



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE GRADO**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

*TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA.*

TEMA:

**“EL PROCESO ADAPTATIVO Y SÍNTOMAS ANSIOSOS -
DEPRESIVOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN EN
NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA” PERIODO ENERO -
AGOSTO 2012”**

AUTORA:

Gabriela Fernanda Rojas Muñoz

DIRECTOR:

Dr. Fernando Sarmiento

**LOJA- ECUADOR
2012**

CERTIFICACIÓN

Dr. Psc. Clín. Luis Fernando Sarmiento Lemus,

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLÓGIA CLÍNICA DEL ÁREA DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado “EL PROCESO ADAPTATIVO Y SÍNTOMAS ANSIOSOS - DEPRESIVOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA” PERIODO ENERO – AGOSTO 2012”, de autoría de la estudiante egresada Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, ha sido dirigido y revisado prolijamente por lo que autorizo su presentación y sustentación ante las autoridades respectivas.

Loja, Septiembre 2012

.....

Dr. Psc. Clín. Luis Fernando Sarmiento Lemus

c.i: 0101752152

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Las ideas, criterios, análisis, resultados y conclusiones vertidas en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora

Gabriela Fernanda Rojas Muñoz

C.I. 110489202 - 9

AGRADECIMIENTO

Primero a Dios, por su bendición, por haberme dado la sabiduría, fortaleza y emprendimiento para poder llegar a cabo hasta el final el presente trabajo investigativo.

A la Universidad Nacional de Loja por permitir realizar mis estudios pre profesionales, a través del Área de Salud Humana, Carrera de Psicología Clínica.

Al Hospital Provincial General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, sus directivos, Área de pediatría, personal médico y pacientes, quienes me dieron la apertura pertinente, la facilidad y colaboración necesaria para desarrollar el presente trabajo.

Mi sincero agradecimiento al Doctor Psicólogo Clínico Fernando Sarmiento por haber guiado y orientado mi trabajo de Tesis.

Finalmente agradecer a todas las personas que de una u otra manera colaboraron hasta la culminación de mi trabajo.

Gabriela Fernanda Rojas Muñoz

C.I. 110489202 - 9

DEDICATORIA

A mi hijo querido Pedro Matteo que ha sido mi inspiración y motivación primordial durante todo este periodo, lo cual me permitió llevar a cabo y culminar esta etapa de superación.

A mi esposo Pablo Marcelo, por ser un amigo y compañero inseparable, quien con su cariño, amor y comprensión me brindó su apoyo incondicional en cada momento.

A mis padres: Pedro Javier y María Lorena que han sido para mí ejemplos de trabajo, responsabilidad, honestidad, sacrificio, inculcándome valores y emprendimiento, y por su apoyo absoluto en cada etapa de mi vida.

A mis hermanas Michelle Guillermina y Jocelyne Nicole por su tierna compañía y alegría, por ser parte importante en mi vida me dieron certeza para seguir adelante.

Gabriela F. Rojas Muñoz.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	Pág.
PORTADA	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
I. TEMA.....	8
II. RESUMEN	9
III. INTRODUCCIÓN.....	11
IV. REVISIÓN DE LITERATURA.....	14
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	46
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	53
VII. DISCUSIÓN.....	74
VIII. CONCLUSIONES.....	77
IX. RECOMENDACIONES.....	79
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	80
X. BIBLIOGRAFIA.....	122
XI. ANEXOS.....	124

ANEXO 1: Proyecto de Tesis.....	125
ANEXO 2: Consentimiento Informado.....	147
ANEXO 3: Historia Clínica.....	148
ANEXO 4: Inventario de Ansiedad	
Rasgo- Estado para niños.....	150
ANEXO 5: Inventario de Autoevaluación	
Depresión Rasgo / Estado Infantil.....	153
ANEXO 6: Encuesta de Evaluación de Conductas Hospitalarias y Desadaptativas de Niños Internados En El Área De Pediatría del Hospital Provincial “Isidro Ayora”, Directa A Niños.....	156
ANEXO 7: Encuesta de Evaluación de Conductas Hospitalarias y Desadaptativas en Niños Internados en el Área de Pediatría del Hospital Provincial “Isidro Ayora”, indirecta para padres.....	157
ANEXO 8: Fotografías.....	158

I. TEMA:

**“EL PROCESO ADAPTATIVO Y SÍNTOMAS ANSIOSOS -
DEPRESIVOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN EN
NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA” PERIODO
ENERO - AGOSTO 2012”**

II. RESUMEN

El presente estudio investigativo se realizó en el Área de Pediatría del Hospital Provincial General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, con población infantil de 7 a 12 años y evaluó el Proceso Adaptativo y los Síntomas Ansiosos - Depresivos y su relación con los procesos de hospitalización.

