pacientes durante este periodo, al 66.75 % (801 casos) se les diagnosticó tumores óseos benignos, al 14.25% (171 casos) lesiones pseudotumorales, el 8.58% (103 casos) eran tumores metástasis, 10.8% (103 casos) eran tumores malignos primarios y el 0.33% (4 casos) correspondían a tumores malignos invasores de hueso. Los tumores benignos tienen una mayor tasa de aparición siendo el más común el osteocondroma con 580 casos registrados seguido por el encondroma con 107, el tumor de células gigantes con 56, la displasia fibrosa con 40 casos, el quiste óseo aneurismático con 25 casos y finalmente el osteoma osteoide con 11 casos.

Olade, Viveros y Milán (2008) hacen una descripción de los tumores óseos benignos en pediatría, situando entre los más importantes el osteocondroma, se estiman que el 10% requiere tratamiento quirúrgico y por lo general es insuficiente, las lesiones quísticas son las que consideran más frecuentes después del osteocondroma seguido por el condroma o también conocido como endocondroma, fibroma condromixóide, osteoma osteoide, defecto cortical que es también conocido como defecto fibroso metafisiario o defecto fibroso aclásico.

Mora, Bustamante, Mejía, Zavala, López, Beltrán (2012) describieron a una población pediátrica en el Hospital General Ignacio Zaragoza (ISSSTE) en un periodo de Enero de 2001 a Marzo 2012, se revisó un total de 113,109 reportes histopatológicos de los cuales solo 174 correspondían a tumores óseos en general y de estos solo 77 eran tumores óseos benignos en pacientes con edad pediátrica, entre los más comunes fueron el osteocondroma con un 43%, el quiste óseo aneurismático con un 17 %, la displasia fibrosa representó el 16%, endocondroma un 8%, condroma 5%, osteoma asteroide 4%, tumor de células gigantes 3%, quiste óseo esencial 1.3%, defecto fibroso 1.3%, fibroma no osificante 1.3% y el osteoma un 1.33% . Ya que los tumores óseos son poco frecuentes, durante el periodo revisado se encontró una frecuencia de 0.06% en el servicio de patología del Hospital General Ignacio Zaragoza.

Así pues los tumores óseos benignos son una enfermedad crónica de baja incidencia y que pueden tener comorbilidad con otras enfermedades, al no ser tan recurrente es poco estudiada y no hay un exceso de información acerca de ella, su aparición procede en la infancia y se mantiene desarrollándose hasta la edad adulta (no siempre es así), afecta aunque no de manera radical la vida del individuo ante la presencia de dolor, malformaciones y en situaciones graves imposibilita los movimientos, el tratamiento es quirúrgico en todos los casos ya que no existe medicamento para erradicar o controlarla.

Las intervenciones quirúrgicas son realizadas cuando el tumor afecta de manera seria al individuo, cuando hay dolor que ya es insoportable, es entonces cuando el sujeto debe ser intervenido, esta intervención, al igual que la misma enfermedad será un proceso que el sujeto debe afrontar y entender.

Capítulo 2. Enfermedad diferentes concepciones.

La enfermedad tiene un significado y una noción diferente según la sociedad y la época, como parte de la cultura popular hay creencias y atributos del padecimiento que son explicados, por ejemplo, por medio de la religión, donde la patología será causada por la presencia de un ser divino o por falta del mismo, otra creencia en la índole popular es el llamado “karma” que es entendió como la consecuencia a una falta moral anteriormente hecha, entre otras más. Muchas de estas ideas forman parte de la ideología de más de una familia, y por medio de ella intentaran afrontar el primer acercamiento a la enfermedad. Estas creencias pueden estar muy arraigadas, es difícil y en ocasiones imposibles que sean modificadas, esto puede ser un problema, pues podría evitar o retrasar la atención médica requerida, causando el empeorar del al salud del paciente logrando que la enfermedad se desarrolle y cause más daño.

Debido a esto, es tan importante el conocimiento de los diversos conceptos de la enfermedad, para así ser capaces de realizar una intervención correcta y adecuada para cada caso.

2. 1 Médico

Del Barrio (1900) hace referencia a Hipócrates y Galeno como los pioneros que comenzaron a considerar a la enfermedad como un estado preternatural, por lo tanto, la salud sería el estado natural y la enfermedad siempre obedecería a una causa externa, fue hasta el siglo XVII se comienza a ver como un fenómeno natural. La enfermedad se considera como como una perturbación de la función y por tanto esto lleva al estudio de los órganos. Para la medicina es posible muy posible clasificar la enfermedad de la siguiente forma (Del Barrio. 1900):

- *“Hipoxia, por pérdida de sangre, agotamiento de la capacidad de transportar oxígeno entre otras.*
- *Lesiones físicas*
- *Lesiones químicas*
- *Lesiones producidas por agentes biológicos*
- *Lesiones producidas por mecanismo inmunitarios*
- *Defectos genéticos*
- *Lesiones provocadas por desnutrición*
- *Lesiones relacionadas con envejecimiento” (p.41)*

2.2 Filosófico

Según Del Barrio (1900) la filosofía refiere a la enfermedad como el reflejo del pensamiento de cada época sobre la medicina. Durante la época griega las aproximaciones hacia la enfermedad contemplan explicaciones mágicas y religiosas (mitológicas) también se consideró como un proceso natural y que se debía estudiar al hombre ya sea sano o enfermo a modo un fenómeno natural por medio de los métodos filosóficos. Al mismo tiempo se considera a la salud como *“el estado de equilibrio perfecto”* (p. 33) sin embargo podía ser alterado por diversos factores que se mostrarían por medio de diferentes síntomas; y es así como Hipócrates inicia con la teoría de los humores donde contempla al cuerpo humano como parte de la naturaleza ya que está compuesto los cuatro elementos aire, fuego, tierra y agua, los humores que son, la sangre que tiene su origen en el corazón que es húmeda y caliente al igual que el aire, la flema que es fría y humada como el igual y cuyo origen está en el cerebro, la bilis amarilla con su origen en el hígado y que es caliente y seca al igual que el fuego, por último la bilis negra que se origina en el bazo y es comparada con la tierra porque es

fría y seca. Mediante esta teoría la enfermedad se explicaba por medio de la cantidad y la calidad de los humores, la salud al que también se le llamaba *eukrasia* estaba presente si había un equilibrio entre los cuatro humores y había enfermedad cuando uno dominaba sobre los demás, era entonces cuando se producía una *dyskasia* y el sujeto se encontraba enfermo.

2.3 Cultural

Para Sigerist (citado en Del Barrio. 1900) “*la enfermedad consiste en la suma de reacciones del organismo o de partes de él en estímulos anormales. El organismo responde a estímulos con relaciones fisiológicas normales. Si aquellos exceden la adaptabilidad del organismo, sus reacciones son patológicas: constituyen síntomas de enfermedad, funciones de órganos lesionados o mecanismo de defensa ante las lesiones (...) la enfermedad se experimenta física y mentalmente y afecta al organismo por entero, aun cuando se localice en cierto órgano*” (p.30). La enfermedad siempre ha existido incluso antes de que el ser humano, los vestigios de antiguas civilizaciones lo demuestran, se ha hecho presente de la misma forma como lo hace ahora (inflamación, crecimiento anormal etc.).

La lengua hace referencia a ella por medio de su etimología:

Del griego: *noss* (daño); *phatos* (padecimiento, pasión, afección, dolencia) *asthèneia* y *arrostia* (debilidad, desvanecimiento).

Latín: *morbis* (lo que hace morir); *passio* (padecimiento, pasión); *aegrotatio* (*aeger*: el que gime o esta de mal talante); *infarmitas* (debilidad, falta de firmeza).

La enfermedad se considera como un modo de vivir deficiente, malo y aflictivo (Del Barrio, 1900).

2.4 Religión

La para la religión la enfermedad se explicaba a partir de la creencia en la hechicería, magia era la forma primitiva de explicación y a pesar de que existían métodos más racionales como masajes, baños de sudor, farmacopea y sangrías, se explicaban como resultado de un ritual de hechicería. Esta práctica comienza a declinar a partir del siglo VI a.C con la medicina griega, comenzaban los métodos de medicina que se basaban en la observación y experiencia que intentaban comprender el fenómeno. En Grecia a pesar de que iniciaba el movimiento hipocratista la cura se seguía buscando en los templos donde había diversas divinidades para cada dolencia, al igual que ocurre en el cristianismo mismo que consideró a la medicina como curación por fe y la medicina griega como un arte pagano (Del Barrio, 1900).

Es lógico considerar entonces que el concepto y el entendimiento de la enfermedad ha cambiado con el pasar del tiempo y a lo largo del avance de la ciencia, así como el pensamiento y el propio conocimiento del entorno en el que nos desarrollamos, la enfermedad paso de ser algo mágico-religioso y casi inexplicable o algo como un castigo dado por los dioses/ dios, para después tener una explicación orgánica y lejana a esta idea.

La enfermedad será una anormalidad en el cuerpo humano que se presentará por medio de dolencias y síntomas que destacará su lejanía a la salud, esta lejanía será motivo de preocupación tanto del enfermo como del su entorno (familia, amigos etc.) que se verán afectados por su aparición.

Capítulo 3. Desarrollo cognitivo del niño. Modelo de Piaget

*“El niño en su esfuerzo por dar un sentido a la realidad no se limita a observar hechos, sino que construye teorías que los explique.”
Carey –Karmiloff-Smith.*

Tomar en cuenta el desarrollo cognitivo del niño es una parte fundamental, debido a que por medio de su propio entendimiento dará una explicación sobre la evolución de los distintos tumores que su cuerpo pueda desarrollar, dando pues una causa desde mágica hasta una meramente fisiológica-biológica, claro que, para tal atribución el niño no podrá llegar a ella de esa manera, saltando de una a otra explicación, por el contrario, el niño irá por una serie de estadios en donde su cognición se desarrollara, dando explicaciones cada vez más abstractas que cambien a conceptos más complejos que el anterior, es decir, cada etapa dará al niño un esclarecimiento a la enfermedad y por medio de ella hará su afrontamiento, también será un medio por el cual el niño comprenderá la intervención quirúrgica y su importancia, dando paso al afrontamiento al quirófano, por supuesto que esto será de acuerdo a su estadio dado por la edad, por tanto es vital abarcar la teoría del desarrollo cognitivo del niño de Piaget para comprender de manera más clara este hecho.

Los niños al igual que los adultos hacen con frecuencia atribuciones causales que influyen en su conducta y en la manera que se constituye su alrededor (mundo físico y social) (Del Barrio, 1900). Werner en su obra de 1948 hizo una comparación del pensamiento infantil con el pensamiento del hombre primitivo haciendo alusión a que ambos son incapaces de captar elementos hipotéticos, ficticios o de cualquier suposición que contradiga a su experiencia particular, hace referencia a las relaciones conceptuales que son a la vez difusas, concretas y unilaterales, no hay una posibilidad de una relación

doble, ya que es incapaz de cautivar simultáneamente diferentes aspectos de una relación.

Las características de este pensamiento dan lugar a una falta de congruencia y labilidad en las relaciones conceptuales que se manifiestan. Reconoce el razonamiento causal del niño pequeño todas las características formales del pensamiento primitivo, es decir, es subjetivo, concreto y difuso, tiene un carácter objetivo porque el mundo exterior y la experiencia interna constituyen una unidad integral como tal, los conocimientos se relacionan de forma íntima con la naturaleza del yo y sus necesidades.

Brinesr y Kenny (citados en Del Barrio, 1900) también describen características de la mentalidad infantil: la primera en donde las fundamentaciones de las nociones de realidad en rasgos que pueden observar directamente, las explicaciones pueden estar basadas en el color o en el tamaño, esto sugiere que una tendencia a utilizar ciertas estrategias características en la búsqueda de información o en el reconocimiento de los objetos de su medio. En esta característica están ausentes las inferencias amplias, la información directa y los rasgos no sensoriales de los objetos; el segundo es una tendencia a centrarse en un solo aspecto de la situación.

Ahora bien, considerando las bases anteriormente descrita, para Piaget el niño trata de interpretar al mundo, tiene su propia lógica y su medio para conocer, mismas que siguen patrones que se van evolucionando mientras se alcanza la madurez e interactúan con el medio. Los niños buscan el conocimiento a través de las interacciones con el medio ambiente. Construyen su conocimiento con lo que ya saben e interpretan los nuevos hechos y objetos. Piaget se centró primordialmente en la forma en la que el niño adquiere el conocimiento al mismo tiempo que se desarrollan, es decir la investigación se centra en cómo piensa en los problemas y en las soluciones. (Tomas y Almenara, 2008).

Piaget dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro etapas; la primera sensoriomotora, la segunda etapa preoperacional, la tercera etapa de operaciones concretas y por último la etapa de las operaciones formales, en cada una se representa la transición a una forma más compleja y abstracta de conocer, también hay un cambio radical en la organización del conocimiento. Es importante decir que para Piaget todos los niños pasan por las cuatro etapas en el mismo orden y no es posible omitir alguna de ellas.

3.1 Estadios

3.1.1 Etapa sensoriomotora

Este estadio se observa de los 4 a 5 meses, serán las primeras formas de causalidad, preferentemente de carácter mágico-fenomenista, el sujeto se va apoyando en sus acciones cuando quiere influir en los objetos, considerando que suceden dos cosas al mismo tiempo, creyendo que una es causa de la otra. Para el final de estadio el niño construye el objeto permanente, la causalidad va a incluir la noción del contexto espacial y la idea de que los objetos actúan unos sobre otros, además de que hay una influencia del sujeto sobre el objeto (Del Barrio, 1900).

Para Tomás y Almanera (2008) el estadio sensoriomotor es donde el bebé se relaciona con el mundo a través de sus sentidos y de la acción, sin embargo, al culminar esta etapa será capaz de representar la realidad mentalmente, da lugar a el desarrollo intelectual del infante y la conducta estará dirigida a lograr metas. Se desarrolla la imitación y el juego, se presenta el mecanismo de aprendizaje al que Piaget denominó reacción circular, en este el niño intentará repetir el evento una y otra vez, hay tres tipos de reacción circular, las primeras que están centradas alrededor del cuerpo del niño, las secundarias que están dirigidas hacia la manipulación de objetos y el tercero que tiene

relación con la exploración de artefactos novedosos en el mundo. Durante este estadio se adquiere la conducta orientada a metas y la permanencia de los objetos.

3.1.2 Etapa preoperacional

Para Tomás y Almanera (2008) el estadio comienza con la capacidad de pensar en objetos o personas ausentes, marcan el inicio de esta etapa, el niño posee una mayor habilidad para utilizar símbolos, con los que puede expresar el mundo que lo rodea o bien darse a expresar con el entorno, se desarrolla de manera más amplia el lenguaje, es capaz de ultimar números y objetos para contar, realizar juegos de fingimiento (comienza el juego simbólico) y además expresa sus ideas por medio de dibujos. A pesar de esto los niños aun presentan dificultad para desarrollar o comprender operaciones más complejas. Se desarrolla entre los 2 y 7 años.

Para Del Barrio (1900) se divide en dos que a continuación se explicaran:

3.1.2.1 Estadio IA causalidad

Se desarrolla alrededor de los 2 y 5 años, las estructuras causales y lógicas siguen indiferenciadas, el aspecto causal de las estructuras del niño es lo que impide el desarrollo de las estructuras lógico-matemáticas. En el niño no conservador, hay un cambio en la disposición espacial ocasiona un cambio de cantidad y establece una relación causal que dificulta la comprensión del problema de la conservación, al mismo tiempo las limitaciones, es decir, la falta de comprensión de los términos de cuantificación y de las relaciones recíprocas influye negativamente en el pensamiento causal.

3.1.2.2 Estadio IB de la causalidad

Es aquí donde el niño comienza a comprender las “*funciones constituyentes*” (p.55) (Del Barrio, 1900) comenzara a observar la dependencia de los dos hechos cuando uno está en función del otro a pesar de que no mantenga la suma de los mismos. Se presenta durante los 5 y 7 años.

3.1.3 Estadio de las operaciones concretas

Sucede entre los 7 y 11 años se caracteriza por que en este estadio ya es posible aplicar las operaciones y atribuirse a los objetos. Es posible aplicar una estructura a los objetos sin que esto afecte a su naturaleza interna, como ocurre a clasificar los objetos para assimilarlos. En cuanto a la causalidad se atribuyen las estructuras; en este proceso es posible suponer que los objetos se comportan como si tuvieran una estructura predeterminada a nuestras propias operaciones. A pesar de ello la diferencia entre estructura y causalidad es limitada debido al carácter contrato de las estructuras operacionales de dicho estadio (Del Barrio, 1990).

3.1.4 Estadios de las operaciones formales

También conocido como estadio III de la causalidad, se observa a partir de los 11-12 años, es esta etapa es posible atribuir a los objetos estructuras formales, el pensamiento del niño se caracteriza por la interacción entre la deducción, experiencia y por el cambio en la comprensión de la resistencia de los objetos y de sus reacciones. Piaget considera al funcionamiento operacional favorecido por la situación causal, (Del Barrio, 1900) como se muestra a continuación en el cuadro 3. de forma más detallada el desarrollo cognoscitivo de Piaget.

Cuadro 3

Etapas de la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget.

Etapas de la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget		
Edad	Etapa	Característica
Sensoriomotora <i>El niño activo</i>	Del nacimiento a los dos años	Los niños aprenden el pensamiento orientado a medios y fines, la permanencia de los objetos.
Preoperacional <i>El niño intuitivo</i>	De los 2 a los 7 años	El niño puede usar símbolos y palabras para pensar. Solución intuitiva de los problemas, pero el pensamiento está limitada por la rigidez, la centralización y el egocentrismo.
Operaciones concretas <i>El niño practico</i>	De los 7 a los 11 años	El niño aprende las operaciones lógicas de seriación, de clasificación y de conservación. El pensamiento está ligado a los fenómenos y objetos del mundo real.
Operaciones formales <i>El niño reflexivo</i>	De los 11 a los 12 años en adelante.	El niño aprende sistemas abstractos del pensamiento que le permiten usar la lógica proporcional, el razonamiento científico y el razonamiento proporcional.

Nota: Tomado de Tomás, Almanera (2008)

Es aquí donde se hace ahínco en un punto en particular, considerando todo lo anterior, nos es posible comprender como el niño entenderá su alrededor, las explicaciones que da a los fenómenos que lo rodea, es aquí donde nos centraremos en la causalidad.

3.2 Causalidad en el niño visión Piagetiana

Del Barrio (1900) describe que para Piaget la relación entre el pensamiento causal infantil y la realidad es tomada como absoluta, se cree que la realidad es entendida a la perfección por la inteligencia dominante del niño y va evolucionando su contenido a lo largo de distintas etapas. La realidad del niño se forma a través de procesos

complementarios que quedan sin terminar al salir de la adolescencia, dichos procesos van desde un pensamiento realista hasta la objetividad, reciprocidad y realidad.

La casualidad fenomenista es el origen de muchas de las nociones infantiles, pues el niño relaciona al azar dos cosas y las toma como causales, sin importar mucho una verdadera asociación.

Piaget distingue 17 tipos de relación causal que distribuye en las tres etapas siguientes:

- I. Explicaciones psicológicas, fenomenistas, finalistas o mágicas (tipos 1-6)
- II. Se añaden las artificialistas, animistas, dinámicas (tipos 7-9), mientras que las mágicas van desapareciendo.
- III. Se sustituye todo lo anterior por formas más racionales. (tipo 10-17)

En las dos primeras se haya una confusión de las relaciones de tipos psicológico o biológico.

La causalidad en su forma estricta aparece en el periodo III hacia los 7-8 años, se caracteriza por los procesos de subjetización, formación de series en el tiempo y reversibilidad progresiva de los sistemas de causa y efecto.

En síntesis en función de su desarrollo cognitivo los niños entenderán su realidad a partir de su capacidad cognoscitiva en la que se encuentren, misma que le ayudara a dar explicación a lo que le acontece, las primeras explicaciones que el niño podrá dar se relacionaran con respuestas que tengan relaciones mágicas, causadas por algún ser superior o relacionadas con la culpa propia por alguna acción pasada, mientras el desarrollo cognoscitivo va madurando las respuestas del niño también lo harán, desechando las primaras y dando causa o culpa a factores más visibles y reales pero sin darle una explicación formal o compleja a la misma, será hasta que el desarrollo

cognoscitivo logre su maduración en donde la explicación será formal, concreta y compleja ayudando así al sujeto a entender mejor la causalidad de su condición (física, social, moral, etc.)

Capítulo 4. Afrontamiento hacia la enfermedad

El afrontamiento en el caso de una enfermedad florecerá cuando el paciente sea consciente de la misma y como consecuencia se espera que asegure en un grado mayor en el correcto apego al tratamiento, es decir, que se logre una mayor adherencia terapéutica logrando una mejor la calidad de vida, con los límites y oportunidades que la enfermedad otorga.

El afrontamiento será un proceso con el cual el paciente y la familia logren un equilibrio entre la nueva situación y un estado anterior a la enfermedad, logrando un funcionamiento aceptable y eficaz que logre descender el estrés, la ansiedad y la angustia durante años, según sea el caso. Es debido a sus ganancias, una respuesta de suma importancia que sea o no funcional para el momento.

Sin embargo el afrontamiento será diferente entre los niños y adultos debido a la diferencia de vivencias y experiencia aunque la utilidad y la función es la misma.

4.1 Concepto de afrontamiento

Para Moliner (citado en Rodríguez, 2001) El término afrontamiento, viene de la traducción al castellano de la palabra en inglés “coping” y se refiere a la acción de hacer frente a algo, ya sea a un peligro, una responsabilidad o un acontecimiento estresante.

Para dar el concepto de afrontamiento es importante mencionar a Rodríguez, Pastor y López (1993) que lo consideran como *“una respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla”* (p. 351) es decir el afrontamiento es un proceso en el cual se encuentran los esfuerzos del sujeto para poder resistir o superar las demandas excesivas que se hayan en su entorno para poder regresar a su estado de equilibrio, es utilizado para adaptarse a una nueva realidad.

Rodríguez (2001) habla de afrontamiento refiriéndose a un proceso del estrés en el cual se incluirán intentos del individuo para el manejo de los estresores, habrá respuestas provocadas por la situación para manejar, neutralizar y resistir las demandas excesivas para restablecer el equilibrio.

Lazarus y Flokman (citado en Rodríguez, 2011) quienes son los primeros en definir el afrontamiento dan el siguiente concepto “*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos*” (p.65).

El afrontamiento lleva consigo un proceso de adaptación que implica el equilibrio entre las demandas del ambiente y las expectativas planeadas, la magnitud de la discrepancia determina el estrés que va a experimentar la persona. (Rodríguez, Pastor y López, 1993). Por tanto, el estrés será el resultado de la valoración que el sujeto hará ante el desequilibrio, entre sus recursos, capacidades y demandas que exige el acontecimiento a favor de estas últimas como lo mencionan Lazarus y Flokman (citados en Rodríguez, Pastor y López, 1993).

El afrontamiento será pues una respuesta de un conjunto de esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que son constantemente modificables para manejar las demandas externas o internas que la persona considera como un exceso para sus recursos (Rodríguez, Pastor y López, 1993). Los afrontamientos van a reducir el estrés hasta donde sea tolerable y obtener un grado de control de las situaciones, supone entonces extraer recursos de donde no los hay o como comúnmente se conoce como “sacar fuerzas de la flaqueza” (Morales y Trianes, 2012).

Es importante hacer una clara división acerca de lo que es la conducta de afrontamiento y una conducta adaptativa automatizada, pues mientras esta no desbordaría (llevar al límite al sujeto) al sujeto, el afrontamiento va a requerir esfuerzo para su manejo.

Para manejar el estrés ante una situación dependerá de los recursos de afrontamiento, es decir, dependerá que la persona disponga de ciertas conductas estructuradas en una pauta comportamental (una estrategia) también dependerá de que el contexto social y cultural le ofrezca los recursos correspondientes.

4.2 Recursos de afrontamiento

Para Rodríguez, Pastor y López (1993) los recursos de afrontamiento serán físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales. Los recursos culturales son aquellos que tienen que ver con las creencias de las personas acerca de la salud y la enfermedad al igual que con los procesos de atribución causal, también está implícito las normas, valores, símbolos propios de la cultura del individuo.

Los recursos estructurales hacen referencia a la estructura de los papeles sociales, subsistemas y redes que lo incluyen. Tienen un vínculo con los compromisos vitales personales, fundamentalmente consisten en la forma personal de interpretar un papel social.

Por otra parte, los recursos sociales se refieren a un proceso de interacción que se produce con el entorno, incluye las características de los sistemas de apoyo social que tienen un importante papel en el afrontamiento del estrés. También incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción y una red de apoyo social disponible para el sujeto. Representa la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, donde se puede obtener información, asistencia y apoyo emocional.

Los recursos psicológicos son los estados afectivos y cognitivos, los esquemas de acción y los repertorios comportamentales del individuo.

Finalmente, los recursos físicos van a referirse al entorno físico del sujeto y a las características biológicas del mismo, pueden incluir los recursos materiales se refiere a cosas tangibles como instrumentos y equipos. (Rodríguez, Pastor y López. 1993).

4.3 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento tienden a ser variadas, desde que fueron descritas por Lazarus en 1966, quien en un principio considera que solo hay dos existentes; las acciones observables, diseñadas para modificar la situación estresante y un afrontamiento paliativo en donde la situación estresante es aceptada y las acciones se orientan al manejo o reducción de los sentimientos resultantes del distress. A partir de esta postura comienzan a desarrollarse diferentes respuestas de afrontamiento que diversos autores comenzaron a describir, algunos por supuesto coinciden, mientras que otros disciernen de estos o los clasifican de otro modo.

A continuación, se dará cita a algunos de los tantos autores que se han dado a la tarea de describir las respuestas de afrontamiento.

Para comenzar Rot y Cohen (citado en Rodríguez, Pastor y López, 1993) hay dos grupos: aproximación y evitación, es decir una va a estar orientada hacia la amenaza y otra se apartará de ésta.

Rodríguez, Pastor y López (1993) las describen de la siguiente forma:

- Afrontamiento aproximativo: incluirá todas las estrategias cognitivas o comportamentales que se aproximan al problema generador del distress o las emociones negativas.
- Afrontamiento evitativo: incluirá todas las estrategias cognitivas o comportamentales que permitan escapar o evitar el problema.

Las estrategias evitativas parecen más útiles para reducir el estrés y la ansiedad, permiten un reconocimiento gradual del suceso que lo afecta. Por otra parte, las estrategias aproximativas permitirán la acción apropiada para detectar y sacar ventajas de los cambios de una situación con la finalidad de hacerla más controlable y así facilitar la ventilación emocional.

Se debe considerar que ambas estrategias no se excluyen entre sí, al contrario, es frecuente el uso de ambas en un individuo. En un largo plazo las consecuencias positivas de la evitación son las de facilitar la aproximación. No se puede lograr la reducción del estrés y la ansiedad si no se permite una asimilación de la situación y por tanto una resolución del trauma.

Estas estrategias van a requerir de un costo, en el caso de la aproximación habrá un incremento del estrés, la evitación por su parte se asociará a la interferencia de la acción apropiada cuando se pueda aceptar la naturaleza de la amenaza, también podrá estar presente la parálisis emocional y las conductas evitativas disruptivas.

El segundo estilo de afrontamiento llevará el nombre de afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción, en el primero se orientará a dar una solución al problema, mientras que el segundo se dirige al manejo y reducción de las emociones con respecto a la situación estresante.

- Afrontamiento centrado en el problema: se utiliza para controlar la relación perturbada entre el sujeto y la situación mediante la toma de decisiones y la acción directa, en esta el sujeto puede dirigirse al entorno y a uno mismo.
- Afrontamiento centrado en la emoción: se usa para controlar y en algunas se altera el significado o el resultado emocional (Rodríguez, Pastor y López, 1993).

La tercera categorización que divide el afrontamiento comportamental y el afrontamiento cognitivo, en la primera se podría decir que una de las formas de afrontar el problema es mediante el comportamiento que podrá distinguirse por la búsqueda de ayuda para encontrar la solución en del problema o afectación, mientras que la estrategia de afrontamiento cognitivo se minimizara, es decir, restarle la importancia que merece, esto va a implica que hay un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones.

Finalmente, los autores concluyen que todos los anteriores tipos de afrontamiento pueden ser utilizados ya sea de forma individual o en conjunto, también se debe considerar que algunas estrategias se pueden utilizar en un momento problemático particular (Rodríguez, Pastor y López, 1993).

El siguiente autor va a considerar la existencia de más de tres tipos de afrontamiento: Rodríguez (2001) divide a las respuestas de afrontamiento de la siguiente forma:

- Según el foco en el que se centren: Estas estrategias han demostrado que se usan con mayor frecuencia en encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma van a variar de acuerdo con la forma en que se evaluada cada transición.
- Afrontamiento centrado en la emoción: regulación de las emociones que causa el distress
- Afrontamiento centrado en el problema: manejo del problema que causa el distress.

De acuerdo con Perrez y Reicherts (citado en Rodríguez, 2001) quien menciona al afrontamiento orientado a la situación y el afrontamiento orientado a la representación, que va a referirse a las acciones a que se ejecutaran para cambiar la representación

cognitiva del escenario. Afrontamiento orientado a la evaluación serán por medio de las operaciones dirigidas a una organización de metas.

En un segundo eje se apreciarán aquellas respuestas que se denominan de método, en esta categoría se puede encontrar:

- Afrontamiento aproximativo: incluirá estrategias de confrontación y enfrentamiento hacia lo que esté generando el distress.
- Afrontamiento evitativo: incluirá las estrategias cognitivas o comportamentales que van a permitir el escape o la evitación del factor estresante.

En el tercer eje que se denominara según el tipo de proceso en el que puede encontrar el afrontamiento dos categorías:

- Afrontamiento cognitivo: se trata a los problemas por medio de las cogniciones, suelen minimizar los problemas que consideran que se resolverán con el tiempo, también se puede centrar la atención en un aspecto positivo del mismo, la distracción, las comparaciones sociales o la reestructuración del problema, se pueden aplicar los procesos de autocontrol considerando las consecuencias de las acciones a realizar y los aspectos positivos y negativos, o simplemente mantener la fuerza de voluntad al no realizar cierta conducta. Algunos autores como Wills & Shiiffman (citado en Rodríguez, 2001) consideran que la aceptación y la resignación también pueden estar incluidas, ya que no se puede hacer nada ante la situación lo que conlleva a un entendimiento y un razonamiento del suceso presente.
- Afrontamiento comportamental donde la solución del problema se dará por medio de conductas que logre cambiar la situación o bien alcancen una solución, es en este momento, donde la solución de problemas entra como una estrategia,

se reunirá información por medio de la investigación que sea de utilidad. También se encuentra la llamada acción directa donde habrá intentos de cambiar directamente la situación problemática. ° °

- Hay otra más a la que se le llama retirada también conocida como escape en donde se abandonará la situación problemática o bien se evitará. La búsqueda de apoyo social, donde se espera encontrar la ayuda de otras personas; por último, la indagación de placer en donde se buscarán las experiencias positivas por medio del entretenimiento, las actividades sociales o bien de ocio.

En una cuarta categoría se encuentran las llamadas al momento, nombradas así porque la respuesta es casi inmediata ante el problema, se van a encontrar las anticipativas y las restaurativas que a continuación se explicaran.

- Anticipativas: se ejecutarán antes de la ocurrencia del suceso estresante, esto va a implicar la aplicación de conductas de solución de problemas, es decir, un afrontamiento comportamental, que ayudará como una preparación, ya sea para cambiar la interpretación o bien para dar un diferente grado de importancia, lo cual va a implicar un afrontamiento cognitivo.
- Restaurativas: se ejecutarán después del suceso estresante, esto va a involucrar el uso de estrategias comportamentales o cognitivas para afrontar las dificultades que se presenten a lo largo de la ocurrencia del suceso. Va a incluir también estrategias específicas para confrontar las secuelas del suceso.

Por último, la quinta categoría, la atención se fija en la amplitud o grado de generalidad de la respuesta y se pueden clasificar en:

- Generales/ globales o específicas: las respuestas se pueden ejecutar en conductas cuya funcionalidad sea “global”, esto permitirá manejar los estresores de manera específica y así dar una conducta específica ante el estresor.

Para Morrison y Bennett (2006) el afrontamiento va a tratar de conseguir la adaptación, para estos autores las principales categorías serán:

- Afrontamiento centrado en el problema (solución de problemas): se aplicará el afrontamiento instrumental, es decir conductuales y cognitivos, que serán enviados hacia el estresor para reducir la demanda y aumentar los recursos propios, va a incluir una planificación del cambio en el estresor o bien un plan para controlarlo, va a buscar apoyo práctico, información para la alteración del estresor y confrontar a la fuente del estrés.
- Afrontamiento orientado a las emociones (regulación de las emociones): se utiliza el afrontamiento cognitivo dirigido a encontrarse la respuesta emocional, como, por ejemplo, la búsqueda positiva de la situación, la búsqueda de ayuda emocional, el afrontamiento centrado en la emoción, incluye soñar despierto o preocupación por uno mismo. Es orientado a la tarea que incluye minimizar el problema o volver a conceptualizarlo. Orientado a la evitación incluirá la distracción o diversión social.
- Enfoque atencional, vigilante, activo, de monitorización: abordará la fuente de estrés e intentará resolver el problema mediante la búsqueda de información, hacer esfuerzos activos, cognitivos y conductuales.
- Enfoque evitativo, pasivo, atenuador: va a evitar o bien minimizar la amenaza del estresor, puede estar o no centrado en las emociones.

Folkman y Lazarus (citado en Morrison y Bennett, 2006) en su escala de modos de afrontamiento, van a distinguir ocho sub-escalas de afrontamiento que abordan dos dimensiones de afrontamiento, el primero centrado en los problemas y afrontamiento centrado en las emociones, se puede encontrar la confrontación, distanciamiento, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida, evitación, planificación de la solución del problema y la reevaluación positiva.

Canver (citado en Morrison y Bennett, 2006) en un inicio identificaban 13 y posteriormente 15 subescalas las cuales son: la planificación, el afrontamiento activo, supresión de actividades distractoras, aceptación, religión, desahogarse, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, humor, reinterpretación positiva, refrenar el afrontamiento, negación, desconexión mental, desconexión conductual y consumos de alcohol y drogas.

Ender y Parker (citado en Morrison y Bennett, 2006) al contrario de los autores anteriores, van a considerar la existencia de solo tres dimensiones: afrontamiento centrado en la tarea, afrontamiento centrado en las emociones y afrontamiento orientado en la evitación.

Morrison y Bennett (2006) abordan el afrontamiento adaptativo por medio de Cohen y Lazarus (citado en Morrison y Bennett, 2006) describen cinco formas de afrontamiento y cada una va a la adaptación hacia la situación estresante:

- Reducción de las condiciones externas pretenciosas.
- Tolerancia o ajuste de los sucesos que sean negativos.
- Mantenimiento de la autoimagen de forma positiva.
- Mantenimiento del equilibrio emocional al igual que la reducción de estrés igualmente emocional.

- El mantenimiento de una relación que sea satisfactoria con el entorno.

Puede que las respuestas de afrontamiento tengan el éxito requerido en más de uno de los puntos anteriormente descritos, sin embargo, esto no va a implicar que sea duradero pues dependerá del contexto y de la naturaleza del factor estresante. Los estilos de afrontamiento no estarán relacionados con el contexto o con el estímulo estresor, sino más bien son las formas generales que el sujeto va a tender a aplicar al contrario de las estrategias de afrontamiento.

Morrison y Bennett (2006) a diferencia de los demás autores, hace una distinción entre estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento, en donde los estilos de afrontamiento no están relacionados con el contexto o con el estímulo estresor, si no que serán las formas generales que muestran los individuos para dar respuesta a los acontecimientos, por el contrario, las estrategias de afrontamiento van a derivar de un planteamiento que considera el estrés y al afrontamiento como un proceso dinámico que va a variar en función del contexto y de los recursos personales de cada individuo al igual que de su estado de ánimo.

Por tanto y para estos autores el afrontamiento puede incluir una serie de estrategias aparentemente opuestas, como Rodríguez, Pastor y López (1993) ya lo habían propuesto al considerar que pueden ser utilizados ya sea de forma individual o en conjunto o haciendo una combinación entre ellos. Así mismo, autores como Macrodimitris y Endler (citado en Morrison y Bennett, 2006) descubrieron que los individuos con enfermedades crónicas utilizan una combinación de estigias de afrontamiento instrumental y de distracción.

Para concluir este tema de estilos de afrontamiento cabe destacar el por qué el sujeto decide utilizar un determinado método, el elegir una estrategia de afrontamiento, esta

estará ligado con la experiencia anterior y con los resultados anticipados, el afrontamiento será un proceso motivacional o propositivo.

El intención del afrontamiento será darle la cara a una situación para que así sea menos perturbadora, llevara pues la necesidad de mantener la autoestima y la autoimagen al mismo tiempo y mantener buenas relaciones con el entorno (Morrison y Bennett, 2006).

Por ultimo Morrison y Bennett (2006) considerar que la creación de otras subescalas de afrontamiento ha derivado del análisis de factores como un intento de identificar grupos de elementos que sean estadísticamente significativos que se pueden utilizar en una nueva escala de medición.

4.4 Afrontamiento en niños

Morales y Trianes (2012) consideran que el caso particular de los niños, el afrontamiento dependerá de sus características y las demandas con el propósito de superar el problema. En dicho proceso van a intervenir variables situacionales, temporales y personales como puede ser, los factores cognitivos, familiares, comportamentales o biológicos.

El campo de afrontamiento en niños, Trianes (citado en Morales y Trianes, 2012) va a derivar del modelo de afrontamiento en adultos, la estrategia específica será según la situación, la estabilidad temporal y situacional. Sin embargo no debe darse por sentado que el afrontamiento en niños y adultos será igual ya que habrá diferencias fundamentales entre uno y otro, así pues debe considerarse que:

- a) Los niños tiene un repertorio de afrontamiento más limitado debido a su grado de desarrollo cognitivo, lingüístico, afectivo y social.
- b) Tienen menor experiencia en el afrontamiento de situaciones desfavorables al igual que un menor grado de control sobre las circunstancias.

- c) Se muestran más dependientes del contexto escolar y socio-familiar que los adultos.

Morales y Trianes (2012) distinguen las siguientes estrategias de afrontamiento en niños:

- Estrategia basada en el problema vs estrategia basada en la emoción: En la estrategia basada en el problema la persona va a manejar las circunstancias que considera estresantes. La estrategia basada en la emoción va a reducir, controlar o cambiar la emoción cuando no se puede cambiar el problema. Esta será la estrategia de afrontamiento más utilizada al hacer frente a los actos médicos invasivos, en hospitalización en el niño y el adolescente.
- Estrategias de aproximación vs estrategias de evitación: Afrontamiento aproximativo supone una predisposición para hacer frente al suceso y superarlo poniendo en juego los componentes cognitivos, conductuales y emocionales en la resolución del problema. Va a implicar estrategias de búsqueda de información y guía. Estas estrategias se van a asociar a la buena adaptación y ausencia de patología. Solo se pueden darse en situaciones en que se tenga el control con la finalidad de poder abordar el problema de manera efectiva.
- El afrontamiento basado en la evitación: va a referirse al uso de ciertas estrategias cognitivas, emocionales y conductuales que se dirigieran a no enfrentarse con el problema. Esta estrategia se va asociar a síntomas de inadaptación y desajuste.
- Afrontamiento asimilativo vs afrontamiento acomodativo: El asimilativo tendrá la tendencia a transformar las circunstancias de acuerdo con las preferencias personales, mientras que el acomodativo puede adaptar las preferencias personales a las restricciones de la situación.