Para su desarrollo se utilizó instrumentos psicológicos como la Historia Clínica Psicológica, dos encuestas que sirvieron para la evaluación del proceso adaptativo, las mismas que recopilaban información de forma directa e indirecta. Para identificar síntomas Ansiosos – Depresivos se aplicaron 2 escalas psicológicas las mismas que por su estructura constan de dos apartados, el primer apartado evalúa la Ansiedad y Depresión como “Rasgo” de personalidad y si existe influencia de agentes externos a una hospitalización y el segundo apartado que evalúa estos síntomas como secundarios a una hospitalización.

Una vez concluido el presente trabajo investigativo se determinó que las manifestaciones de conducta desadaptativa mas frecuente en la población fueron el *temor a procedimientos quirúrgicos, a quedarse solo o a la separación de sus padres, llanto fácil, tristeza, dificultades para conciliar el sueño, y sensación de abandono*, de igual manera se encontró síntomas Ansiosos – Depresivos prevaleciendo aquellos de categoría alta.

En base a los resultados encontrados se desarrolló un Plan Psicoterapéutico, con las respectivas técnicas psicológicas para trabajarlas a nivel individual, grupal y familiar; al mismo que se lo ejecutó y dio seguimiento encontrando eficacia en el mismo puesto que en una revaloración de estados de ansiedad- depresión y conductas desadaptativas se encontró disminución de sintomatología en los evaluados.

PALBRAS CLAVE: PROCESO ADAPTATIVO- ANSIEDAD-DEPRESION- NIÑOS HOSPITALIZADOS

II. ABSTRAT

This investigation was realized in the Area of Pediatrics of the General Provincial Hospital "Isidro Ayora" of Loja city with infantile population of 7 to 12 years and it evaluated "The adaptive Process" and the Anxious Symptoms - Depressive and their relationship with the processes of hospitalization.

During its development was used psychological instruments as the Psychological Clinical History, two surveys which were used for the evaluation of the Adaptation Process, the same ones that gathered information in a direct and indirect way. To identify anxious - depressive symptoms were applied 2 psychological scales the same ones that consist of two sections for their structure, the first section evaluates the Anxiety and Depression like a characteristic of personality and if there is external agents' influence exists to a hospitalization; and the second section that it evaluates these symptoms like secondary to a hospitalization.

Once the present investigation was concluded it is determined that the manifestations of desadaptatives behavior in the population were the fear to surgical procedures, to be alone for their parents separation, easy weeping, sadness, difficulties to reconcile the dream, and sensation of abandonment, in a same way were Anxious symptoms - Depressive prevailing those of high category.

It was developed a Therapeutic Plan based on the results with the respective psychological technics to work them to individual, group and relative level; Which was one was executed and gave pursuit to find effectiveness since in a revaluation of states of anxiety - depression and desadaptatives behaviors were found sintomatología decrease who were evaluated.

KEY WORDS: ADAPTATIVE PROCESS - ANXIETY-DEPRESSION - HOSPITALIZED CHILDREN

III. INTRODUCCIÓN

La pediatría es una de las áreas de atención sanitaria que requiere además de conocimientos específicos sobre el proceso de enfermedad y recuperación, la evaluación de todos los aspectos que influyen en el desarrollo normal del niño, abarcando los aspectos psico-socioculturales del enfermo y de su entorno.

Desde el punto de vista de Salud Mental, la hospitalización puede afectar al bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales y el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle su resiliencia.

El proceso de hospitalización en los niños se puede considerar como poco frecuente pero de poderoso impacto, pudiéndose vivenciar como experiencias atemorizante, amenazante o como una situación de adaptación por los cambios de hábitos a los que será sometido. Frecuentemente es difícil separar la influencia emocional proveniente de la propia enfermedad del malestar causado por la hospitalización (González-Carrión, 2005). Generalmente las habituales experiencias de dolor, daño orgánico y tratamientos invasivos provocan cambios y alteraciones en la representación de niños enfermos. El impacto emocional del paciente dependerá de la intensidad y frecuencia de los síntomas, del soporte social, y las capacidades afrontativas y vulnerabilidades psicológicas del niño.