Autores como Endler y Parker (1990) Gomez-Flraguela, Luengo, Romero, Villar y Sbral (citados en Morales y Trianes, 2012) sostienen que no se puede considerar en términos demasiados generales, que un tipo de afrontamiento sea más apropiado o desadaptativo que otro, puesto que la funcionalidad será determinada por el tipo de situación específica en la que se aplique. Las estrategias de afrontamiento serán empleadas por las personas y dependerá de la percepción que se haga de dicha situación, es decir se realizara una evaluación primaria, así como de los recursos que se cuenten para afrontarla.

Autores como Sandín (citado en Morales y Trianes, 2012) consideran que el afrontamiento desempeña un papel importante como mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidos los niños y adolescentes, los recursos personales y sociales con los que pueden contar para hacerles frente así como las consecuencias derivadas para la salud física y psicológica de la persona.

Del Barrio, Moreno, olmedo y López (citados en Morales y Trianes, 2012) realizan un análisis empírico de los tipos de estrategias de afrontamiento más utilizadas en los niños y adolescentes, encontrando que son más frecuentes el fortalecimiento de la confianza en uno mismo, acción, tomárselo con humor y relajación. Hay otros autores como Stone y Neale (1984) (citado en Morales y Trianes, 2012) que encuentran que las estrategias de afrontamiento son: la acción directa, aceptación, catarsis, soporte social, relajación religiosidad, distracción y redefinición de la situación.

El afrontamiento para Frydenberg y Lewis (citado en Morales y Trianes, 2012) estará determinado por la persona, el ambiente y la interacción entre ambos, por tanto, serán varios los factores que influyan en el éxito o fracaso de una respuesta de frotamiento que el niño utilice ante la situación estresante.

Para hablar de afrontamiento en el niño también se debe considerar la relación que mantienen con sus padres ya que serán ellos los influirán de manera positiva o negativa en él.

Un estudio realizado en Argentina por Richiaud (2005) en donde se trabajaron con niños de 8 a 12 años, 478 varones y 532 Mujeres, con el objetivo de estudiar la influencia de los estilos de relación parental sobre el desarrollo de las estrategias de afrontamiento a la amenaza y las emociones que generaran los afrontamientos desadaptativos, en el estudio se explica a partir del modelo de Lazarus y Folkman de 1986 donde proponen el afrontamiento adaptativo y desadaptado. Se encontró que la relación basada en la aceptación y un control normal por parte de ambos padres en decir en las familias democráticas facilitara los afrontamientos adaptativos como las estrategias de análisis lógico de la situación, la reestructuración cognitiva y la acción sobre el problema como la más común a utilizarse. Por otra parte, una mala relación con los padres, que se caracteriza por un control patológico parte de ambas partes y una baja aceptación, estas familias usualmente se distinguen por un control agresivo y rechazante hacia sus integrantes, lo niños provenientes de este círculo suelen relacionarse con afrontamientos desadaptativos como la evitación cognitiva, al mismo tiempo se presenta soledad frente a sus pares.

En el caso en que los niños reciban la aceptación por parte de ambos padres pero que está acompañado de un control patológico, es decir, las llamadas familias autoritarias que se basan en el castigo, la ansiedad o la frialdad, en estos casos se amplifica la búsqueda de apoyo como estrategia de afrontamiento, ya que hay falta de confianza en los padres.

Los niños que tienen padres negligentes que se caracterizan por una baja aceptación y escaso control, llegan a desarrollar sentimientos de soledad.

Un control normal acompañado del control patológico de parte del padre se relacionará con aborrecimiento a la soledad.

El autor de mencionado estudio concluye que las familias democráticas promueven los afrontamientos adaptativos, estos defenderán a los infantes de la depresión y la sensación de la soledad, lo opuesto sucede con las familias rechazantes, que son promotores de afrontamientos desadaptativos, esto crea soledad frente a los pares y depresión, las familias autoritarias promueven la búsqueda de apoyo en personas que son ajenas de ella, aparentan inseguridad y los niño no utilizaran la estrategia de afrontamiento acción sobre el problema. Los afrontamientos desadaptativos, la depresión y la similitud por la soledad de los niños se asocian principalmente al rechazo y al desinterés de los padres, por otra parte.

El afrontamiento no quiere decir que se hable de comportamientos que se presenten de manera segura cada vez que surja un determinado estresor, más bien, las estrategias de afrontamiento van a funcionar con efectos modestos, algunas veces y en algunas personas (Morales y Trianes, 2012).

Las estrategias de afrontamiento se relacionarán con la adaptación y la salud mental, muchos autores encuentran que hay una correlación entre las estrategias empleadas, las situaciones estresantes, una predicción a la psicopatología y la inadaptación en la salud mental de los niños (Morales y Trianes, 2010).

4.5 Afrontamiento hacia la enfermedad crónica

Al hablar de una enfermedad crónica se abre una cortina dando paso a toda una gama de procesos cognitivos, sociales y bilógicos que tanto el enfermo y la familia, así como el entorno social que se ven afectados.

Rodríguez (2001) hace referencia a esto, considera que el enfermo hará una valoración considerando tres factores:

- a) Socio-demográficos y personales: se considera la edad, la posición económica, madurez emocional, inteligencia, fuerza del yo, amor propio, sistema de creencias y las experiencias de afrontamiento, la superación del momento será distinto durante la niñez, la adolescencia y la senectud.
- b) Los relacionados con la enfermedad: localización de los síntomas, duración y momento vital.
- c) Ambientes físicos, sociales: espacio personal disponible, grado de estimulación sensorial, relaciones familiares, características del ambiente de trabajo, apoyo social, normas y expectativas culturales.

La persona afrontará su enfermedad al tratar de adaptarse a ella, este intento tendrá como objetivo restaurar el equilibrio, realizar una readaptación, tales tareas se pueden dividir en siete categorías de la cuales tres están relacionadas con la enfermedad y cuatro con proceso más general:

1. El enfermo debe de ser capaz de reconocer sus síntomas, controlar y prevenir una crisis cuando sea posible.
2. En el caso de una hospitalización se debe aceptar o no el tratamiento y esto dependerá de la naturaleza de la enfermedad, la etapa, complejidad del tratamiento, adaptación a los cambios campamentales requeridos, los efectos secundarios, la estabilidad socio-familiar y el grado de información que se tiene.
3. Mantener una relación adecuada con el médico a cargo.
4. Conservar un equilibrio emocional, tanto la familia con el paciente que debe de afrontar el sentimiento de disgusto.

5. Mantener la autoimagen y un sentido de control, el enfermo debe de alcanzar un equilibrio personal entre la aceptación de la ayuda, su acción participativa y lograr obtener la independencia total.
6. Conservar familia y amigos.
7. Considerar que el futuro será incierto.

Rodríguez, Pastor y López (1993) consideran que la enfermedad se puede alargar o causar estrés, debido a las demandas de ajuste que exige y dependerá de factores como: la duración, forma de aparición, intensidad, gravedad, interpretación y valoración que hace el sujeto ante la situación.

El tipo de respuesta psicosocial que emite una persona estará determinado por el nivel de gravedad percibido que a su vez estará explícito por el conjunto de creencias sobre la enfermedad que construirá la representación social y existirá dentro de un grupo, esto también estará acompañado por el conjunto de síntomas dolorosos e incapacitantes que lo acompañen. Las respuestas más habituales en estas situaciones son la depresión y la ansiedad.

La ansiedad no puede solo aparecer como resultado directo de la presencia del estrés, sino que, en fases, posteriores puede presentarse como la consecuencia del fallo de la adecuación y la posibilidad de la recurrencia, también puede presentarse a resultado a la falta del afrontamiento correcto ante la depresión o la pena.

A pesar de lo anterior expuesto la enfermedad no solo es estresante para quien lo padece sino también para la familia del enfermo y todo su entorno social, ya que las relaciones, hábitos, dinámica familiar y las relaciones intrapersonales se ven afectadas, más cuando hay una hospitalización de por medio, se producen cambios en los roles habituales, crear estrés que va a sumarse como propia de la enfermedad; ahora cuando la enfermedad es crónica la situación cambia, ya que por sus características tienen un

impacto mayor, las enfermedades largas pueden conducir a discordias familiares que pueden estar relacionadas o no con problemas económicos o con la resistencia por parte de algunos de los miembros de la familia para participar en el cuidado del enfermo.

La enfermedad va a implicar dos situaciones. La primera será la experiencia de amenaza, puede ser compleja pues tiene que ver con el dolor e inmovilización como consecuencia, al igual que puede provocar la pérdida que puede ser, por ejemplo algún miembro del cuerpo, función o ambas. La enfermedad tiene un impacto estresante pues va a producir un desequilibrio en la vida de la persona y la respuesta más común será restablecer el equilibrio perdido, adaptarse a la nueva situación.

Rodríguez, Pastor y López (1993) plantea que las enfermedades crónicas se van a destacar de las agudas (también conocidas como infecciosas) por:

- a) Las causas: se relacionan con los estilos de vida de las personas.
- b) El curso temporal: tienen una aparición lenta e insidiosa y dura un período largo e indefinido.
- c) La identidad: a las enfermedades crónicas no se les atribuye agentes causales únicos.
- d) Los resultados: las personas se mantienen enfermas durante periodos largos o por el resto de su vida.

La enfermedad crónica plantea un problema de comportamiento en el individuo, se crea una responsabilidad, presenta una disminución de la autoestima, incremento de la ansiedad y la depresión, aumento en la sensibilidad al rechazo, la reducción de los intentos de implicarse en actividades usuales de la vida cotidiana y plantea problemas de afrontamiento importantes. También se considerará un fenómeno social y el resultado de las conductas de afrontamiento del paciente no solo van a depender de sus

fuerzas y estado psicológico también se verá influenciado por los miembros de la familia y los amigos reaccionan ante esas conductas de afrontamiento.

Por sus características la enfermedad crónica crea demandas de adaptación que son distintas de las que se producen en la enfermedad aguda, pues implica la necesidad de ajuste de aspectos de estilo de vida durante un periodo extenso o indefinido en donde la enfermedad puede mantenerse estable o seguir un proceso de deterioro que conduce a la muerte, por tanto, la adaptación de la enfermedad crónica estará determinada por:

- a) Características de la enfermedad: su duración, forma de apareamiento, curso, naturaleza, extensión de limitaciones y cambios visibles en la apariencia física.
- b) Características del individuo: sistema de creencias, percepción de control, experiencias previas, carácter dependiente-independiente, autoestima y vulnerabilidad.
- c) Contexto general del sistema social donde se produce la enfermedad del sujeto.

Moos (citado en Rodríguez, Pastor y López, 1993) considera que estas características pueden facilitar o empeorar la adaptación misma que debe producirse físicamente, comportamental, emocional, cognitiva, intrapersonal y social.

Los ajustes comportamentales van a referirse a los aspectos restrictivos y prescriptivos de la enfermedad y tratamiento, los restrictivos van a incluir limitaciones en la capacidad física que trastorna el funcionamiento laboral, sexual, familiar y social del enfermo, estas limitaciones pueden comprometer la satisfacción de logro y relación, el ajuste comportamental va a ajustarse con el cumplimiento del tratamiento e incluyen la incorporación, eliminación y modificación de ciertas conductas, los ajustes cognitivos van a incluir el aprendizaje de información que estará relacionada con la enfermedad y el tratamiento, cambios en los sistemas de creencias, actitudes aprendizaje de destrezas

específicas del afrontamiento cognitivo, las habilidades cognitivas serán utilizadas para el ajuste a la enfermedad; por otra parte los ajustes emocionales van a corresponder a la respuesta normal ante estresores, las respuestas emocionales serán la ansiedad, depresión, ira, frustración entre otras y serán utilizadas para la adaptación a la enfermedad crónica, el ajuste comportamental va a implicar cambios en los roles familiares y sociales pues como ya se ha mencionado antes, las limitaciones del enfermo van perjudicar a su entorno familiar y social, las personas que están estrechamente relacionadas con el enfermo deberán de adaptarse a la situación y al estrés que con ella se crea, por último la esfera física se ve afectada por el dolor e incomodidad que crea la enfermedad y adoptara estrategias que sean paliativas a corto plazo y permanecen en la adaptación (Rodríguez, Pastor y López ,1993).

Las conductas de afrontamiento eficaces y adaptativas darán como resultado los niveles de calidad de vida. En este caso particular, Rodríguez, Pastor y López (1993) han considerado que el uso de estrategias interpersonales como la búsqueda de apoyo social, puesto que muchos investigadores han resaltado la importancia del mantenimiento de las relaciones intrapersonales como facilitadoras de expresiones y sentimientos, hay otros estudios que concedieran que al tener apoyo social pueden sufrir menos síntomas de la enfermedad.

Rodríguez (2001) entiende la adaptación a la enfermedad crónica como *“una situación de la persona en la que ha renunciado a falsas esperanzas, ha suprimido desventajas destructivas y ha reestructurado sus circunstancias para desenvolverse en ella con la mayor eficacia posible”* (p.83) por tanto la adaptación a la enfermedad crónica no será fácil debido a:

1. Que la adaptación es dinámica y en la enfermedad crónica hay periodos de progresión que son seguidos por regresiones dependiendo de los cambios en la enfermedad y los cambios que se dan en las respuestas emocionales.
2. Es influida por diversos factores incluyendo aspectos de creatividad individual.
3. Puede haber funcionalidad fisiológica, sin embargo, no es capaz de hacer cambios en su conducta social o puede haber un correcto funcionamiento psicológico y una falla física.
4. La adaptación será evaluada desde diferentes ángulos (familia, amigos entre otros) y cada cual tendrá criterios y perspectivas diferentes.

En resumen, la adaptación a una enfermedad crónica exigirá una reorganización y un proceso de aceptación de uno mismo, así como un propósito de vida que pueda trascender las limitaciones que da la enfermedad (Rodríguez, 2001).

Vivir con una enfermedad crónica será una exigencia constante de control en muchas áreas, mantener el control posible durante una crisis, mantener y aceptar el régimen terapéutico aunque requieran grandes cambios, mantener las relaciones adecuadas con otras personas, saber diferenciar de cuando ser autosuficiente y de cuando es necesario pedir ayuda a los demás. Ahora al afrontar a la enfermedad crónica es frecuente encontrarse con los siguientes estilos:

- a. Negación: también conocida como minimización de la crisis, se hará una negación a la enfermedad, su significado y habrá una negación emocional de la enfermedad. La negación puede ser considerada una respuesta adaptativa y desadaptativa, adaptativa porque reduce el miedo y permite el buen funcionamiento de las capacidades de la persona, desadaptativa por que puede impedir el avance de otras respuestas de afrontamiento.

- b. Evitación: conocida también como minimización, paliación o negación, aquí se busca la ignorancia, la acción selectiva o la racionalización, aunque no necesariamente son connotaciones negativas pues puede ayudar a preparar respuestas más activas.
- c. Respuestas de acción directa de escape/evitación del acontecimiento: se basa en posponer el encuentro que provoca estrés.
- d. Búsqueda de información: informarse acerca del padecimiento que presenta. Esto ayuda a reducir la incertidumbre y restaura la sensación de control.
- e. Conductas confortativas: serán aquellos esfuerzos activos centrados en el problema, se habla de una conducta orientada a la solución de problemas.
- f. Planeación de actividades: planificar en la enfermedad crónica puede ayudar a una correcta adaptación.
- g. Auto presentación y apoyo emocional: el apoyo emocional de la familia, amigos y poder expresar las emociones propias.
- h. Ensayo de consecuencias alternativas: preparación mental, discusión de alternativas posibles con familiares y amigos.
- i. Instalación o mantenimiento del sentimiento de control: es la creencia de que nuestro poder o el de alguien más es suficiente para poder controlar la enfermedad crónica.
- j. Encontrar o dar sentido a la enfermedad
- k. Reinterpretación positiva: dar un sentido positivo al padecimiento.
- l. Búsqueda y obtención de apoyo social
- m. Comparación social positiva: buscar a otros con la misma enfermedad.
- n. Resignación o aceptación de la enfermedad: distinguir entre aceptar la enfermedad y aceptar la enfermedad en nuestra vida.

4.6 Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica

Taylor (2007) considera que los padecimientos que son crónicos pueden ir acompañados de la necesidad de realizar cambios que pueden ser permanentes e interrumpidos en las diferentes facetas de la vida diaria, a esto también se le debe añadir la necesidad de integrarse a su nuevo rol de pacientes tanto médico como psicológico, con el fin de adaptarse a su enfermedad médica.

Después del diagnóstico de la enfermedad crónica, los pacientes pueden entrar en un periodo de crisis que estará acompañado por un desequilibrio físico, psicológico y social, las formas que ellos tenían para afrontar los problemas dejan de ser afectivas. El incorrecto afrontamiento a la enfermedad crónica está asociado a la exageración de los síntomas y del significado, lo que conlleva a actitudes cada vez más neuróticas y empeora la salud, la aparición de la ansiedad, el miedo y la depresión puede ser temporal. Con el pasar del tiempo la crisis es superada y comienza a hacerse más consciente de como la enfermedad alterará su vida.

Como ya se ha mencionado anteriormente, en este proceso se harán presentes los siguientes mecanismos de defensa:

- **Negación:** se utilizará para evitar las implicaciones de la enfermedad, puede presentarse en los pacientes con actitudes que demuestran que la enfermedad no es severa, aunque no sea cierto, también tiene una función protectora, la negación puede ocultar el miedo hacia la enfermedad diagnosticada hasta que el paciente se encuentre en mejores condiciones de enfrentarse ante la realidad; puede interferir con la adaptación y con la rehabilitación, pero hay que remarcar que también puede ayudar al control de las emociones.

- **Ansiedad:** es la consecuencia del recibir el diagnóstico de la enfermedad crónica, ya que el paciente puede agobiarse por los cambios en su vida y la posibilidad de la muerte. Es más elevada cuando está la espera de una intervención médica intrusiva. Alcanza interferir con el buen funcionamiento del paciente que puede estar debilitado por presión psicológica, los pacientes con un grado elevado de ansiedad tienen menos posibilidades de afrontar los tratamientos.
- **Depresión:** es una reacción debilitante, un tercio de los pacientes con enfermedades crónicas tienen síntomas de depresión moderada y un cuarto sufre depresión severa, puede aparecer durante el proceso de ajuste, ser de aparición retardada o bien presentarse de forma permanente. El efecto retardado suele ser común ya que, a los pacientes suele tomarles tiempo comprender la situación real. La depresión puede volverse en un obstáculo para la rehabilitación, la adherencia al tratamiento y aparecer como síntoma del declive de la fortaleza física. Se vuelve más severa conforme la enfermedad se hace más grave, acompañado del dolor y la incapacidad que trae consigo. Se agrava con eventos negativos en la vida como falta de apoyo o estrés social.

El tratar la depresión en la enfermedad crónica no solo aliviará la tensión psicológica, sino que también va a disminuir los síntomas asociados a la enfermedad.

Richaud (2005) hace una referencia a las emociones asociadas a los afrontamientos en el caso muy particular de los niños. Considera que las emociones que estarán asociadas a los afrontamientos que no cumplen con el objetivo de neutralizar la amenaza (desadaptativos) el desinterés por parte del padre y un control patológico por parte de la madre se relacionan directamente con la depresión en niños que incluirá la auto-culpa, infra-valoración, el rechazo por parte de ambos padres puede crear en el niño autovaloración negativa, tristeza y falta de energía. La falta de energía estará asociada

con las características de los padres que ya se han mencionado, además se unen el desinterés de la madre y el control estricto del padre. Los niños que prefieren estar solos por desconfianza hacia los demás, tienden a sufrir rechazo, desinterés y control patológico.

4.7 Autoimagen, logros personales y funcionamiento social en la enfermedad crónica.

Taylor (2007) considera a la autoimagen como un aspecto importante que lleve al paciente hacia la aceptación de una nueva vida, la imagen corporal cambiara a lo largo de la enfermedad y puede tornarse negativa, esta baja imagen se relaciona con una baja autoestima, por tanto hay una importante tendencia hacia la depresión y la ansiedad, también puede influir en la adherencia al tratamiento, la imagen corporal será importante porque puede mejorarse con intervención educativa y psicológica.

Un paciente con desfiguración facial puede que nunca acepte su nueva imagen, ya que en muchas ocasiones se considera que el rostro está asociado a la personalidad y al estar en dicho estado tanto el paciente como el resto de las personas puede considerar la totalidad de la persona como desfigurada. Un rostro desfigurado puede crear reacciones de repudio y disgusto involuntario.

En cuanto a los logros personales Taylor (2007) va a considerar que la enfermedad crónica representa una amenaza para la realización de las actividades de goce o de necesidad como los hobbies o el trabajo, que se encuentran amenazados o interrumpidos, pueden ser una fuente de satisfacción que generara una autoestima.

El funcionamiento social que estará dividido entre familia y amigos, convertirán en una fuente de críticas hacia la autoestima, sin embargo, el romper el apoyo tendría implicaciones en todos los aspectos de la vida. La participación de la familia durante el

proceso de rehabilitación resulta benéfica para el paciente, al igual que dar información, esto para evitar las malas interacciones con el paciente al igual que sirve para evitar confusiones.

4.8 El niño ante la enfermedad

Morrison y Bennet (2006) considera que la comprensión que tiene el individuo acerca de sus síntomas será invaluable para tener un comportamiento para la búsqueda de atención seguir con las recomendaciones.

Piaget por medio de sus aportaciones nos da la primera pauta para comprender la cognición del niño en su estructura de etapas en el desarrollo, Morrison y Bennet (2006) hacen una relación de estas con el proceso de comprensión, significado y causa de la enfermedad en el pensamiento del niño. Para comenzar con este análisis se debe iniciar con la etapa sensorio-motora y pre-operacional, que se hace presente desde el nacimiento hasta los 2 años y en donde el bebé comprenderá la mundo por medio de sensaciones y movimientos, carecerá de un pensamiento simbólico sin embargo este se irá desarrollando el lenguaje, aunque estará muy limitado hasta el final de esta etapa y esa es la razón del porque no hay una cantidad grande de trabajos con estos infantes, la enfermedad y la salud se consideraran como estados opuesto y no como un continuo, en esta etapa en infante se presentara indiferente por el enfermo y la enfermedad.

Durante las primeras etapas de desarrollo la explicación de la enfermedad será desde una perspectiva mágica y se basará en la asociación, también considerará lo siguiente:

- Incomprensión: el niño dará respuestas irrelevantes o evitará la pregunta.
- Fenomenismo: la enfermedad será una asociación de una señal o sonido con algún momento en el que se haya encontrado enfermo, pero sin entender la causa o el efecto.

- Contagio: la enfermedad provendrá de una persona u objeto que se encuentre cercas, sin que este en contacto directo o puede asociarlo a una actividad que haya realizado antes de haber estado enfermo.

Durante la etapa de operaciones concretas de los 2 años a los 7 y de 8 a 11, la etapa de 2 a 7 años el niño ira desarrollando el pensamiento simbólico, lenguaje, pensamiento lógico simple y el egocéntrico se despliegan, siguen siendo incapaces de diferenciar entre cuerpo y mente. Las explicaciones entre los 8 y 11 años son más concretas y estarán basadas en una secuencia causal las cuales serán:

- Contaminación: la enfermedad puede tener múltiples síntomas, puede ser provocada por microbios o por el propio comportamiento.
- Internalización: la enfermedad estar dentro del cuerpo no se comprende el proceso que generan los síntomas. Pueden hacer una diferenciación entre órganos corporales y su función; alcanzan a comprender una explicación concreta y sencilla de su enfermedad.

Durante esta etapa se puede animar a tomar control sobre la enfermedad, tratamiento y expresar sus temores, esto puede ayudar al niño a superar la situación, los padres deben comprender que pueden afectar el desarrollo personal, cognitivo y social del niño al ser demasiado protectores, se le debe invitar a encontrar un equilibrio entre la sobreprotección y supervisar su salud.

En la etapa de operaciones formales que se hará presente de los 12 años y hasta la edad adulta, se desarrolla el pensamiento abstracto, la imaginación y el razonamiento deductivo, las explicaciones de la enfermedad se basaran en la relación entre la persona y su entorno serán:

- Fisiológicas: se explicará en términos de órganos corporales y funciones, también se distinguirán múltiples causas físicas, como el ambiente y el comportamiento.
- Psicofisiológicas: son conscientes de la conexión que existe entre el cuerpo y la mente, comprenden el estrés y su relación con su salud. Sin embargo, se debe mencionar que no todos los adultos son capaces de llegar a esta etapa y utilizan explicaciones cognitivas más simples.

Del Barrio (1900) considera al psicoanálisis como el primer marco para comprender e intervenir en la conducta emocional de los niños con algún tipo de enfermedad. También menciona la existencia de ciertos estudios empíricos y clínicos que se centran en los sentimientos negativos que son el resultado del trauma psíquico y físico, los cuales son: miedo, ansiedad, introversión, depresión entre otros, dentro del marco psicoanalítico era evidente que estos sentimientos tenían relación con las creencias sobre la enfermedad, un ejemplo de esto es Langford (citado en Del Barrio, 1900) que hace mención sobre las conductas observadas en niños hospitalizados, las cuales describe como una regresión a etapas anteriores, hace referencia a la mala preparación psicológica de los niños al acudir al médico y muchos consideran que su enfermedad es un castigo por desobedecer a sus padres.

Los niños con enfermedad crónica consideran que es una forma de castigo por una acción debida a ellos, la auto-culpa disminuye con la edad.

Como conclusión final para este capítulo debemos entender que el afrontamiento será el proceso en el cual el sujeto buscare de nuevo el equilibrio y tendrá como objetivo el adaptarse a la situación, esto requerirá de esfuerzos cognitivos y conductuales que se basara en conductas estructurales, el contexto social y la cultura.

Los recursos de afrontamiento serán culturales (normas, valores, creencias) recursos estructurales, (papeles sociales, sistemas y redes) recursos sociales (interacciones con el entorno, búsqueda de ayuda o información) recursos psicológicos (estados afectivos, cognitivos, comportamentales) y por último los físicos (biológicos o tangibles físicamente) el afrontamiento requerirá entonces una comprensión total del entorno y del paciente.

El sujeto estresado deberá enfrentar a su estresor por medio de una estrategia de afrontamiento, entre los más mencionados en la literatura destacan: aproximación y evitación, afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción, afrontamiento comportamental, afrontamiento cognitivo, afrontamiento evitativo, con los cuales el sujeto podrá dar una respuesta ante la situación, que si bien puede ser solo una o combinadas.

A pesar de que el afrontamiento, tanto en niños como en adultos tendrá el mismo principio, puede que sea un poco diferente en los niños debido a que dependen de las características del sujeto y el estresor, así pues dependerá del nivel cognitivo, vivencias, nivel lingüístico, afectivo y social las estrategias de afrontamiento en los niños dependerán de la relación, aceptación y trato de los padres hacia sus hijos, se considera que en una familia democrática donde hay aceptación y buen trato por parte de ambos padres desembocara en un afrontamiento sano, donde se le “dará la cara a la enfermedad”, el afrontamiento será adaptativo y lograra que el niño tenga una buena recepción hacia a la enfermedad, por otro lado, una familia disfuncional, autoritaria con control patológico por parte de un padre o ambos y falta de aceptación por uno de los padres, hará que el niño presente un afrontamiento desadaptativo donde puede presentarse asilamiento, miedo, estrés, ansiedad y depresión.

La enfermedad tendrá como entre otros muchos factores, el hecho de que el paciente, en este caso muy particular el niño, debe de adaptarse a su nuevo rol de paciente, saber cuándo empezará una crisis y que hacer durante la misma, sobre todo considerar que el futuro puede ser o no incierto, estar abierto a las posibilidades.

Afrontar a la enfermedad crónica dependerá de aspectos socio-emocionales, personales, relacionados con la malestar y el ambiente físico, será un proceso de adaptación y aceptación ante el diagnóstico, en éste caso y al tratarse de menores de edad aceptar o no el tratamiento no siempre está en sus manos por su edad, vulnerabilidad social y física, además del limitado conocimiento, por lo general padre o madre son quienes toman esta decisión.

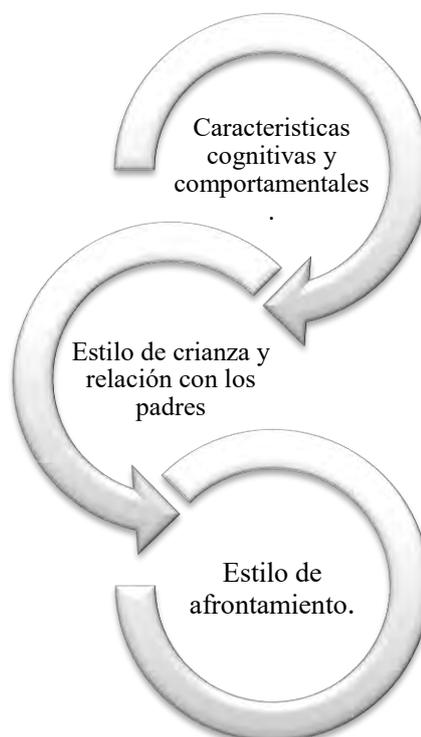
Es importante mantener una buena autoimagen y autoestima, resguardar a la familia cerca del niño sin que sea sobreprotegido, las creencias sobre la enfermedad jugaran un papel importante es la adaptación, serán estas las responsables de ideas o imágenes a futuro sobre la enfermedad y su evolución.

La enfermedad alterará no solo al paciente sino también a la familia, por los cuidados que este pueda tener o por las mismas hospitalizaciones, estar atentos ante la evolución y considerar el dolor (físico y emocional) por el que pasará el niño, la posibilidad de perder algún miembro, estar inmóvil o la intervención invasiva médica, la enfermedad crónica será una responsabilidad. La comprensión para el niño estará limitada a su cognición, recordemos que Piaget y Inhelder (1969) quien divide esto en divide esto en estadios, el primero se presentara desde el nacimiento hasta los 2 años con el nombre de etapa sensorio-motora, el pensamiento será primordialmente utilizando explicaciones mágicas y sorprendentes, habrá asociación pero sin saber la causa real, la enfermedad será algo mágico o en el caso de no ser el enfermo no prestar mucha atención o mostrará compasión con quien si lo es. Los niños de 2 a 7 años y de 8 a 11 se encontraran en el

estadio de operaciones, si bien de 2 a los 7 años el niño estará desarrollando el pensamiento simbólico, pensamiento lógico simple, lenguaje y el egocentrismo aún son incapaces de diferenciar entre cuerpo y mente es partir de los 8 a los 11 años que podrán dar respuestas concretas y basadas en una secuencia causal una explicación a la enfermedad seria, por ejemplo, al enfermedad será el resultado a estar expuesto a la contaminación de otro enfermo o por causas internas (estrés). En la etapa de operaciones formales se recibirá como respuestas que incluyan explicaciones físicas y psicológicas.

El afrontamiento dependerá entonces del nivel cognitivo del niños, donde por medio de su comprensión podrá dar una explicación y por tanto habrá un entendimiento de la enfermedad, pero dependerá del estado en el que se encuentre, dicho nivel ayudará al afrontamiento haciendo que el niño se integre, sea consciente en medida de lo posible y de acuerdo a sus capacidades de la situación como paciente crónico al que está sujeto ya que será una permanente en su vida al igual que el tratamiento, sin embargo el afrontamiento estará sujeto a factores propios de niño como se muestra en la figura 1.

Figura 1: Factores influyentes en los estilos de afrontamiento.



Capítulo 5. Estrés hacia el quirófano

Este capítulo abarcará desde el momento que el médico notifica como necesaria la cirugía, el ingreso hospitalario, los preparativos de la cirugía, ingreso y egreso del quirófano, también incluirá todos los factores que influyen en el mismo como la ansiedad presentada antes del quirófano y las conductas después de la intervención a causa del estrés al evento.

La enfermedad crónica puede traer consigo un ir y venir en hospitalizaciones a lo largo de la vida, lo que en ocasiones conlleva la necesidad de realizar de una o varias intervenciones quirúrgicas, como tratamiento, en el caso muy particular al que estamos tratando, los tumores óseos benignos tendrán en casi su totalidad un tratamiento quirúrgico, esto para eliminar el dolor, evitar la deformación o por estética del mismo paciente.

El enfrentarse a un quirófano puede ser un hecho traumático para un adulto, en un niño, este hecho podría ser aún más agresivo.

En este capítulo veremos las principales implicaciones que se tienen al hablar del estrés y la ansiedad que puede provocar la entrada a un quirófano por parte de los niños.

5.1 Concepto estrés y generalidades

Primordialmente se debe conocer el concepto de estrés, Vales (2011) los describe como estado patológico, pero también como una reacción del ser humano ante una situación amenazante que pueden llegar a ser excesivamente demandantes, logra la supervivencia de un sujeto o una especie, se denomina eustress cuando se generan respuestas eficaces y controladas que permitirán la adaptación ante la situación demandante.

Por otra parte, y dando una explicación más fisiológica Nieto, Abad, Esteban y Tejirina (2004) hablan del estrés como *“un estímulo o factor del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos (...)”* (pp. 179).

González y Landero (2006) explican el estrés como afecta directamente en el sistema autónomo y el sistema inmunológico, el estrés será la causa de estímulo al que lleva por nombre llamara estresor, el organismo produce una reacción de alarma y hay una activación en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal con la liberación de la hormona corticotrópica (ACTH) que estimulara las glándulas adrenales y libera una gran cantidad de hormonas en especial catecolaminas (adrenalina) además de glucocorticoides como el cortisol, que va conducir a una activación de sistema nervioso simpático y una supresión de la respuesta inmune.

Moguilevsky (citado en Vales, 2011) hace una descripción de las principales hormonas que intervienen en el proceso de estrés, al igual que su función durante el proceso de estrés, el primero es el cortisol, una hormona esteroidea que intervendrá en el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas, está estimulara la síntesis de glucosa y causa la reducción moderada del consumo de la misma en las células, elevando la glucemia y el CRF, también estimulan la liberación de otras neurohormonas como las β -endorfinas, que producen analgesia al unirse a receptores opiáceos en el SNC. Otra hormona importante en este proceso son los glucocorticoides que retroalimentan negativamente a la hipófisis y al hipotálamo con el objetivo de regular la concentración de ACTH y CRF. Estas hormonas también actúan sobre el hipocampo y alterando los procesos mnémicos y el sistema inmune al modificar su actividad, estos procesos están relacionados con los períodos sueño-vigilia. La influencia sobre el hipotálamo al SNA Simpático, generan aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, habrá dilatación de las pupilas, aumento de la sudoración o retraimiento de la motilidad

digestiva, también se verá afectado la liberación catecolaminas, adrenalina y noradrenalina hacia el torrente sanguíneo por parte de la médula suprarrenal. Las hormonas aminorrefuerzan la acción del SNA simpático, al mismo tiempo habrá glucocorticoides que mantendrán los niveles de glucosa en sangre para ser utilizada en una situación de emergencia.

Se puede hablar de estrés como el causante de la alteración en el sistema inmune tal y como lo describe Wimbush y Nelson (citados en Gonzales y Landero, 2006) en el estrés estará relacionado con las enfermedades psicosomáticas que pueden resultar en la activación del sistema nervioso autónomo, que ocurre cuando un estresor es detectado, en ese momento los órganos que son estimulados por los tejidos nerviosos recibirán un exceso de las hormonas del estrés que estimularán las funciones de los órganos y al mismo tiempo que incrementarán su tasa metabólica impidiendo así su relajación, en el caso en el que no se puedan relajar podría dar inicio a las disfunciones del órgano ocasionando malestares.

Ahora bien en el sistema inmune también se verán alteraciones durante la liberación de la adrenalina y el cortisol lo cual conducirá a la activación del sistema nervioso simpático, al mismo tiempo habrá una respuesta inmune y es a través de la inhibición de los linfocitos para la producción de interleucina 2(IL-2) y de interferón γ (IFN- γ) que disminuirá la capacidad del organismo para detener a las bacterias o virus y así aumentar la vulnerabilidad.

Para Trianes (2002) en estrés deberá contemplar cuatro factores, el primero será la prevalencia de un acontecimiento o bien una situación que sea identificable por el sujeto, el segundo es que, este acontecimiento sea capaz de alterar el equilibrio del sujeto tanto fisiológico como psicológico, en el tercer punto el desequilibrio ocasionado podrá ser reflejado en las consecuencias del estado de activación tanto cognitivas,

emocionales y neurofisiológicas, por último y los cambios anteriormente descritos van a alterar la adaptación del sujeto en la interacción entre su persona y entorno.

Si bien el estrés tiene una importancia mayoritaria en la respuesta fisiológica ante el estímulo estresor, por tanto se considerara al estrés como una respuesta del organismo y no tanto como una propiedad del entorno o de la situación.

No solo los grandes acontecimientos pueden provocar un estado de estrés si no también lo que se considera como ajeteos diarios; Lazarus describe a los acontecimientos menores y las fastidiosas contrariedades de la vida diaria, muchas investigaciones indican que estos son los que pueden tener un mayor impacto en los niños al tal grado de llegar a producir problemas psicológicos.

Selye (citado en Trianes, 2002) describen el síndrome general de adaptación, la cual explica en tres etapas:

- Fase de alarma: se detecta al estresor, la reacción fisiológica comienza, hay un aumento de adrenalina en la sangre, el ritmo cardiaco se acelera al igual que la respiración.
- Fase de resistencia: el organismo regresara a su estado anterior y se preparara para hacer frente al problema.
- Fase de agotamiento: en el caso de que la resistencia se prolongue, hay una gran probabilidad de que los recursos se agoten y esto va a producir un daño que podría llegar a ser irreversible. Esta etapa tendrá lugar cuando el estresor sea severo y prolongado, en este caso se vuelven a presentar los signos de la fase de alarma en este momento el organismo es más vulnerable los trastornos y disfunciones orgánicas.

Lazarus y Lazarus (2000) distinguen dos tipos de estrés, físicos y psicológicos, en el primer tipo se hará referencia a los esfuerzos físicos a los que se somete el cuerpo, que

no son necesariamente psicológicos, este esfuerzo puede considerarse desde una larga caminata hasta una importante y demandante carrera, en estos casos los cambios fisiológicos provocaran una adaptación a situación demandante. Las reacciones que provoca el estrés físico (latidos del corazón acelerados, aumento de la presión sanguínea, fatiga, sudor, etc.) también se pueden generar por razones psicológicas.

El estrés psicológico estará más asociado a las emociones, cuando siente molesto, ansioso, asustado etc. mismos que quedaran como resultado un cambio fisiológico y se pueden distinguir tres tipos:

1. Daño: va a referirse a un suceso pasado y que tuvo como resultado algún perjuicio, el daño podrá ser irreparable o inevitable, también se le conoce como perdida.
2. Amenaza: surge cuando hay una exposición directa a algún daño, de forma futura y tal vez inevitable, se tienen ideas de como seria. En este caso se podrá preparar para a mitigar la gravedad de la situación. Generará una señal negativa y de angustia.
3. Desafío: Serán acontecimientos que tendrán la valoración de posibilidades en lugar de probabilidades de daño, se tiende a expandirse desarrollarse más en el ambiente.