En consecuencia, el niño debe de adaptarse a cambios físicos suscitados por una intervención quirúrgica, inmovilización, administración de tratamientos, toma de muestras y a nuevas costumbres que dirigen a un diferente estilo de vida como el tipo de alimentación, horario, sueño, aplicación de medicamentos que frecuentemente son contrarias a su forma de vida. De otra parte vive una restricción en sus relaciones con familiares y amigos, puede que pierda el habitual ritmo escolar, al tiempo que de alguna forma se le impone la necesidad de interactuar con el personal de centro

hospitalario (enfermeras, pediatras, otros pacientes), con el cual no está familiarizado (Grau y Hernandez, 2002).

En un estudio realizado en 1997 en el Hospital Universitario de Cartagena se observó que el 25% de los niños 6 y 11 años presentaron manifestaciones de ansiedad y depresión durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una segunda evaluación realizada 7 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%.

En un estudio reciente, Aguilera y Whetsell (2007) trabajaron con 155 niños mexicanos entre los 7 y 11 años de edad en un hospital público a fin de investigar la relación entre la hospitalización y el nivel de ansiedad de los niños. “Los resultados demostraron diferencias en la ansiedad a través del tiempo, siendo más alto al ingreso y durante la hospitalización y disminuyendo tras el alta del hospital.”¹

Por ello la importancia de haber realizado el presente trabajo investigativo puesto que la población infantil, debido a su corta experiencia y alto nivel de vulnerabilidad están propensos a presentar psicopatologías siendo común y poco estudiada la Depresión y Ansiedad infantil a causa de varios factores uno de ellos la Hospitalización pues cada persona y con mayor dificultad en el niño pasa por un proceso de adaptación al encontrarse frente a cambios o nuevos ambientes en el que antes no estaba acostumbrado a vivir.

El presente estudio investigado se realizó en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, para ello se trabajó con 40 niños de edades comprendidas de entre 7 a 12 años que permanecen en hospitalización en el área de pediatría. El objetivo de la presente investigación fue identificar los niveles de adaptación y los síntomas ansiosos – depresivos que se relacionan con la hospitalización, así como

¹ Aguilera, P.; Whetsell, M. (2007). La Ansiedad en Niños Hospitalizados. Revista Aquichan, Universidad de La Sabana. Vol. 7 / Octubre

también intervenir mediante técnicas psicológicas y evaluar cómo estas influyen el proceso hospitalario y la recuperación del niño.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos en esta investigación se utilizaron instrumentos psicológicos como la Historia Clínica Psicológica, dos encuestas que sirvieron para la evaluación del proceso adaptativo, las mismas que recopilaron información de forma directa e indirecta. Para identificar síntomas Ansiosos – Depresivos se aplicaron 2 escalas psicológicas las mismas que por su estructura constan de dos apartados, el primer apartado evalúa la Ansiedad y Depresión como “Rasgo” de personalidad y si existe influencia de agentes externos a una hospitalización y el segundo apartado que evalúa estos síntomas como secundarias a una hospitalización.

Una vez aplicadas las encuestas se determinó que las manifestaciones de conducta desadaptativa más frecuente en la población fueron el *temor a procedimientos quirúrgicos, a quedarse solo o a la separación de sus padres, llanto fácil, tristeza, dificultades para conciliar el sueño, y sensación de abandono*, de igual manera a través de las escalas psicológicas aplicadas se encontraron síntomas Ansiosos – Depresivos prevaleciendo aquellos de categoría alta.

En base a los resultados obtenidos se desarrolló un Plan Psicoterapéutico, con las respectivas técnicas psicológicas para trabajarlas a nivel individual, grupal y familiar; al mismo que se lo Ejecutó y dio seguimiento encontrando eficacia en el mismo puesto que en una revaloración de estados de ansiedad- depresión y conductas desadaptativas se encontró disminución de sintomatología en los evaluados.

En cuanto a la revisión de literatura, el presente trabajo consta de 2 capítulos; el primero cuyo contenido es Salud Mental y Psicopatología Infantil y capítulo II Hospitalización Infantil.

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

1.1. Introducción

Las definiciones de Niño y Adolescente varían y difieren de un país a otro, así como entre Instituciones Nacionales e Internacionales.