Hay que destacar el hecho de que la diferencia entre las tres, será dado por cada individuo al interpretar el afrontamiento. Haciendo así que sea muy distinta.

Si bien el estrés fisiológico y psicológicos tienen efectos neuroquímicos similares, producirán patrones de reacciones hormonales ligeramente distintos entre sí.

5.2 Estrés en niños

El estrés en niños tendrá varios aspectos que lo influyen, Trianes (2002) describe diversos elementos que componen la experiencia del estrés en los niños. Para comenzar en un primer peldaño se observan las variables y antecedentes que serán los estímulos y situaciones estresantes, que pueden ser por ejemplo de desarrollo y maduración, (deficiencias, tareas y superaciones, separaciones y autonomía) familiar, (por falta de apego, divorcio de los padres, maltrato de cualquier tipo, muerte de algún miembro o cercano a la familia, el nacimiento de un hermano) escolar, (por el aprendizaje escolar, el éxito o fracaso en el misma, demandas de separación o por etiquetaje de diferencias) relaciones con los iguales, (perdida o ausencias de amigos, rechazo o la no aceptación del grupo de iguales, por inhibición y timidez) o por factores macro-socioculturales (desastres, discriminación o pobreza), en un segundo punto se encontraran las variables que mediaran la experiencia del estrés, estas pueden ser de diversas naturalezas, como primer punto en esta categoría se tiene a las variables moduladoras en las que se encuentra las personales (temperamento, el género, la edad y el desarrollo) la familia (el estrés de los padres y la forma de la familia).

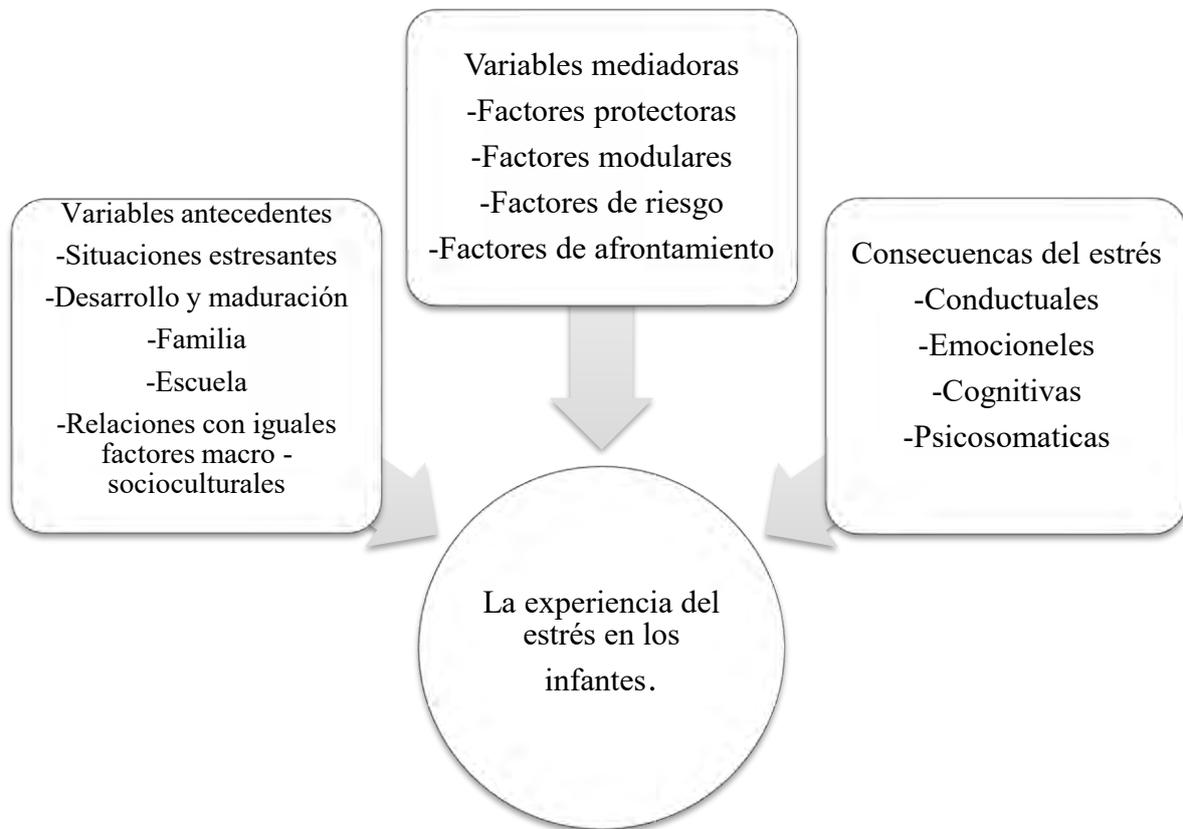
El segundo peldaño serán las variables amortiguadoras o protectoras en donde se encontraran las características personales (el desarrollo socio-cognitivo sano, temperamento, y el soporte biológico saludable) la familia, (los apoyos y recursos que brinda, calidad de apego, posición cultural y socioeconómica y cultural, personalidad y habilidades) la escuela, (el apoyo de los profesores, la experiencia del éxito en la escuela, y la motivación por aprender) las relaciones con los iguales, (redes de apoyo entre compañero y los amigos) y al final los factores macro-culturales como al clase social, los recursos comunitarios, la calidad de vida y el bienestar. La tercera categoría serían los factores de riesgo entre los que se hayan los problemas de conducta,

agresividad con iguales, las experiencias negativas, el exceso apego con el adulto, padres con enfermedad mental o la muerte de algún familiar, estas predisponen al padecimiento del estrés. Por último en los factores de las variables mediadoras se encuentra el factor de afrontamiento el cual dependerá de las habilidades personales como el manejo del estrés, las habilidades sociales, la toma de distancia, la comprensión de los problemas y la regulación emocional, también dependerá de las habilidades de los padres en la educación de los hijos así como en el estilo de crianza, también se verá implicado los factores socio-culturales como la ayuda comunitaria, todo esto ayudara a manejar y superar el estrés.

El tercer elemento que compone la experiencia del estrés en los niños sería las consecuencias del estrés, es decir las reacciones, las respuestas que se tienen ante el estrés, las reacciones conductuales entre las que se pueden mencionar son los trastornos de alimentación, la inhibición, pasividad y los problemas de conducta, también habrá reacciones emociones (irritabilidad, ansiedad, la presencia de fobias, agresividad depresión entre otras) cognitivas, (baja autoestima, presencia de pensamientos negativos e indefensión) y psicósomáticas como dolor de cabeza o estómago.

Todo lo anterior se relaciona debido a que, un acontecimiento es definido como un estresor desde la perspectiva del niño, claro que esta dependerá de las condiciones personales del niño, así como de los recursos, apoyos con los que cuenta y las exigencias que va a requerir la situación. De esta forma el niño definirá si la situación es estresante o no. Una vez el estresor se evalué como no superable, al menos no con los recursos con los que cuenta, la experiencia del estrés se libera, esto provocara un riesgo de que la haya una respuesta no adaptativa o una reacción psicopatológica, como se explica en la figura 2.

Figura 2. La experiencia del estrés en los niños.



Para la comprensión completa de la situación responsable del estrés, el desarrollo cognitivo y social es una parte importante, pues el desarrollo va a potenciar la comprensión objetiva del estresor, el estrés va a potenciar nuevas conductas, haciendo que el niño se esfuerce al realizar ciertas conductas, siendo así el estrés un estimulante.

En DSMV (2013) el estrés estará dentro de la categoría de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, en donde se clasifica el trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés post-traumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de adaptación, otros trastornos relacionados con traumas, factores de estrés especificado, el trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

Morrison (2015) en el DSM V, explica al trastorno de adaptación, el estrés puede causar síntomas de depresión y ansiedad, puede ser conductual aunque en este caso la respuesta

percibida del sujeto hacia el estresor es mayor a la esperada en situaciones similares, una vez que el factor de estrés este fuera los síntomas pueden persistir, sin embargo, no tienen una duración mayor a seis meses, algunos de estos son observado por varios autores durante sus estudios en sujetos antes de ser sometidos a cirugía.

5.2.1 Estrés preoperatorio en niños

La cirugía en muchos casos de enfermedad crónica es el único tratamiento, en especial si hablamos de tumores óseos benignos, donde se requiere la intervención médica quirúrgica como única forma de aliviar el dolor o evitar la deformación del miembro en cuestión, el tratamiento quirúrgico es un asunto serio en cuestión de seguridad personal, ya que implica un acercamiento a la muerte o la posibilidad de complicaciones que provoquen algún tipo de lesión que perdure toda la vida, pero también se debe considerar que, en ciertos caso, es la única forma de evitar situaciones adversas que pueden afectar de manera grave la salud del paciente.

Valladares, Aluminos, Castejón, Moreno y Ramírez (2000) denominan al estrés quirúrgico como las alteraciones que la cirugía creara en el paciente.

Sucheki (2003) considera que el acto quirúrgico es un hecho que ocasiona un impacto emocional en el paciente, esto traerá estrés y miedo sin importar que tan pequeña o grande sea la intervención.

El estrés antes de la operación vendrá ante la pregunta ¿Qué pasará si algo sale mal? En muchas ocasiones el temor vendrá de la mano de la anestesia general, el miedo al no poder despertar después de su aplicación, el miedo vinculado hacia la muerte o miedo hacia la pérdida del control consiente, ya que quedan a merced del entorno, médicos, enfermera, camilleros etc.

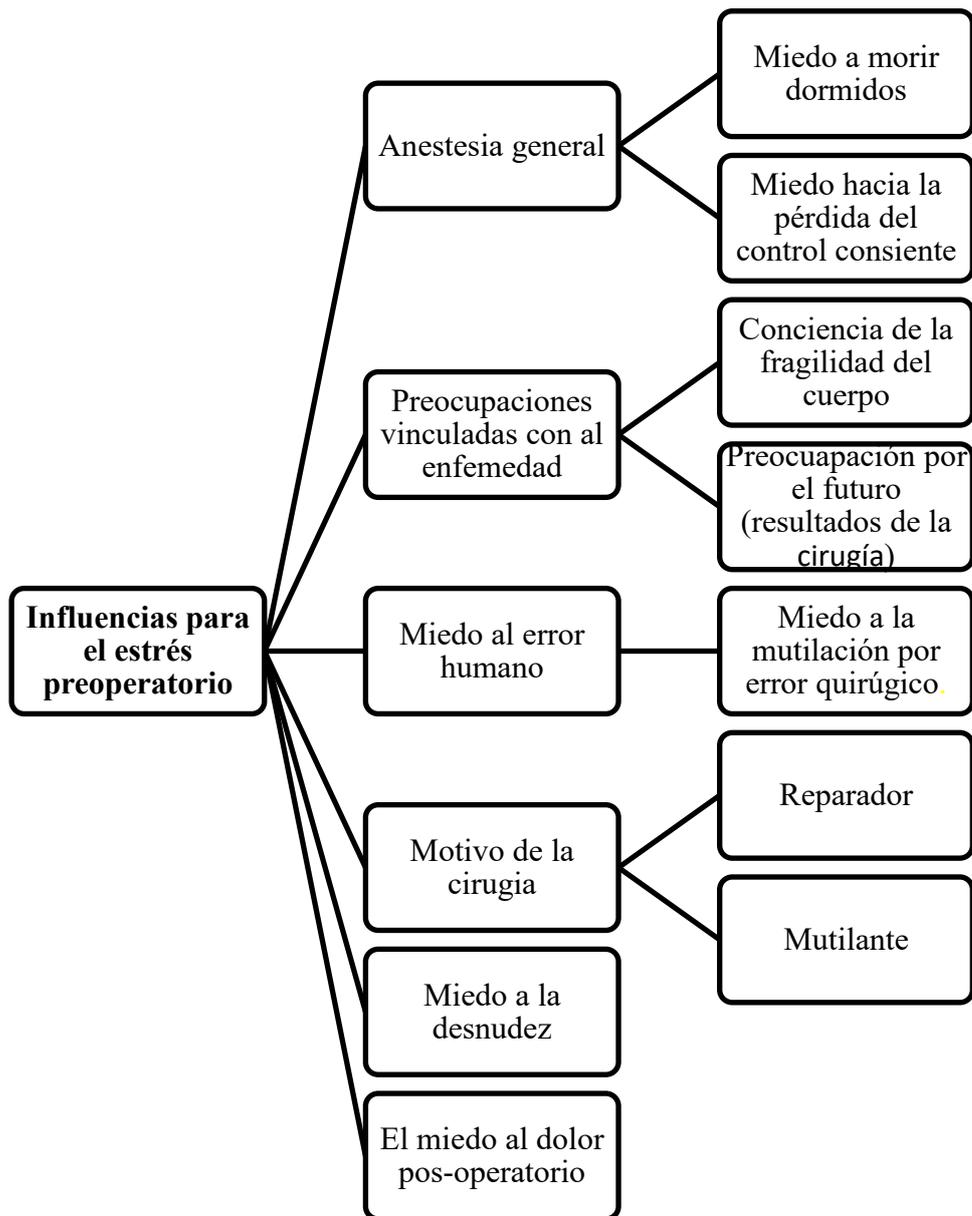
Como otra de las preocupaciones que el paciente tiene son las vinculadas directamente con la enfermedad, ya que se enfrentan a una realidad en donde son conscientes de la fragilidad del cuerpo, la enfermedad alterará la su perspectiva sobre el futuro (personal, social, laboral, familiar, etc.) ya que esta presentará limitaciones físicas o secuelas. Los resultados de la cirugía son entonces una fuente de ansiedad para el paciente y la familia.

El miedo al error quirúrgico también está presente como uno de los principales motivos de angustia y estrés.

También se debe de considerar la razón de la cirugía, si es de un carácter reparador o si es para la mutilación de un miembro, cuando se habla de la mutilación de un miembro se presenta un mayor grado de ansiedad ya que no solo es la cirugía como impacto psicológico, sino que además se presenta un duelo por cambio a la imagen corporal.

El miedo al dolor posoperatorio, miedo a la desnudez y el manejo de su cuerpo por extraños son otros de los estresores a los que se enfrenta el paciente (Giacomantone y Mejía, 1997). Todos estos miedos e incertidumbres son una fuerte influencia para presentar en el paciente estrés preoperatorio como se puede apreciar en la figura 3.

Figura 3. Influencias para el estrés preoperatorio.



Los mencionados son algunos de los miedos más comunes a los que los pacientes se enfrentan al momento de hablar o pensar en una intervención quirúrgica, sin embargo, no son los únicos factores que constituyen el estrés quirúrgico (pre/pos) también se debe de hablar del trauma psíquico al que se está sometiendo al paciente pues es una situación amenazante que pone en riesgo su integridad física pero también psicológica.

Para Laplanche y Pontalis (citado en Giacomantone y Mejía,1997) el Trauma psíquico se entenderá como *“un acontecimiento en la vida de un sujeto que presupone un ingreso excesivo del estímulos internos y externos en su psiquismo, estímulos que constituyen una amenaza y pueden superar su capacidad de tolerar y controlar psicológicamente la situación”* (p.39) en el caso de las cirugías y según Giacomantone y Mejía (1997) el trauma psíquico será causado por todo el ambiente al que se someterá el paciente, la hospitalización, la necesidad de adaptación cognitiva, miedo, temor, experiencias familiares y recuerdos propio con respecto a situaciones similares.

Giacomantone y Mejía (1997) consideran que la adaptación psicológica dependerá de la magnitud del factor traumático externo o real, que estará determinada por la magnitud de la cirugía (mayor, mutilante o con porcentaje alto de fallecimiento) ya que dependiendo de esto el efecto en la psique del paciente será mayor.

La evaluación del estímulo como amenazante, es otro factor del que dependerá la adaptación psicológica, porque hay una percepción consiente del estímulo real, es decir, el paciente es consciente de las implicaciones tanto benignas como malignas de la cirugía, al mismo tiempo que se hace una evaluación racional y cognitiva del peligro.

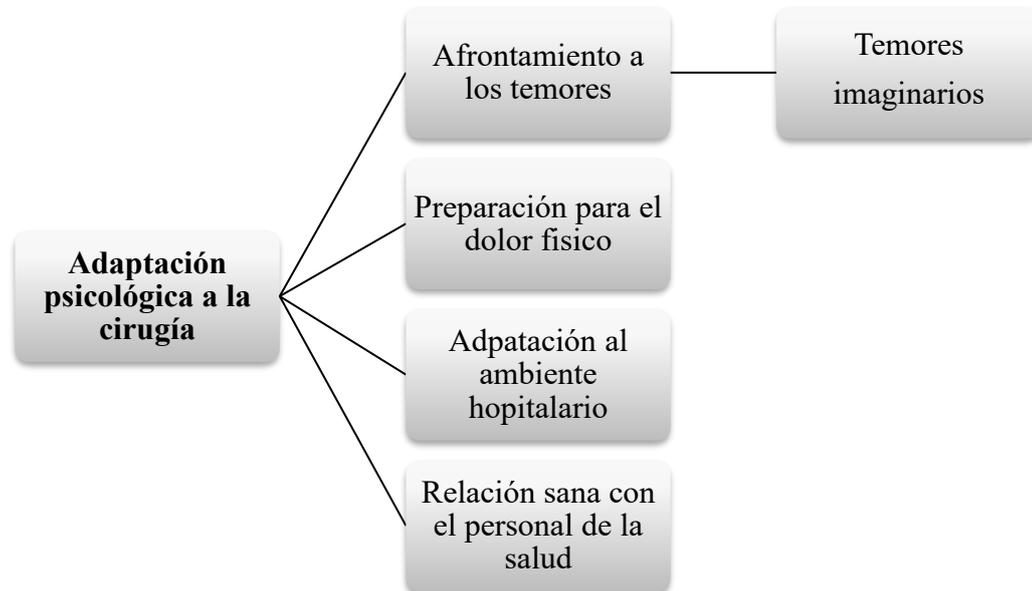
Por último, estará la capacidad subjetiva del paciente para hacer afrontar la situación, en otras palabras, se habla de la forma natural de responder tomando en cuenta la tolerancia, la capacidad para defenderse y de controlar psicológicamente los futuros sucesos. Algo que puede afectar la adaptación a la cirugía es revivenciar un trauma preoperatorio, es decir que la situación actual traiga a la memoria alguna situación traumática por medio de asociaciones.

La duración del periodo pre-operatorio puede ser variante, pues como se conoce bien, la cirugía puede ser de urgencia (para salvar la vida) más o menos urgente (donde suele

implicar una serie de estresores adicionales) o la cirugía que es programada, en este el trauma psíquico tiene la oportunidad de atenuarse, ya que el paciente cuenta con el tiempo para adaptarse y controlar -en medida de lo posible- el miedo, ansiedad e incertidumbre.

Para lograr la adaptación psicológica a la cirugía se debe considerar que hay un enfrentamiento por parte de los pacientes hacia sus temores imaginarios (los no realistas) provenientes de vivencias pasadas, propias de familiares, también debe existir una preparación para sufrir dolor físico, hay que considerar que debe haber una adaptación al ambiente hospitalario y mantener una buena relación con el personal de salud (Giacomantone y Mejía, 1997) tal como se explica en la figura 4.

Figura 4 Adaptación psicológica a la cirugía



La adaptación siempre va implicar una referencia hacia la conducta futura y va a incluir tareas de dominio de la realidad, la adaptación progresiva y realista dará la posibilidad que se implementen acciones que se ajusten a las condiciones del mundo exterior y

fortalecer el lazo entre el enfermo y la realidad tal como lo describe Hartmann (citado en Giacomantone y Mejía, 1997).

Ahora bien, ya que se han explicado las generalidades y causas del estrés posoperatorio al igual que los elementos para su adaptación, es hora de situarlo en el escenario infantil, pues este proceso será diferente ya que el niño tendrá un mayor grado de indefensión psicológica al suceso que determinará su tolerancia a la frustración y presentará una menor capacidad para poder hacer frente al hecho que resulta angustiante y depresivo. Es común que el niño muestre ansiedad, fantasías persecutorias como miedo a la muerte, a la castración, mutilación y la fragmentación del cuerpo, miedo a la intervención, a la anestesia y suelen presentar ansiedad ante la separación y alejamiento de los padres.