“Los 12 años, es la edad mínima aceptable para que los niños culminen, por lo menos, su educación primaria. Además, es la única oportunidad que tienen para vivir su niñez, desarrollar su capacidad creativa, moldear y fortalecer su perfil psicológico”.²

Según el Artículo 4, del Libro Primero del Código de la niñez y adolescencia, en Ecuador: definición de niño, niña y adolescente.- Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

1.2. Definición de niño/a.

“El desarrollo del niño constituye un proceso global; el niño crece físicamente y, al mismo tiempo, se desarrolla intelectual, social y afectivamente. Todos los cambios que se producen interactúan. Es muy importante conseguir armonía entre ellos.”³

Un niño es el individuo cuya edad cronológica abarca las siguientes etapas:

- “Lactante (bebé), es el primer mes fuera del útero hasta completar el año.
- Infancia (infante), edades 1 - 5 años.
- Niñez (niño), edad de la escuela primaria (edades 6 - 11 años).”⁴

² (UNICEF, Boletín de Prensa de la Conferencia Sobre Trabajo Infantil, Oslo 1997).

³ CANDELARIO MEJÍA R., (2008). El niño. Pág.: 13

⁴DESARROLLO HUMANO (2011): <http://psicologia3ii.blogspot.com/2011/02/infancia.html>

1.2.1. Cambios durante la niñez.

1.2.1.1 Cambios Biológicos o físicos durante la niñez

- **1.2.1.1.1 “Características biofisiológicas del recién nacido (0 a 18 meses):** Al nacer un niño mide 50 cm. y pesa 3,5 Kg. y ahí comienza un desarrollo regular y continuo. Las cuatro primeras semanas son el periodo neonatal, transición de la vida intrauterina a una existencia independiente. El bebé al nacer tiene características distintivas: cabeza grande, ojos grandes adormilados, nariz pequeña, mentón hendido (mamar) y mejillas gordas La cabeza del neonato es $\frac{1}{4}$ de la longitud del cuerpo, los huesos del cráneo no estarán completamente unidos hasta los 18 meses, el crecimiento físico es más rápido durante los 3 primeros años que durante el resto de la vida. El primer diente aparece entre los 5 y los 9 meses, al año tienen entre 6 y 8 y a los 2 años $\frac{1}{2}$ tienen 20. La habilidad de moverse deliberada y acertadamente es progresiva, hay un orden definido para la adquisición de destrezas motrices.

- **1.2.1.1.2 Características biofisiológicas del niño pre-escolar (19 meses a 5 años):** A partir del primer año el ritmo de crecimiento del niño se ralentiza: crece aproximadamente 12 cm a los 2 años, 9 cm el tercer año y 7 cm por año a partir de entonces. La ganancia de peso es irregular, oscila entre los 2 y 2,5 kg por año. Aumenta la longitud de las piernas, el niño pierde agua y grasa, aumenta su masa corporal y su depósito mineral óseo. A los tres años ya tiene completada la dentición temporal, y el desarrollo de sus órganos y sistemas es equivalente al del adulto. A esta edad aumenta su movilidad, su autonomía y su curiosidad, por lo que también se incrementa el riesgo de accidentes.

- **1.2.1.1.3 Características biofisiológicas del niño escolar (6 a 12 años):** Durante este período el crecimiento es lento y estable: crece 5-6 cm y gana 2 kg por año, que se incrementan a 4-4,5 kg al acercarse a la pubertad. Se pueden alternar picos de crecimiento que se acompañan de un

aumento del apetito y fases de estancamiento con disminución del mismo. La fuerza, la coordinación y la resistencia muscular aumentan, igual que la capacidad para efectuar movimientos complejos como bailar, jugar a un deporte o tocar un instrumento musical. Estas habilidades son consecuencia tanto de la maduración del niño como del entrenamiento; la magnitud de los logros refleja la amplia variabilidad de las habilidades innatas, los intereses y las oportunidades.”⁵

1.2.1.2 Cambios Cognoscitivos

1.2.1.2.1 Etapas evolutivas del niño según Piaget.

Piaget divide el desarrollo psíquico de las personas desde su nacimiento hasta la vida adulta. Postula que el niño nace con la necesidad y con la capacidad de adaptarse al medio. El niño tiene conocimientos previos y al recibir la nueva información modifica sus esquemas de conocimiento.

Este autor menciona tres períodos, descritos a continuación dos de ellos:

- ✓ Período sensorio-motor
- ✓ Período de preparación y organización de las operaciones concretas
- ✓ Período de las operaciones formales o proposicionales

Período Sensorio-Motor: De 0 a 18/24 meses aprox. El niño se relaciona con el mundo a través de los sentidos y actuando de forma motora. El progreso psicológico se produce por la repetición de acciones. Nivel de acción directa sobre lo real. Al nacer, el mundo del niño se enfoca a sus acciones motrices y a su percepción sensorial. Cuando termina el primer año ha cambiado su concepción del mundo, reconoce la permanencia de los objetos cuando se encuentran fuera de su propia percepción. Otros signos de inteligencia incluyen la iniciación de la conducta dirigida a un objetivo y la invención de nuevas soluciones. El niño no es capaz de elaborar representaciones internas, lo que se supone como pensamiento; no ha

⁵ COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS EN BARCELONA. (2012) Infancia. Disponible en: <http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-de-vida/infancia/informacion-relacionada.html#reciennacido>

desarrollado el lenguaje, su inteligencia se considera como preverbal. En la última etapa de este periodo se refleja una especie de "lógica de las acciones", es decir, que la actividad está motivada por la experimentación.

Período de Preparación y Organización de las Operaciones Concretas:
De 18 meses a 11/12 años aprox. También llamado PERÍODO DE LA INTELIGENCIA REPRESENTATIVA.

Se divide en:

- PRIMER SUBPERÍODO: PRE-OPERATORIO
- SEGUNDO SUB-PERÍODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS

PRIMER SUB-PERÍODO: PREOPERATORIO O DE LA INTELIGENCIA INTUITIVA: Desde los 18 meses/2 años hasta los 11/12 años aprox. Aparición de la función SEMIÓTICA o SIMBÓLICA: implica la evocación de un objeto ausente y supone la construcción o el empleo de significantes diferenciados. a) Imitación diferida (se inicia en ausencia del modelo). b) Juego simbólico o de ficción. c) Dibujo (no aparece hasta antes de los 2 o 2 ½ años). d) Imagen mental, gráfica y recuerdos. e) Lenguaje. No diferencia lo objetivo de lo subjetivo, lo psicológico de lo físico. ANIMISMO: Consigue una gran habilidad en el manejo de los objetos, pero no es capaz de representarse esas habilidades y de explicar lo que hace. Es capaz de realizar operaciones aritméticas, pero explica mal como lo hace. La acción va delante de la explicación y de la toma de conciencia. Al finalizar este sub-período va estableciendo invariantes; como por ejemplo que la sustancia se conserva independientemente de la modificación.

3 AÑOS: El niño plantea los "por qué", lo cual atestigua una pre-causalidad, esto pone de manifiesto un realismo debido a la indiferenciación entre lo físico y lo psíquico.

4 AÑOS: Hablan de personajes imaginarios; lo que existe y lo que no existe no aparece nítidamente. Realidad y fantasía se confunden.

5 AÑOS: Rasgos de personalidad, conceptos sociales: responsabilidad, compromiso, confianza. Maneja las promesas, las mentiras y la ironía.

SEGUNDO SUB-PERÍODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS. Desde los 7/8 años hasta los 11/12 años aprox. Los niños de 7 a 8 años muestran una marcada disminución de su egocentrismo, se vuelven más socio-céntricos. A medida que muestran una mayor habilidad para aceptar opiniones ajenas, también se hacen más conscientes de las necesidades del que escucha, la información que tiene y de sus intereses. Cualquier discusión implica ahora un intercambio de ideas. Sus explicaciones son cada vez más lógicas.

Una facultad recién adquirida, la reversibilidad, le permite invertir o regresar mentalmente sobre el proceso que acaba de realizar, una acción que antes sólo había llevado a cabo físicamente.

El niño también es capaz de retener mentalmente dos o más variables, cuando estudia los objetos y reconcilia datos aparentemente contradictorios.

Estas nuevas capacidades mentales se muestran mediante un rápido incremento en sus habilidades para conservar ciertas propiedades de los objetos, número y cantidad, a través de los cambios de otras propiedades, para realizar una clasificación y ordenamiento de los objetos.

Las operaciones matemáticas surgen en este periodo. El niño se convierte en un ser cada vez más capaz de pensar en objetos físicamente ausentes, apoyado en imágenes vivas de experiencias pasadas.