Es también observable los sentimientos depresivos, puede haber retraimiento, conductas agresivas, pérdida de habilidades del yo, (comer solos, control de esfínteres etc.) crisis de ansiedad, rabia, perturbaciones en el sueño, se puede presentar insomnio, terrores nocturnos o fobias (Giacomantone y Mejía, 1997).

5.2.2 Estrés ante la hospitalización, en el niño

Uno de los factores de mayor estrés es sin duda, el internamiento hospitalario, el cual representará una situación donde se percibirá su propia vulnerabilidad, esto será acompañado por diversos factores que serán amenazantes a la propia integridad física (Fernández y López, 2006).

Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) consideran que la hospitalización tendrá repercusiones negativas, como son las alteraciones emocionales y comportamientos disruptivos que surgirán a un corto, mediano o largo plazo.

Para García y De la Barra (2005) visto desde el ámbito de la salud mental, la hospitalización afecta el bien subjetivo, las relaciones intrapersonales y en caso de los niños también puede haber una afectación en su desarrollo, sin embargo, esto va a brindar la posibilidad de desarrollar resiliencia.

La hospitalización trae consigo la angustia y estrés, Fritzpatrick, Hinton, Newman, Scabler y Thompson (1990) considera que el miedo a la hospitalización viene de los procedimientos a los que no está acostumbrado y por tanto son nuevos, la interacción con personas desconocidas, la pérdida de la intimidad al igual que de su independencia y la separación de su entorno social (familia, amigos, trabajo, escuela).

La facilidad con la que el paciente se adaptara al medio hospitalario influirán sobre la ansiedad que experimentaran durante éste periodo, por tanto Fritzpatrick, et al., (1990) consideran que el aumento de la angustia es a causa de la poca o nula familiarización que se tiene con la situación, por tanto esta disminuirá con el pasar de los días al irse acostumbrando al lugar, antes del ingreso hospitalario también es posible la reducción al tener una grado de conocimiento (previo o por información recibida), aunque también puede ser la fuente la angustia puesto que dan una panorama más grande, a su vez tiene relación con las experiencias propias.

La personalidad del paciente tiene influencia, Barnett y Carrigy (citado en Fritzpatrick, Hinton, Newman, Scabler y Thompson, 1990) consideran que aquellos pacientes que muestran puntuaciones neuróticas elevadas en el cuestionario Eysenck de personalidad tienden a mostrar una mayor dificultad en la adaptación a la vida hospitalaria.

La hospitalización viene de la mano con la enfermedad, puede ser muy duradera o corta según sea necesario para la recuperación, en el hospital el paciente estará bajo muchos estímulos, que como ya se ha descrito provocaran estrés, hay muchos estudios que tienen como objetivo el estudio del estrés asociado a los procedimientos médicos en

niños, y en su mayoría concuerdan que los síntomas más comunes son las pesadillas, los trastornos del sueño, los cambios de conducta, los miedo y temores hacia la separación de los padres, el niño vive el internamiento hospitalario con miedo y desconocimiento y en caso de que la hospitalización sea duradera se puede notar un comportamiento inquieto, problemas de alimentación, llanto, aparición de conductas regresivas, ansiedad de separación, tristeza, depresión y dificultades de aprendizaje durante la adolescencia (Trianes, 2002).

Méndez y Ortigosa (citado en Trianes, 2002) consideran que los estresores que están directamente relacionados con el estrés hospitalario son los siguientes:

1. Entorno hospitalario: siendo diferente al ambiente familiar, el niño puede considerarlo como una especie de cárcel.
2. Ruptura al ritmo cotidiano de la vida: rompe con la rutina e impone un nuevo orden, con el horario de visitas, comida, sueño y puede causar aburrimiento.
3. Pérdida de intimidad y autonomía: siendo más resentido por los niños de edad escolar y adolescentes que por los niños de edad preescolar que mantiene la costumbre de depender de los padres, la desnudez causa un sentimiento de malestar.
4. Temor a la separación de los padres: se observa en mayor escala en niños de 6-7 años, puede causar un trauma sin la presencia de los padres.

García y De la Barra (2005) consideran que hay otros factores que están directamente relacionados con la hospitalización y son los siguientes:

- a) Factores personales: el desarrollo psicológico del niño influirá en el la reacción a la hospitalización, su desarrollo cognitivo le permitirá entender la situación en la que se encuentra. El desarrollo socioemocional va a posibilitar los grados de

resiliencia frente a dicho proceso, para que exista un correcto desarrollo tanto cognitivo como socio-afectivo, es necesario la vinculación temprana con las figuras de apego, de esta forma se podrá crear la construcción de engramas y matrices neuropsicológicas que posibilitaran la cimentación psicológica y así lograr un mejor enfrentamiento al estrés.

Durante la etapa que va de 0-2 años el infante desarrollará el esquema sensorio motor, no entiende la situación y depende del cuidador. La edad que comprende de los 3 años a 6 años, el niño vive una etapa de egocentrismo, independencia y autonomía, cree que todos los eventos ocurren con relación a él, asocia los eventos y tienen un pensamiento mágico, frente a la hospitalización el niño preescolar piensa que tener una enfermedad significa que él ha hecho algo malo y por tanto la enfermedad se percibe como un castigo, es entonces necesario que los padres expliquen de forma concreta y etiológica la enfermedad haciendo énfasis en que él no tiene la culpa por la enfermedad; la intervención hospitalaria, puede interrumpir su proceso de autonomía y de desarrollo.

Cuando el niño se encuentre en la etapa escolar en donde tendrá un desarrollo cognitivo concreto se requerirá de explicaciones de la enfermedad en términos simples, la comprensión se hace más compleja por lo que se requerirá psicoeducación desde la comprensión del niño, se hará necesaria la información anticipada acerca de los procedimientos.

- b) Factores relacionados con la enfermedad: dependerá de la gravedad de la enfermedad, es decir, si es una enfermedad aguda o crónica, si cuenta con riesgo de muerte, la gravedad, el grado de discapacidad, pronóstico, y el tiempo de evolución, todo esto será relevante para el impacto tanto en el niño como en la familia, así mismo cambiará la forma de experimentar la hospitalización. De

la mano de la enfermedad vendrá el ajuste en la vida del niño y de la familia, esto implicará un proceso de duelo, debido a la enfermedad y a las expectativas generadas sobre él.

- c) Factores relacionas con la familia: se habla del impacto de la enfermedad, se relacionará con la calidad de enfrentar el estrés causado por la misma, durante el periodo de hospitalización los padres adoptan nuevas formas de cuidado y así continuar la vida familiar, pues también se ve afectado el cuidado a los hermanos.
- d) Factores relacionados con las redes sociales y el equipo de salud: las redes sociales estarán integradas por parientes, amigos, compañeros de escuela, comunidad religiosa, profesores, instituciones de salud sean públicas o privadas y adoptarán un rol importante como un factor modulador y protector, el equipo médico se vuelve importante en esta red, para asumir el cuidado.
- e) Factores relacionados con el ambiente hospitalario: el signo de muerte estará presente y será compañero en la hospitalización, estará sujeta a la intensidad de la enfermedad, la connotación social, el desarrollo, la etapa en la que se encuentra y la relación con el médico tratante. El ingreso al hospital puede ser descrito como un suceso hostil y genera temor al limitar la expresión de sentimientos. (García y De la Barra. 2005).

La hospitalización crea tanto en el adulto como el niño estresores a los que debe de afrontarse durante la misma, Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) consideran que los principales estresores durante la hospitalización infantil son los siguientes:

-Enfermedad.

-Dolor.

- Entorno hospitalario (ambiente no familiar y la presencia de extraños).
- Exposición a material médico: procedimientos médicos invasivos.
- Anestesia: el miedo a no esperar.
- separación de los padres, familia y amigos.
- Estrés de las personas acompañantes.
- Rupturas de la rutina, adaptación a una desconocida e impuesta.
- Pérdida de la autonomía y control.
- Incertidumbre sobre la conducta apropiada.
- Muerte.

Para sustentar lo anteriormente descrito se debe incluir a Fernández y López (2006) que relataron un estudio en 85 pacientes de los cuales 38 eran varones y 46 eran féminas, sus edades oscilaban de los 4 -16 años, los niños y adolescentes fueron escogidos al azar en dos centros hospitalarios, la población se dividió en tres grupos, un grupo con edades de los 2 a los 6 años con un total de 28 niños, el segundo con niños de 7 -11 años con un total de 33, el último grupo de adolescentes con edades de 12-16 años con un total de 24, también participaron los progenitores de los internados, los cuales 60 eran mujeres y 25 hombres, sus edades iban de los 24-46 años. La duración hospitalaria fue 2-3 noches en 28 niños, 4-6 noches en 56 niños de y el resto de la población estudiada solo pasaron una noche en el hospital, para incluirlos en el estudio era necesario que su estancia hospitalaria no fuera mayor a seis noches; de los 85 niños 44 eran internado de primera vez y para 41 la experiencia de hospitalización ya tenía más de una recurrencia y hasta un máximo de 30.

La recolección de los datos fue por medio del “Inventario de miedos infantiles” que dispone de 100 ítems, también se utilizó el “Índice de reactividad al estrés infanto-

juvenil”, en su versión adaptada a la infancia se utilizó el “Índice de reactividad al estrés” que cuanta con un total de 35 ítems.

En los resultados del estudio no se encontraron diferencias significativas en estrés por hospitalización, ni en relación con la presencia o no de alguna experiencia previas, en cuanto a los miedos específicos se halló que el miedo al daño corporal y el miedo a la muerte son los principales generadores de estrés, la afección y la percepción emocional entre padre e hijo genera una mayor presencia de miedo y estrés, se descubrieron diferencias significativa entre los grupos que pasaron 2-3 noches con respecto al grupo que paso de 4-6 noches en el hospital.

5.3 Ansiedad hacia el quirófano “Día de la cirugía”

La ansiedad se presenta desde el inicio del proceso quirúrgico (iniciando con la programación de la cirugía, hospitalización e intervención quirúrgica).

5.3.1 Concepto de ansiedad

La ansiedad es entendida como una *“sensación vaga innominada, cuyo origen con frecuencia es inespecífico o desconocido por el individuo”* (pp. 38) (Martin y Boylan, 2003) los factores relacionados serán de amenaza hacia el sujeto, como por ejemplo una amenaza de muerte sea real o imaginaria, amenaza de cambio en su estado de salud o de su estado socioeconómico, entre otras las cuales siempre serán una amenaza.

Las características podrán ser de dos índoles, datos subjetivos como el incremento de la tensión, aprensión, sensación de indefensión, miedo, inquietud, culpa e intranquilidad, como datos objetivos se podrá encontrar excitación cardiovascular, mareo, insomnio, dolor de cabeza, tendencia a mirar a su alrededor, contacto ocular escaso, temblor presente en las manos, incapacidad de contención, llanto e incremento de sudoración.

En Aguilar y Whertsell (2007) citando a Lazarus y Flokman se definen a la ansiedad como una relación entre el individuo y el entorno siendo estimado como amenazante o cuantioso en sus recursos y por tanto pone en peligro su bienestar, la ansiedad puede ser aparecer como una respuesta adaptativa, que mejora el rendimiento y la captación al medio, o bien como un trastorno incapacitante, la ansiedad puede paralizar al sujeto cuando esté frente a una situación que sea amenazante, misma que crea preocupación, de esta forma evita el riesgo dando la oportunidad de afrontarlo de forma adecuada, al sobrepasar los límites esta se convierte en un problema de salud que va a intervenir en las actividades sociales e intelectuales del sujeto.

En el DSM V (2014) se describe a la ansiedad como “*una respuesta anticipatoria a una amenaza futura*” (pp.189) y hace una diferenciación con el miedo siendo este asociado a la activación autonómica para la defensa, la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, mientras que la en la ansiedad se presenta la tensión muscular, vigilancia del peligro futuro, la aparición de comportamientos cautelosos y evitativo. También puede presentar malestares físicos como palpitaciones, sudoración, temblores sensación de ahogo, náuseas, opresión de pecho y malestar abdominal. Los trastornos de ansiedad podrán ser diferenciados del miedo o la ansiedad normal por ser excesivos o por persistir más allá de los períodos de desarrollo, por tener una duración de 6 o más meses.

5.3.2 Ansiedad quirúrgica en el infante

Carapia, Mejía, Nacif-Gobera y Hernández (2011) consideran que la ansiedad pre-quirúrgica tiene su origen en el miedo que se encuentran alrededor de la intervención quirúrgica, como el dolor, lo desconocido, la dependencia de personas extrañas, los

cambios corporales como la mutilación, la anestesia y sobre todo la posibilidad de morir.

De los Ángeles y Rodríguez (1993) consideran que la ansiedad quirúrgica es aquella que se mide en el día o la tarde anterior a la intervención, o el mismo día de la operación, aunque muchos consideran que no hay diferencia entre estas dos medidas, sin embargo la ansiedad se puede presentar mucho antes de la situación que pondría de riesgo, es decir se puede presentar desde el día en el que se designa la cirugía como necesaria, pasando también por la hospitalización y finalmente haciéndose presente el día de la cirugía donde hay un incremento siendo esto un problema para paciente, es entonces importante conocer los factores responsables de incremento:

- *Ansiedad rasgo:*

Los pacientes con un nivel superior de ansiedad rasgo tienen una mayor probabilidad a presentar estados de ánimo negativos, esto debido a la situación de amenaza.

- *Locus control*

Siendo de una característica de la personalidad del sujeto, López, De los Ángeles y Rodríguez (1993) citan el locus control de salud, describiendo que el locus control interno en el paciente dará como explicación que es a causa de sus propios fallos, mientras que el locus control externo puede culpar a la mala suerte o el mismo destino como causa de su estado.

- *Neuroticismo*

Se ha demostrado en diferentes estudios que hay una relación entre el neuroticismo, la ansiedad rasgo y la ansiedad pre-quirúrgica, aunque puede que no tenga una conexión directa (López, De los Ángeles y Rodríguez, 1993).

Como una de las causas específicas que López et al., (1993) consideran como las más influyentes se encuentran la anestesia, el ambiente hospitalario, la falta de intimidad, el miedo a no volver a despertar, a despertar durante la cirugía, el malestar, vómito después de la cirugía, miedo al hablar durante la intervención y decir cosas no deseadas, la adaptación al hospital, el cambio de hábitos de comer, la interacción con extraños, la confusión y la usual sensación de pérdida de control.

Concentrándonos en el niño, según Barredo y Camacho (s,f) la ansiedad puede ser experimentada por medio de una sensación de aprehensión afectiva y en la que se desconoce su origen preciso, Crespo y Vásquez (2009) también consideran que el niño es más susceptible a la misma debido a que poseen menor cantidad de técnicas de afrontamiento, es muy probable a que se deba a su corta edad.

Sin embargo, en este caso, si conocemos el origen de la ansiedad a la que el niño se enfrenta, se considera que los niños deben hacer frente a dos situaciones, la primera una enfermedad crónica de la que son pacientes y segunda la intervención o intervenciones a las que se debe de someter por su salud, es entonces cuando y recordando un poco lo anterior, las técnicas de afrontamiento se irán formando y fortaleciendo según la experiencia que se tenga.

Ante este hecho el infante puede presentar ansiedad, esta tendrá raíz en el miedo y las preocupaciones hacia lo desconocido (Barredo y Camacho, s, f) se podrá presentar de dos formas:

1. Fisiológicamente:

Se considera que la ansiedad preoperatoria es constante hasta el minuto de la intervención, esto ocasionara en el organismo una respuesta dentro de la reacción general al estrés, provocara una descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática,

hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos como son la elevación del cortisol, ACTH, glucagón, aldosterona, vasopresina, prolactina, hormona antidiurética, resistencia a la insulina, entre otras, también habrá alteraciones hidroelectrolíticas como son el descenso del potasio sérico, retención hidrosalina y modificaciones inmunológicas.

2. Conductualmente

El niño podrá mostrar sentimientos de tensión e intranquilidad, cambios en la conducta habitual, sentimientos de inadecuación y rebeldía (Barredo y Camacho, s, f).

Barberà y Arenas (2007) consideran que el nivel de ansiedad será variable en cada sujeto, pues dependerá de cada situación y de la madurez, la fuerza de la ansiedad, dependerá de los siguientes factores:

- Desarrollo propio del sujeto.
- La situación.
- Las estrategias de afrontamiento o mecanismo de defensa de las que disponga.
- Familia y medio social en el que se desarrolla en niño.

5.4 Periodo postoperatorio

Marañón (2012) considera que en los cuidados del paciente quirúrgico deben de tomar en cuenta dos cosas, la primera es el tipo de anestesia que fue utilizada y el segundo es la historia clínica de cada paciente. Los cuidados posoperatorios tendrán dos vertientes, las cuales son:

1. Cuidados en el postoperatorio inmediato

Se realizan en la unidad de recuperación post anestésica, en donde se dispondrá de un protocolo específico para el paciente.

2. Cuidados en el postoperatorio mediato

Se fomentará la autonomía del paciente y la readaptación a su medio, al mismo tiempo se brindarán los cuidados necesarios para su condición lo cual incluirá informar de los cuidados que se van a necesitar el paciente, el acomodarlo en una posición que beneficie su condición, proporcionar intimidad, mitigar el temor y la ansiedad, aplicar y supervisar las ordenes de tratamiento, proporcionar los cuidados a la herida adecuados, mantener el control sobre el dolor, entre otras más.

La correcta aplicación de todo lo anteriormente descrito beneficiara la adecuada recuperación posoperatoria.

5.4.1 Posoperatorio en niños, recuperación de la cirugía.

El periodo posoperatorio se considerará desde el despertar total, y el reconocimiento de las limitaciones que se tienen como consecuencia de la cirugía, esto implicara, que debe de haber una adaptación y es necesario recuperar el equilibrio, (Sucheki. 2003) por tanto el niño debe de adaptarse a la nueva situación y a los limitados movimientos que tendrá durante el periodo, eso va a implicar el afrontar el dolor de la cirugía.

Para la recuperación, Martínez, y Torres (2000) consideran que un factor clave será la mentalidad, es decir, la forma en la que el paciente afronta y vive la intervención, aplicara una influencia sobre la evolución del periodo postoperatorio. La mentalidad y el grado de ansiedad preoperatoria, al igual que el tipo de personalidad serán los determinadores de las respuestas posteriores a la intervención.

Como consecuencias psicológicas y conductuales Torres (2004) y centrándose en los niños los que presentan un ansiedad extrema durante la inducción anestésica, tienden a demostrar un mayor riesgo de desarrollar cambios negativos en el periodo

postoperatorio, los cuales se manifiestan en forma de pesadillas, ansiedad ante la separación de los progenitores o agresión a hacia la autoridad, esto se puede prolongar hasta por dos semanas al menos en el 60% de la población y aproximadamente 67% de los niños pueden mostrar comportamiento negativo un día después de la cirugía, el 45% lo presentan dos días después y 23 % lo mantendrá persiste por las siguientes dos semanas.

Durante el postoperatorio inmediato, los niños tal vez despertar agitados, con un aumento del tono motor, pueden presentar llanto o incluso intentan escapar del personal. Estas conductas puede presentarse no en el momento y si bien hay algunos autores que consideran que la intervención médica es causa casi inmediata del estrés postraumático, el DSM V discrepa al respecto, pues no considera que las afecciones medicas sean necesariamente eventos traumáticos, como una enfermedad debilitante o una que podría llegar a ser mortal, sin embargo los incidentes médicos que si consideran como traumáticos son aquellos que sean trágicos y repentinos como por ejemplo el despertar durante una cirugía, la observación de lesiones serias, muerte de causa no natural de otra persona.