Frente a los objetos, los niños pueden formar jerarquías y entender la inclusión de clase en los diferentes niveles de una estructura.

1.2.1.3 Cambios Emocionales

1.2.1.3.1 “De 0-1 años: La sexualidad en los primeros meses de vida está ligada a la relación con sus padres y a la actitud que ellos tengan frente a la satisfacción de sus necesidades biológicas y de cuidado. Cuando el bebé vive a través de los cuidados de los padres, el amor y el contacto afectivo, necesario para su estimulación, el niño desarrollará una sensación de confianza básica que fomentará un buen desarrollo de su vida social y sexual. La actitud de los padres es fundamental en esta primera etapa, ya que determinará la seguridad de los niños, elemento básico para el desarrollo de su identidad.

1.2.1.3.2 De 1 - 3 años 6 meses: La segunda etapa está caracterizada por aprender a caminar, hablar y avisar sus necesidades. En este periodo el pensamiento se enriquece enormemente y va construyendo su visión del mundo en relación a su vínculo con su familia. Estas nuevas capacidades los hacen sentirse más capaces de desenvolverse en el mundo para explorar nuevas experiencias. En esta etapa se oponen a las normas y restricciones que los padres les fijan, como una manera de afianzar su independencia e identidad como una persona distinta de los demás. Es un período de necesidades contradictorias: por una parte el niño requiere de independencia para conocer el mundo y por otra tiene una enorme necesidad de protección y afecto por parte de la familia. Los padres deben procurar aceptar y equilibrar estas dos tendencias en su relación con el niño. En esta etapa los niños experimentan sensaciones placenteras al retener y evacuar la orina y los excrementos, así como en observar y tocar sus genitales y deposiciones. Todo esto constituye la forma en que los niños van aprendiendo a reconocer su cuerpo, sus necesidades y sensaciones de placer.

1.2.1.3.3 De 3 años y 6 meses - 6 años: La tercera etapa se caracteriza por la capacidad de explorar el mundo a nivel físico, de las percepciones, imaginación y el lenguaje. Es un período lleno de emociones positivas y vitalidad lo que les permite vincularse muy bien con su familia y

amigos. Descubren en este proceso su sexualidad de manera más activa y consciente. Es el período de los enamoramientos del padre del sexo opuesto ("complejo de Edipo" y "complejo de Electra") que permiten la identificación de la imagen sexual de sí mismos. Están constantes juegos y es a través de estos que aprenden a relacionarse con otros y a ensayar sus roles sociales. Los juegos sexuales y de roles son claves para que los niños se identifiquen con su sexo (ya se sienten como hombres o mujeres). Los padres pueden ser de gran ayuda en la medida que permiten que estos juegos se den y no descalifiquen a los niños por presentar algunas conductas, que para ellos, corresponden al sexo opuesto. Los niños van regulando de manera natural estas conductas imitando a los padres del mismo sexo y en la siguiente etapa se produce una diferenciación muy marcada entre hombres y mujeres, que permitirá afianzar la identidad sexual de los niños.

1.2.1.3.4 De 6 - 9 años: Empieza la caída de los dientes y la salida de los dientes definitivos. El crecimiento físico va equilibrándose con el desarrollo afectivo, permitiendo en los niños que surja el interés por conocer y saber sobre el mundo y sus fenómenos. Esto favorece el aprendizaje escolar y el desarrollo de habilidades culturales. Son capaces de motivarse y concentrarse en el logro de tareas. Están constantemente modificando la imagen de si mismo de acuerdo al reconocimiento o la descalificación que reciben de los adultos. En este momento es fundamental la actitud de aceptación y apoyo de los adultos hacia ellos. El interés sexual se centra en el conocimiento del cuerpo, de los órganos y la procreación. Se dan los juegos sexuales mixtos o con niños del mismo sexo, predominando aquellos que tienen que ver con sentirse poseedores de una imagen de niño o niña. Es una etapa clave en la formación de la identidad sexual, ya que en la escuela y el barrio se van dando las diferenciaciones y separaciones por sexo. En esta etapa además influyen enormemente los valores e imágenes que la familia y la sociedad le presentan sobre cada sexo.”⁶

⁶ CRUZ, X. *El Desarrollo de la Sexualidad y la Familia*. Santiago de Chile. 2012.
<http://www.ecovisiones.cl/informacion/etdessexualninos.htm>