Sin embargo, se debe considerar por las características que muchos autores registran en sus documentos que, si bien en diagnóstico de TEPT no es preciso para estos pacientes, si hay varios síntomas que se presentan, por lo cual considero que, en el estudio del estrés en estos casos, considere el TEPT como un riesgo que el infante puede o no presentar en mayor o menor medida, que estas situaciones eleven el riesgo a presentar el algún momento TEPT.

Los pacientes con tumores óseos benignos deben hacer frente a dos situaciones en las que el estrés y la ansiedad podrían ser los protagonistas, la primera de ellas es el afrontar el diagnostico, esta etapa creara sin duda alguna un estado de ansiedad y estrés

pues la enfermedad crónica creara limitantes al igual que dudas, habrá también un proceso de duelo por la pérdida de la salud, sin embargo, debe de adaptarse, eso significa que creara estrategias de afrontamiento, para poder contemplar el tener una vida plena a pesar de las limitantes que esta misma otorga y debe adaptarse a su papel de paciente.

Se debe de recordar que el único tratamiento para los tumores óseos benignos que se tiene es la cirugía, en este punto se habla entonces que los niños debe hacer otro frente, la cirugía, que serán algo que no conocen, pero será de su total conocimiento y normalización por el número de veces a las que serán sometidos, en un principio los miedos más comunes, son el no despertar y la separación de los progenitores etc. esto creara un estado de estrés, pues hay una amenaza real y tangible hacia su ser, el estrés y la ansiedad se presentarán como una reacción natural a la situación.

Capítulo 6. La familia del enfermo

Hasta ahora la investigación se ha centrado únicamente en el niño así como en la enfermedad, sin embargo, se debe destacar la importancia de la familia en este tipo de acontecimientos, ya que el niño debido a su edad será dependiente de ésta. También se debe hacer mención de los afectos tanto para ayudar como los que podría ser adversos, este capítulo tiene como objeto el saber qué es lo que sucede con la familia a fin de proporcionar el apoyo pertinente.

Comenzando con esto hay que referirse a Brannon y Feist (2000) que consideran que un niño enfermo requerirá de un gran apoyo por parte de la familia y en la mayor parte de los casos, es proporcionado por la madre que en un momento experimentará cansancio tanto emocional como físico, esto ocasionara un desgaste en ella, lo que podría ocasionar que haya poca atención a su marido, por lo que él puede sentirse abandonado, enfadado y con sentimientos de culpa, en los hermanos del niño enfermo se pueden crear celos por toda la atención que este recibe de la madre y el padre, los niños enfermos pueden aprovecharse de la situación para obtener todo lo que quieran, es decir pueden llegar a ser manipuladores.

La economía familiar es otra de las variantes que se ven afectadas, puede haber una mayor demanda debido a la situación.

Desde un enfoque sistémico Rolland (2000) hace un lineamiento con las etapas psicosociales que lleva la familia con la enfermedad crónica:

1. De crisis

Se caracteriza por la aparición de los síntomas iniciales de la enfermedad, antes de que el médico dé el diagnóstico definitivo, comienza el periodo de adaptación y afrontamiento a la situación una vez que ya se haya establecido el diagnóstico, en caso

de una enfermedad cardiovascular o una lesión aguda, la frase de crisis se puede expandirse hasta la fase de rehabilitación.

En un primer punto la familia debe aprender algunas ideas sistemáticas (reasignación de roles, y la amenaza de la pérdida) para considerarse a sí mismos como una unidad funcional, por medio de la sensación de control y efectividad.

Como segundo paso se debe entender a la enfermedad así como su evolución, al mismo tiempo generar un sistema familia-enfermedad y se podrá dar paso a las demandas de la misma.

En un tercer punto se debe crear un significado de la enfermedad para la familia, esto ayudará a detener el sentimiento de dominio.

La fase de crisis tiene un periodo al que se le llama encuadre inicial, en donde se dará el primer encuentro con el personal de salud, el pronóstico de la enfermedad y su control, este momento provocara hipervigilancia y ansiedad, lo que hace que las familias sean vulnerables a los mensajes que dan respuesta o no a las incertidumbres. Las discusiones de la familia entorno al paciente pueden generar desconfianza entre la misma.

La familia debe hacer duelos por las siguientes razones, primero por la pérdida de la identidad que se tenía antes de la enfermedad, después la familia necesita desplazarse a una posición más confortable para la aceptación del cambio permanente y al mismo tiempo mantener un sentido de continuidad entre su pasado y su futuro. La familia debe de ser ayudada a mantener los valores y el afecto que los mantiene unidos, una plática de familia en la que se recuerden otros eventos difíciles puede ser beneficiosa pues da una sensación de continuidad.

Para la familia es muy difícil el avance hacia la adaptación, más cuando sus miembros mantienen opiniones diferentes con respecto a enfermedad, dejará de lado sus proyectos personales para apoyar al enfermo en la superación de la crisis.

2. Fase crónica

Esta fase inicia cuando se da el diagnóstico inicial y el periodo de adaptación y su final es cuando comienza una etapa en la que la muerte o la agonía está próxima o en proceso, se caracteriza por la progresión o el cambio episódico, es decir, la vida cotidiana con la enfermedad, en esta etapa los pacientes y familia podrían recibir ayuda psicológica, se ha cambiado el modo de vida de acuerdo con las posibilidades de la enfermedad crónica, aparece la incertidumbre a pesar de la aparente normalidad, sin embargo, dependerá del cómo la enfermedad se presente, es decir, si es mortal o con comienzo agudo y una evolución rápida, por lo cual la crisis pasara directamente a la fase terminal.

3. Fase terminal

Contempla la inevitable muerte, el duelo y la pérdida, el revolar una vida normal después de la pérdida, la familia al entrar en esta crisis debe optar por un papel de resignación ante el hecho de pérdida (Rolland, 2000).

Rolland (citado en Navarro, 2004) explica que en el funcionamiento de la familia se verá afecto por la enfermedad, lo que ocasionará la redefinición de roles y las funciones familiares, será de mayor problemática en función de la importancia del rol del ahora enfermo.

En el caso específico en el que el niño sea el enfermo el ajuste estructural será menor, sin embargo, requerirá de alguien que lo ayude, esto provocara el cansancio del

cuidador que dependerá del grado de auxilio que requiera, puede llegar a ser agotador, los roles del cuidado del paciente generalmente suelen ser atribuidos a una sola persona que estará a cargo de todos los cuidados del enfermo.

Asumir el rol de cuidador del enfermo puede ser de dos formas; la primera, puede ser la negociación implícita, en donde alguien se ofrece hacer cierta función y bastara con que lo realice varias veces sin que nadie lo cuestione para que adquiera, otra parte el rol de negociación explícita implicara un rol dado por alguien más como forma de un acuerdo, el rol del cuidador puede darse en función a las normas sociales, dicho papel casi siempre es asumido por la mujer, siendo así que ellas tomen el papel de cuidar primario del enfermo ya que este rol seguirá los criterios socioculturales, para que sea llevado a cabo se requiere de una enorme transición, implicara un cambio en su estructura de vida, como por ejemplo dejar de trabajar o dejar alguna otra ocupación.

El perder un rol en la familia implicara el tener que asumir la enfermedad, así mismo el tener que asumir un rol no es un proceso automático, ya que aún debe darse la negociación del rol y aprender las habilidades requeridas al mismo.

Los cuidadores presentan cansancio, quedan agotados tanto física como psicológicamente esto es debido a la carga y a la renuncia personal que implicara el cuidado del enfermo, en caso de que la demanda sea mayor podría desarrollar trastorno psicológicos y físicos; el abandono del paciente podría ser a causa de fuerza psicológica y física, tendrían otras variantes como la edad, falta de ayuda de otros, una demanda grande de los cuidados o por renuncia personal. Debido a esto es importante la repartición, donde el cuidador es sustituido por algún familiar por horas o días, esto ayuda a recuperar fuerzas, este tiempo le da la oportunidad de poder descansar y realizar actividades de su gusto y ayudará a mantener la calidad de los cuidados (Góngora. 2004).

El cuidado del enfermo crónico puede ser agotador pues será para toda la vida y adaptado a las necesidades del enfermo, cambiando las necesidades y los roles de la familia para acomodarse a las más convalecientes.

La familia también será su mayor fuente de apoyo tanto para el niño como para el personal de salud, siendo ellos el primer contacto de mismo.

El psicólogo contribuirá en este caso a fortalecer en lo medida de lo posible la unión familiar con la nueva adaptación de los roles, el psicólogo tendrá pues la labor de hacer consiente de la necesidad e importancia de la solidaridad, participación y empatía hacia la situación presente no solo para beneficio del enfermo sino también para el cuidador primario que será el que lleve la mayor responsabilidad, logrando de esta manera que los cuidados sean aplicados tal cual la indicación médica así lo señale, sin que afecte en medida de lo posible la salud los cuidares, logrando de esta manera que el paciente presente una mejoría significativa y darle una buena calidad de vida a ambas partes.

Capítulo 7. Estrategias terapéuticas y métodos psicológicos: Psicoprofilaxis quirúrgica.

A lo largo de este texto hemos analizado todos los aspectos a los que el paciente crónico de tumores óseos benignos se enfrenta, tanto físicos que es la enfermedad misma la cual implica dolor, limitación física, cambio de apariencia, entre otros, como a los aspectos psicológicos que destacan el afrontamiento tanto a la enfermedad como a la cirugía; en el aspecto social se encuentran la familia y los roles de los cuidadores que deben de asumir para el cuidado del paciente. Todo esto forma parte de la vida cotidiana del niño y debe ser preparado para la situación nueva y poco usual, la cirugía, y es aquí donde se destaca la psicoprofilaxis quirúrgica como un método para hacer frente al nuevo escenario.

Mardarás (citado en Rodríguez, Dearmas, Sauto, Techera, Perillo, Suarez Ruver, 2005) explica a la psicoprofilaxis quirúrgica como *“un área dentro de la psicología que estudia el nivel psicológico de las relaciones que establecen entre los distintos miembros de la situación quirúrgica con el fin de mejorar las condiciones psicosanitarias.”* (pp.28) al mismo tiempo que se considera que cualquier intervención quirúrgica será un acontecimiento que interrumpirá la vida tanto del paciente como de la familia, misma que llega a ser desagradable.

Por otra parte, Giacamonte y Mejia (citado en, Glasserman, 1979) lo define como *“un procedimiento terapéutico cuyo objeto es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica y tener el logro de una mejor adaptación a la situación preoperatoria y la prevención de conflictos futuros”* (pp.31).

Vanina (citado en De la fuente, Méndez Gallardo, Ulloa, Venezuela, 2012) describe a la psicoprofilaxis quirúrgica como *“un procedimiento terapéutico, cuyo objetivo es*

reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica y tender a lo largo de una mejor adaptación a la situación pre y post- operatoria”
(p.56)

Mandelbaum, Mandelbaum, Ortigoza y Méndez yVargas (citados en Tercero, Hernández, Luque, Chartt, De la Torre, Verduzco, Serrano, Mendoza-Huerta, Contreras y Moyao, Fuentes. 2011) describen a la psicoprofilaxis de la siguiente forma:

“La psicoprofilaxis quirúrgica es un conjunto de técnicas psicoterapéuticas empleadas en la psicología pediátrica que se ocupan, dentro de un marco interdisciplinario, de preparar psicológicamente al niño y a su familia para afrontar una intervención quirúrgica con la menor cantidad de secuencias psicológicas y físicas posibles.”
(pp.25)

A su vez, Tercero, Hernández, Luque, Chartt, De la Torre, Verduzco, Mendoza-Huerta, Contreras y Moyao, Fuentes (2011) considera que a la psicoprofilaxis quirúrgica es una serie de técnicas que son empleadas para psicología pediátrica y serán utilizadas dentro de un marco interdisciplinario con el fin de preparar al niño y a la familia psicológicamente para poder afrontar la intervención quirúrgica.

Para Pedreira (1988) considera que este tipo de intervención psicológica en el infante debe de ser puntual, precisa y deben tener las siguientes características:

1. Puntualidad: desarrollarse en el momento oportuno.
2. Limitar el tiempo: deber ser precisa y con un tiempo definido, además de tener un sentido de utilidad para el aquí y el ahora, delimitar a una situación concreta.
3. Objetivos claros: estos deben ser precisos, ya que esto diferenciara a otros tipos de intervención psicológica.

4. Establecer la comprensión de la integridad del niño partiendo de la enfermedad misma.
5. Debe tenerse en cuenta siempre el funcionamiento corporal actual del niño, con el fin de lograr un funcionamiento comprensivo.
6. La metodología a utilizar será mayormente pedagógica, con el fin de reestructurar las fantasías del niño.
7. Se deben tomar en cuenta vivencias pasadas de la familia en una situación similar.

En la psicoprofilaxis quirúrgica aplicada a los niños hay objetivos claros en la intervención y son los siguientes:

- a. La reestructuración del espacio- tiempo frente a la nueva situación, ya que tienen una gran importancia la estructuración para formar y organizar la personalidad y las relaciones, cualquier modificación en la infancia que venga a desorganizar, podrá crear angustias, ansiedades y puedan ser canalizadas de diversas formas.
- b. La demanda de información, acerca de su estado y de lo delicado que es o no, la información debe ser dada considerando que quien la requiere y la pide es un niño, debe pues trabajarse y no olvidar precisamente de la mentalidad del niño.
- c. La imagen corporal del niño, la cual sufrirá cambios.
- d. Dar la posibilidad de hablar de las fantasías que se forman por la situación a la que se enfrentan, mismas que darán pie a las angustias y a la ansiedad.
- e. Dar apoyo a la familia del niño, que esta sufre un desequilibrio por la situación.

- f. Los profesionales que trabajan en primera línea deberían realizar la intervención, los psicólogos actuaran en segunda línea y más como supervisores (Pedreira.1988).

Muños (2016) considera que los beneficios que otorga la psicoprofilaxis en niños son los siguientes:

- Disminución de la ansiedad en niños y padres.
- Reduce el estrés quirúrgico, por tanto, hay un descenso en la frecuencia cardíaca y tensión arterial pre-anestésica.
- Proporciona facilidad en el despertar anestésico así como en la recuperación postoperatoria.
- Rebaja la estancia en el hospital.
- Disminuye la necesidad de analgésicos y al mismo tiempo logra que las llamadas a enfermería sean menos.

Así pues la psicoprofilaxis, es un método que puede reducir el impacto de la cirugía en el niño y la familia, al enseñar de forma explícita y detallada lo que ocurrirá durante dicho periodo, para otorgar toda la información posible con el fin de bajar ansiedad y estrés, tanto para el niño al saber a lo que su cuerpo será sometido y los beneficios que esto le traerá en un futuro, como para para los padres, explicar en qué consistirá la intervención, riesgos y beneficios, pero aún más indispensable, hacerlos consientes del proceso al que su hijo estará siendo sometido.

Capítulo 8. Conclusiones y sugerencias

Sugerencias, estrategias para disminuir el estrés y la ansiedad ante el hecho quirúrgico.

Como se ha enmarcado a en el capítulo anterior la psicoprofilaxis quirúrgica es un método psicológico que brinda la posibilidad de reducción de ansiedad, miedos, ansiedad y estrés a la cirugía, otorgando recursos de afrontamiento al brindar al paciente y a la familia un modelo con el cual, la experiencia quirúrgica será un proceso menos agresivo para ambas partes y así lograr una mejor recuperación.

Para el diseño de la intervención psicoprofiláctica se considera que debe estar orientado a la intervención psicosocial, se habilitaran recursos en el medio hospitalario, en donde el médico debe dar una entrevista y se explique cada momento de la cirugía, los instrumentos y aparatos que vera así como las conductas que se esperan del niño.

Se propone hacer un recorrido por el hospital en los lugares con los que estará en contacto y con el personal, asignar una enfermera desde el momento de la programación de la cirugía y hasta el periodo postoperatorio, que se mantendrá a su lado como una ayuda en caso de dudas o cuando requiera de algo, teniendo como objetivo dar la cantidad máxima de información exacta que servirá para que se tranquilice, esto ayudara para niño anticipe la situación al mismo tiempo que se brinda ayuda tanto a el niño como a su familia; decorar con objetos personales, se puede aplicar con la finalidad de que el niño no sienta como extraña la habitación; entrenar adecuadamente al personal de salud para lograr reconocer las diferentes reacciones de la familia y el niño, con esto podrá llevar acabo las conductas tranquilizadoras, con el fin de ayudar al afrontamiento de ambas partes (Alonso, 2005).

Hacer un entrenamiento a los padres que comienza con una entrevista con el médico al menos 15 días antes de la intervención, la conversación deben abordar los miedos más comunes y al mismo tiempo identificar cuáles son los miedos concretos que los padres tienen ante la enfermedad de su hijo, pueden expresarlos, elaborarlos y entrecruzarlos, de tal forma que puedan actuar concretamente y como apoyo, se pedirá a los padres decir dudas y miedos para que estos sean aclarados lo que podrá ser tranquilizador para ellos.

Determinar el perfil de riesgo con los padres para identificar las actitudes del niño y hacerlos conscientes de la importancia de su figura, con esto el padre podrá ser capaz de resolver los miedos y ansiedades del niño. Dar instrucciones de los comportamientos esperados durante el recorrido hospitalario. Se pedirá a los padres su ayuda para reforzar de forma positiva el afrontamiento del niño, por tanto, su compañía será crucial durante todo el proceso. Debe de hablarse sobre la actitud que debe tomarse con el niño y encontrar un punto medio entre la sobreprotección y el rechazo, de modo que haya un equilibrio que no influya de forma negativa en la enfermedad y la intervención quirúrgica, aunque el niño se encuentre en la situación amenazante (Alonso, 2005).

Entrenamiento con el niño:

La explicación del proceso por parte del médico debe ser de acuerdo al nivel de desarrollo del niño y dar la facilidad para poder expresar sus temores. Realizar un recorrido en el hospital por los lugares en los que estará y los instrumentos con los que va a interactuar, en este recorrido el niño podrá tocar y jugar con ellos. Tendrá la posibilidad de decorar su habitación a su gusto. Recordarle al niño que en todo momento sus padres estarán presentes, esto lo ayudara a sentirse protegido. Puede utilizarse un modelado, puede ser un filme en donde se explique todo el procedimiento

al que se someterán desde que se informa de la cirugía hasta el día del alta, también debe contener los estudios a los que posiblemente se someterá (Alonso. 2005).

Por otra parte, Suchecki (2003) propone un abordaje psicológico en el que el grado de incertidumbre y sufrimiento sea llevado a grados donde sea tolerable, el plan lo describe de la siguiente forma:

- I. Etapa Prequirúrgica: Será la conversación terapéutica, donde se abarcarán los procedimientos a los que estará sometido, también se hablará de los miedos y fantasías que se presentan a partir de la noticia. Seguidamente existirá la aplicación de la técnica de ensayo que se utiliza como un preparativo antes del acto quirúrgico. Posteriormente la preparación de los cambios en el esquema corporal y al final una revisión de los cambios ocurridos a partir de la noticia dada, o bien por las consecuencias de la propia cirugía, esto se estudiará a partir de las relaciones con el entorno, familia, amigos, compañeros de trabajo o pareja.
- II. La preparación sobre la etapa quirúrgica: Contemplara la organización sobre el que hacer hasta el momento de la misma, para la entrada al quirófano y al despertar.
- III. La etapa posquirúrgica: Será el despertar total y el periodo recuperación, el reconocimiento de las limitaciones, la adaptación y ajuste hasta recuperar el equilibrio.

La conversación terapéutica tiene como objetivo el cambiar la forma de hablar del problema, por medio de identificación de las dificultades frente a las que se encuentra en ese momento.

Por tanto, será de gran importancia desarrollar la capacidad de evaluar las soluciones disponibles y el cómo generar soluciones alternativas, utilizando como herramientas las palabras, la respiración e imágenes.