1.2.1.4 Cambios Sociales

1.2.1.4.1 TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERICK ERIKSON

Elaboró una Teoría del desarrollo de la personalidad a la que denominó "Teoría psicosocial". En ella describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales, (crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las cuales han de enfrentarse las personas); con referencia de este autor, a continuación se nombran las etapas que corresponden al periodo de la niñez:

1) Confianza Básica vs. Desconfianza. (Esperanza) (desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses, "infante"). Es la sensación física de confianza. El bebé recibe el calor del cuerpo de la madre y sus cuidados amorosos. Se desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones con otras personas importantes; es receptivo a los estímulos ambientales es por ello sensible y vulnerable, a las experiencias de frustración son las experiencias más tempranas que proveen aceptación, seguridad, y satisfacción emocional y están en la base de nuestro desarrollo de individualidad. Depende entonces del sentimiento de confianza que tengan los padres en sí mismos y en los demás, el que lo puedan reflejar en sus hijos.

2) Autonomía vs. Vergüenza y Duda (Voluntad) (desde los 18 meses hasta los 3 años aproximadamente, "bebé"). Esta etapa está ligada al desarrollo muscular y de control de las eliminaciones del cuerpo. Este desarrollo es lento y progresivo y no siempre es consistente y estable por ello el bebé pasa por momentos de vergüenza y duda. El bebé inicia a controlar una creciente sensación de afirmación de la propia voluntad de un yo naciente, se afirma muchas veces oponiéndose a los demás. El niño empieza a experimentar su propia voluntad autónoma experimentando fuerzas impulsivas que se establecen en diversas formas en la conducta del niño, y se dan oscilando entre la cooperación y la terquedad, las actitudes de los padres y su propio sentimiento de autonomía son fundamentales en el desarrollo de la autonomía del niño. Este establece su primera emancipación

de forma tal que en posteriores etapas repetirá esta emancipación de muchas maneras.

3) Iniciativa vs. Culpa (Propósito) (desde los 3 hasta los 5 años aproximadamente, “preescolar”). La tercera etapa de la Iniciativa se da en la edad del juego, el niño desarrolla actividad, imaginación y es más enérgico y locuaz, aprende a moverse más libre y violentamente, su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor y hace preguntas constantemente; lo que le permite expandir su imaginación. Todo esto le permite adquirir un sentimiento de iniciativa que constituye la base realista de un sentido de ambición y de propósito.

Se da una crisis que se resuelve con un incremento de su sensación de ser él mismo. Es más activo y está provisto de un cierto excedente de energía, es posible ocuparse de qué es lo que se puede hacer con la acción; descubre lo que puede hacer junto con lo que es capaz de hacer.

4) Laboriosidad vs. Inferioridad (Competencia) (desde los 5 hasta los 12 años aproximadamente, “niño”). Es la etapa en la que el niño comienza su instrucción preescolar y escolar, el niño está ansioso por hacer cosas junto con otros, de compartir tareas, de hacer cosas o de planearlas, y ya no obliga a los demás niños ni provoca su restricción. Posee una manera infantil de dominar la experiencia social experimentando, planificando, compartiendo.

Llega a sentirse insatisfecho y descontento con la sensación de no ser capaz de hacer cosas y de hacerlas bien y aún perfectas; el sentimiento de inferioridad, le hacen sentirse inferior psicológicamente, ya sea por su situación económica- social, por su condición "racial" o debido a una deficiente estimulación escolar.

1.2.1.5 Problemas de salud física y psicológica más frecuentes en esta etapa.

1.2.1.5.1 Problemas físicos

Durante esta etapa los niños están más predispuestos a adquirir enfermedades virales, por Virus, los mismos que son una entidad biológica, y muchos de ellos son los responsables de enfermedades que se transmiten por vía respiratoria, oral, fecal, o por picadura de insecto. Tales enfermedades son: Varicela, Hepatitis, Sarampión, Paperas, Rubeola, Fiebre tifoidea, Gripe o Influenza, Escarlatina, Meningitis, Tuberculosis primaria

“Los accidentes domésticos más comunes a los que están expuestos los niños pueden clasificarse según una tipología basada en los fenómenos que implican.

Estos son algunos de los accidentes domésticos más habituales en los que suelen estar relacionados los menores:

1-Quemaduras: las cuales pueden ser: eléctricas, químicas, térmicas; produce quemaduras, fenómenos térmicos locales que pueden pertenecer a cualquiera de los tres grados clásicos.

2-Cortes. Como es lógico se debe mantener a los niños apartados de los objetos cortantes, pueden ser superficiales o requerir puntos de sutura.

3-Intoxicaciones. Los niños tienen tendencia a meterse en la boca los objetos nuevos que descubren.

4-Caídas y golpes. Son unas de las causas más frecuentes de accidentes infantiles, los mismos que pueden causar: Traumatismos cráneo-encefálicos, fracturas de extremidades, hematomas, infecciones de herida por Tétanos.”⁷

⁷ Federación Panamericana de Asociaciones de facultades de Medicina. 2009. *Guías para manejo de Urgencias*. 3ra edición. Tomo 1.

1.2.1.5.2 Problemas psicológicos.

Incluidas las enfermedades mencionadas, y adicionando otras como el cáncer, leucemia, diabetes mellitus, entre otras, requieren hospitalización de los niños y esto implica un proceso nuevo y desconocido que interfiere en su desarrollo físico y psicológico llegando en algunos casos a crear experiencias negativas, atemorizantes y episodios ansiosos-depresivos.

La Ansiedad y Depresión Infantil pueden presentarse independientemente, o presentarse secundarias a una hospitalización.

1.2.1.5.2.1 DEPRESIÓN INFANTIL SECUNDARIA A UNA HOSPITALIZACIÓN.

Los síntomas van variando dependiendo de la etapa de desarrollo. En niños pequeños, hasta que entran en la edad escolar, la depresión toma una base psicósomática (Trastornos en la alimentación y en el sueño, onicofagia, crisis de llanto, enuresis).

“Puede desarrollarse en 3 fases de conducta.

1. Fase de protesta: corresponde a una ansiedad de separación (de la madre).
2. Fase de desespero: el niño rehúsa comer, no se deja vestir, se queda callado, inactivo, sin solicitar nada de su entorno, con expresiones de pena y duelo.
3. Fase de desvinculación: se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma, las conductas más comunes son el llanto y gritos.⁸

Indica esta autora que en niños mayores, se presenta una alta sensibilidad, dificultades de conducta, irritabilidad y sentimientos de inferioridad, a veces ideas suicidas, tiene un semblante triste y muestra escaso interés hacia el

⁸ VEGA, A. *Reacción Depresiva Infantil o Depresión Infantil*.2012. Pag. 11 – 13.

entorno; rechaza la ayuda que se le ofrece, y abandona prontamente todo aquello que le decepciona. Algunos niños enmascaran su depresión mediante una autocrítica exagerada y dificultades en el manejo de la agresividad. En los adolescentes, la sintomatología ya mencionada, se hace más aguda, aparecen sentimientos de auto desprecio, impotencia, inhibición respecto al entorno, ideas de suicidio, etc.

Síntomas generales de la Depresión Infantil según la autora, Victoria del BARRIO

Los síntomas de la depresión infantil pueden agruparse de la siguiente manera:

<p style="text-align: center;">1. Emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tristeza ✓ Pérdida de disfrute ✓ Ausencia de interés ✓ Cambios Bruscos de humor ✓ Falta de sentido del humor ✓ Desesperanza ✓ Irritabilidad ✓ Lloros excesivos ✓ Ausencia de interés por las cosas 	<p style="text-align: center;">2. Cognitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de concentración ✓ Pérdida de memoria ✓ Pesimismo ✓ Desesperanza ✓ Indecisión ✓ Sentimientos de culpa ✓ Baja autoestima ✓ Ideas suicidas ✓ Pensamientos morbosos ✓ Descenso del rendimiento
<p style="text-align: center;">3. Motores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inexpresividad ✓ Hipoactividad ✓ Letargo ✓ Enlentecimiento motor ✓ Hiperactividad 	<p style="text-align: center;">4. Sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aislamiento ✓ Soledad ✓ Retraimiento ✓ Incompetencia social
<p style="text-align: center;">5. Conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Protestas ✓ Riñas 	<p style="text-align: center;">6. Psicósomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enuresis ✓ Pérdida de energía

✓ Desobediencia	✓ Sentimientos de fatiga
✓ Rabietas	✓ Pérdida de peso
✓ Indisciplina escolar	✓ Dolores múltiples
✓ Delincuencia	✓