Como segundo punto, será el poder facilitar el afrontamiento al miedo, las inseguridades, la angustia, y todo lo que conlleva la cirugía.

Debe de enfatizarse el deseo de recuperación y mejoría, que el paciente se beneficie de los efectos secundarios de los procedimientos.

En conclusión, Suchecki (2003) considera a las etapas pre- y pos-operatoria para trabajar la preparación de la cirugía, que implicara la modificación del esquema corporal y el cambio de interacciones familiares, sociales o laborales.

De la fuente, Duhelde, Gallardo, Ulloa, Venezuela (2012) realizaron una investigación donde se aplicó la psicoprofilaxis quirúrgica con el objetivo de promover en los pacientes y en los cuidadores recursos para afrontar la situación, reducir la ansiedad y facilitar la recuperación. Como objetivos más específicos, destacan el proveer la información sobre la hospitalización, para aclarar las fantasías que se puedan generar y aumentar la sensación de control. Se espera desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento en el niño como en los padres y/o cuidadores. La investigación considero los siguientes puntos:

Entrevista 1:

- Se evaluó, la adaptación (ansiedad en padres y niños) a la situación quirúrgica de forma cualitativa.
- Se pregunta sobre experiencias previas a la presente, tanto a los padres como a los niños.

- Preguntar por preocupaciones y fantasías.
- Aprender las diferencias y parentescos entre los miedos, las fantasías y demás preocupaciones que tienen tanto los padres como los cuidadores y niños.
- Desarrollar las formas de afrontamiento, tanto en el padre como en el niño.
- Suscitar un rol activo en el cual se pueda aumentar la sensación de control, esto beneficiaría a su auto eficiencia.

Intervención intrahospitalaria 2:

El objetivo principal será evaluar la influencia que tuvo la información que se les otorgó, sobre la disminución de la ansiedad tanto en los padres y niños, al mismo tiempo que se hace contención de la angustia y la ansiedad.

Promover estrategias de afrontamiento y autorregulación, que favorezcan la recuperación.

Enseñar técnicas de respiración e imaginación, mismas que ayuden a reducir la sensación de displacer por la situación.

Control pos quirúrgico:

El objetivo será evaluar el ajuste de la vida cotidiana de los padres y del niño, el seguimiento de las indicaciones médicas.

Evaluar el impacto de la cirugía en la identidad corporal y la autopercepción del niño.

Dar orientación psicológica de las consecuencias de la operación, con el fin de tranquilizar las preocupaciones de la cirugía.

Detectar a los pacientes que mantengan consecuencias psicológicas después de la cirugía, como miedos, regresiones, rasgos depresivos, negación a la adherencia al

tratamiento o que presente dificultades en la integración de la identidad. Por último, se realizó una entrevista tanto a los padres como a los niños.

La preparación de los programas para la preparación de la hospitalización deben tener como objetivo según Elkins, Roberts (citados en Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996) el *“proporcionar información al niño, alentar la expresión emocional, establecer una relación de confianza entre el niño y el personal sanitario, informar a los padres y señalar estrategias de afrontamiento al niño y a los padres.* (pp. 195).

Para dicho programa Poster (citado en Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996) describe las siguientes técnicas.

- Actividades preparatorias: Preparar el ambiente: un lugar que resulte agradable, libre de distractores, se puede emplear música relajante y contar de un intervalo de 10 a 20 minutos donde no haya interrupciones.
- Explicar tanto al niño como a los padres el propósito del internamiento y que este se puede detener cuando lo desee.
- Preparar al personal de salud, para que se maneje una voz calmada, un tono claro y relajado.
- Explicar al niño las posiciones de relajación, atención, discriminación de atención y la posibilidad de la interrupción si así lo desea.
- Instruir a tensar y relajar las partes del cuerpo que desee.
- Preparar al niño para relajarse en situaciones estresantes.
- Se debe emplear un lenguaje familiar al mismo tiempo, dar ánimos al niño, se debe incitar a que utilice las técnicas de relajación enseñadas durante los procedimientos que se considere estresantes.

- Los ejercicios de respiración profunda y pausada, se aran formado la síguete secuencia: “*inspiración/tensión, exhalación/relajación y <<Calma>> (relajación condicionada)*” (pp.197) Peterson y Shigetomi (citado en Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996) se introduce la palabra “calma” entre el ejercicio de relajación, después se sugiere al niño que tenga una imagen que sea de su agrado.

Con niños menores de seis a ocho años, se recomienda realizar juegos como un método de introducción a la relajación. El juego llamado “robot-muñeco de trapo” es propuesto por Kendall y Branswll (citado en Méndez, Ortigosa y Pedroche. 1996), comienza con una actuación rígida como un robot y después como un muñeco de trapo flexible y relajado.

Imaginación / distracción

Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) proponen que estas estrategias se utilizan a menudo en conjunto con la relajación y la respiración, se le pide al niño que imagine una escena tranquila y que lo haga sentir feliz, posteriormente se le pide que dibuje la escena que tenía en su mente con el objetivo de evaluar su capacidad de creación y el sostenimiento de las imágenes mentales así, se comprobara que el niño sea capaz de focalizar atención en imágenes sugerentes que sean relajantes y emotivas para él y que no se produzca ansiedad.

También se propone la aplicación de imágenes emotivas de Lazarus y Abram (citado en Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996) esta técnica consiste en identificar al héroe o imagen fantástica preferente del niño, deberá crear en el infante un sentimiento de seguridad que ayudara a superar la ansiedad que es provocada por la situación.

Autoverbalizaciones/ Autoinstrucciones

Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) describen el entrenamiento por medio de autoinstrucciones o autoverbalizaciones, tienen como objetivo lograr el cambio en el comportamiento motor por el lenguaje dirigido hacia las acciones.

Se entenderá entonces a las autoinstrucciones como “*mensajes mediadores de la conducta motora para alcanzar un objetivo o efectuar una tarea*” (pp.198) (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996) y las auto verbalizaciones de apoyo serán “*frases o mensajes que pretenden infundir valor al niño (...) o minimizar el carácter aversivo de la situación*” (pp.198) (Méndez, Ortigosa y Pedroche. 1996).

El procedimiento para aplicarlo consiste en efectuar nuevas autoverbalizaciones con reglas que sirvan al niño y funcionaran como guías durante el periodo de afrontamiento, también para adaptar la verbalización en pro de enfrentarse a estresor; para esto se requiere que primero se analice la situación, el lenguaje verbal propio del niño, enfatizando que sea flexible e individualizado, después se explica con un lenguaje que sea entendible para él, el terapeuta modelara verbalizaciones propias que se pueden denominar como autoverbalizaciones positivas, las cuales serán frases, como por ejemplo, “todo irá bien” “estaré mejor dentro de un momento” “este es un buen doctor” entre otras, debe permitirse al niño crear su propias instrucciones de lenguaje, debe pues pedirse que piense en voz alta, posteriormente se le enseñará a interiorizar esas frases, se recomienda que lo más pequeños aprendan esta técnica por medio del juego.

Pedreira (1988) hace una propuesta en psicoprofilaxis quirúrgica infantil donde considera que:

1. Hay que determinar los casos por grupos de intervenciones.
2. Comenzar por las intervenciones programadas.

3. Liberarse de las visitas de la familia.
4. Entrevistas previas con el niño no superior a cuatro.
5. Entrevistas a la familia.
6. La presencia del psicoterapeuta en pre y postoperatorio.
7. Entrevista devolución.

La metodología propuesta en la intervención de psicoprofilaxis es la siguiente:

1. *“entrevistas con el niño/a:*

- *Familiarizarse con el ámbito hospitalario y quirúrgico.*
- *Información de lo que va a pasar por parte de un técnico en cirugía.*
- *Información sobre la anestesia por el personal del servicio de anestesia.*
- *Conocimiento, por medio del juego, de sus fantasías y temores.*
- *Conocimientos de los lugares físicos: quirófanos, sala de reanimación y cuidados intensivos, etcétera.*
- *Conocimientos del conocimiento del aparataje y explicar su función.*
- *Conocimiento de compañeros de sala.*
- *Conocimiento del personal asistencial.*

2. *Entrevistas con los padre y familia:*

- *canalización de las fantasías*
- *contención de las agustinas y ansiedades*

3. *Intervenciones con el personal*

- *Posibilitar redefinir la unidad bio-psico-socio-afectiva*
- *Posibilitar un nivel de escucha” (pp. 592) (Pedreira.1988).*

Considera que los principales contenidos que deben abarcarse en la psicoprofilaxis infantil son los siguientes:

- *Desconocimiento de lo que va a pasar.*
- *Temores sobre su integridad corporal.*
- *Fantasías de muerte.*
- *Temor a la anestesia “dormir y no despertar, ¿cómo se respira?”*
- *Angustia de separación.*
- *Herida narcisista.*
- *Fantasías de castración.*
- *Castigo/ reparación.*
- *Ansiedades paranoides.” (pp. 592) (Pedreira.1988).*

Como conclusión final los diversos autores destacan el dar información clara y entendible tanto al niño como al padre, tanto de la cirugía como del internamiento, los efectos posoperatorios y conocer el sitio al que estará expuesto.

Delimitar cada etapa y ayudar al paciente durante el proceso de afrontamiento también es reiterativo por los autores así como invitar constantemente a la familia y al niño a expresar de forma abierta y libre sus miedos e inquietudes, en cualquier momento.

La intervención será de forma psicosocial y dirigida a la conducta, cada programa mencionado tiene como punto final la modificación de la conducta a partir de la preparación de los hechos y el recibimiento de información.

El psicólogo tendrá pues un papel fundamental en la intervención tanto del paciente como de la familia, con el fin de preparar a ambas partes a la intervención quirúrgica, las implicaciones que conlleva la presencia de una enfermedad crónica como una constante a lo largo de la vida y por supuesto al proceso de desgaste tanto físico como psicológico al que se someterán, con el fin de lograr disminuir el estrés y la ansiedad que tanto padres como hijos que afrontan cada quien de forma diferente.

La intervención del psicólogo podrá facilitar dicho proceso por medio de plan diseñado que abarque a ambas partes, considerando la edad del niño, la dinámica familiar y los roles de cada integrante y podría llevarse a cabo desde el momento en que el médico tratante informa de la necesidad de la cirugía o incluso cuando pueda darse el diagnóstico de la enfermedad crónica, con el fin de preparar a ambos a la nueva situación y al mismo tiempo poder lograr una mejor adherencia al tratamiento.

Conclusiones:

Una vez concluido el presente trabajo de investigación documental, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Para los aspectos de atención a los pacientes con tumores óseos benignos, en cuanto al ámbito de la salud mental, se recomienda la utilización de la psicoprofilaxis quirúrgica, pues se ha demostrado que genera una buena respuesta al lograr disminuir ansiedad, estrés y miedo por su función de preparación al niño y la familia por medio de explicaciones de lo que sucederá antes, durante y después de la cirugía, así mismo, porque se considera como núcleo central a la familia que forma parte esencial en el proceso de preparación debido a que será participe en la vivencia quirúrgica del niño y como responsables del mismo y al ser su fuente de apoyo proporcionado la red de apoyo que requiere. Además de que esta enfermedad demandará de más de una cirugía para tratarla, no solo en la infancia sino a lo largo de vida.
- Es recomendable trabajar el afrontamiento al mismo tiempo que el duelo de la enfermedad crónica.
- Es importante también el subrayar la necesidad de establecer y de llevar a cabo las acciones psicoprofilácticas necesarias para asegurar la máxima preparación del paciente, logrando en primera instancia, disminuir ansiedad, miedos y estrés, al mismo tiempo que se puede asegurar la adherencia al tratamiento y el seguimiento de la enfermedad, logrando con esto una mejor calidad de vida para todos los miembros de la familia.

REFERENCIAS

- Aguilera, P. Whetsell, M. (octubre, 2007) *La ansiedad en niños hospitalizados. Aquichan.* 7(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/741/74107211.pdf>
- Alonso, J. (2005) Programas de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista profesional española de terapia cognitivo- conductual.* (3) 65-70. Recuperado de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/08/programa-de-pre-preop-psicologica-ninos.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* 5a Ed. [Versión electrónica] Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. España.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico de DSM 5.* Arlington. VA, Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. España.
- Barberá, R. Arenas, M. (julio, 2007) Relación entre la ansiedad de los progenitores y la conducta del niño frente al acto quirúrgico. *Asociación Española De Enfermería En Urología.* Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2515101>
- Barredo, C, Camacho, V. (s, f) Ansiedad Prequirúrgica en Niños. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_supl2_04/revisiones/r10_v10_supl204.htm
- Brannon. L (2001) *Psicología de la salud.* International Thomson Editores Spain Paraninfo. Madrid.
- Carapia, A. Mejía, G. Nacif-Gobera, L. Hernández, N. (octubre, 2011) Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revisita Mexicana de Anestesiología.* 34 (4). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- Crespo, P, & Vásquez, S. (2009). Título de la tesis Psicoprofilaxis quirúrgica en niños (Trabajo de graduación previo a la obtención del título de licenciado en psicología clínica. Universidad del Azuay, Cuenca Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1204/1/07477.pdf>
- De la Fuente, I. Duhalde, M. Gallardo, A. Ulloa, C. Valenzuela, S. (2012) Experiencia de prevención en salud mental pediátrica: psicoprofilaxis quirúrgica en paciente sometidos a cirugía de escoliosis. *Artículos originales Salud Mental.* 52 (2). Recuperado de http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2012/52/2/52_2_7.pdf
- Del Barrio, C. (1900). *La comprensión infantil de la enfermedad.* Barcelona. Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández, A. López, I. (enero, 2006) Trasmisión de emociones miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 6 (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/337/33760308/>

Ferrández, L. Gómez, f. (2010) Lesiones óseas. Generalidades, del libro. *Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatología* (pp_ 403-408). Madrid España: Medica panamericana.

Fritzpatrick, R. Hinton, J. Newman, S. Scabler, G. Thompson, J. (1990). *La enfermedad como experiencia*. Consejo Nacional de ciencia y tecnología, Fondo de cultura económica México. México.

García, R. De la Barra, F. (2005) *Hospitalización de niños y adolescentes*. Revista *Médica. Clin. Condes*. 16 (4). Recuperado de http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf

Giacomantone, E. Mejia, A. (1997) *Estrés Preoperatorio y Riesgo Quirúrgico: el impacto emocional de la cirugía*. Paidós. Buenos aires- Barcelona- México.

Gonzales, M. Landero, R. (2011) *Síntomas psicossomáticos y teoría transaccional del estrés*. *Ansiedad y Estrés*. 12 (1). Recuperado de <http://www.monica-gonzalez.com/2006%20teoria%20transaccional%20sx.pdf>

Cuidados postoperatorios en la unidad de hospitalización. (diciembre, 2012) *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuidados+postoperatorios+en+la+unidad+de+hospitalizaci%C3%B3n.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352808676623&ssbinary=true>

J, Martínez. L, Torres (octubre, 2000) *Prevalencia del dolor postoperatorio*. *Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones*. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*. 7(7). Recuperado de http://revista.sedolor.es/pdf/2000_07_07.pdf

Lazarus, R. Lazarus, B. (2000) *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Paidós. Barcelona.

López, S. De los Ángeles, M. Rodríguez, J. (1993) *Preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas*. En Simón (Ed) *Psicología de la Salud Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. (pp-21-41). Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.

Lor, R. (2004) *Tumores en ortopedia*. En Skinner (Ed) del libro. *Diagnóstico y tratamiento en ortopedia* (pp_303-329). México: Manual Moderno

Martin, S. Boylan, B. (2003) *Normas de cuidados del paciente: guía de planificación de la práctica asistencial conjunta*. Océano. Barcelona.

Méndez, F. Ortigosa Pedroche, S. (1996) *Preparación a la Hospitalización Infantil (I): Afrontamiento de estrés*. *Psicología Conductual*. 4 (2). Recuperado de <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1996/art03.2.04.pdf>

Mora, F. Bustamante, B. Mejía, L. Díaz, F. López, A. Beltrán, C. Hernández, S. (julio, 2012). *Frecuencia de tumores óseos benignos en niños*. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 17 (13). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47324564007> ISSN 1665-733

- Morales, F. Trianes, M (2010) Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*. 3(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1293/129315468010/>
- Morales, F. Trianes, M. (2012). Afrontamiento en la infancia evaluaciones y relaciones con ajuste psicológico. Malanga. Ediciones Aljibe.
- Morrison, J. (2015) DSM-5: guía para el diagnóstico clínico. Manual moderno. México, D.F.
- Morrison, V. Bennet, P (2006) Psicología de la salud. Madrid. Pearson Educación.
- Muños, L. (2016) E F E: SALUD. Madrid. España: Agencia EFE, S.A. Avd. de Burgos. <http://www.efesalud.com/blog-salud-prevencion/como--el-miedo-de-losninos-a-entrar-en-quiroyfano/>
- Navarro, J. (2004) Enfermedad y Familia manual de intervención psicosocial. Paidós Ibérica. España.
- Nieto, J. Abad, M. Esteban, M. Tejerina, M. (2004) Psicología para ciencias de la salud estudio del comportamiento humanos ante la enfermedad.
- Olalde, M. Viveros, A. Milán, J. (abril, 2008) Tumores óseos benignos en pediatría. *Medigraphic Artemeni Isinaea*. 4. (2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2008/ot082f.pdf>
- Ortiz, E. Fernández. L. (2001) Tumores óseos de la rodilla. En Rodríguez (Ed) del libro. Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Rodilla (pp_43-57). Madrid España: Medica panamericana.
- Pedreira, J. (1988) Psicoprofilaxis quirúrgica en la infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* VIII (27). Recuperado de <http://www.ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15047/14915>
- Piaget, J. Inherlder, B. (1969) Psicología de niño. Ediciones Morata.
- Richaud, M. (2005) Estrategias paternas y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista latinoamericana de psicología*. 37 (11). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/805/80537102/>
- Rodríguez, J. (2001) Psicología social de la salud. España. Editorial Síntesis S.A.
- Rodríguez, J. Pastor, A. López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72709924.pdf>
- Rodríguez, M. Dearmas, A. Sauto, S. Techera, S. Perillo, P. Suarez, A. Berazategil, R. (2005) Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional. *Arch. Pediatr. Urug*. (1). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492005000100006&script=sci_arttext&tlng=es
- Rolland, J. (2000) Familias, enfermedad y discapacidad una propuesta desde la terapia sistémica. Gedisa editorial. España.

Suchecki, D. (enero, 2003) Psicoprofilaxis quirúrgica: respuesta al estrés preoperatorio. *Itepsiquis*. Recuperado de http://bscw.rediris.es/pub/nj_bscw.cgi/d4417697/Suchecki-Psicoprofilaxis_quirurgica_respuesta_estres_preoperatorio.pdf

Taylor. S (2007) Psicología de la salud. México. Mcgraw-Hill interamericana.

Tercero, G. Hernández, A. Luque, M. Chartt, R. De la Torre, C. Verduzco, A. Mendoza, B. Contreras, M. Moyao, D. Fuentes, V. (2011) Efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátricos sometidos a adeno y/o amigdalotomía. *Medigraphic Literatura biomédica*. III (1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29745>

Tomás, J. Almanera, J (2008) Master en Paidopsiquiatría Modulo. Universidad Autónoma de Barcelona. BIENI 07-08.

Torres, A. (2004) Ansiedad Peroperatoria en niños. Recuperado el 03 de septiembre de 2016 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=435764&indexSearch=ID>

Trianes, M. (2002) Niños con estrés como evitarlo, como tratarlo. Alfaomega grupo editorial S.A de C.V. México.

Valdespino, V. Cintra, E. Figueroa, M. (1990) Tumores óseos. Prevalencia. *Gaceta Medica de México*. 126 (4)

Vales, L. (2011) Psicobiología del estrés. En Leia (cord) del libro Manual de bases biológicas del comportamiento humano (pp_179-189) Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR).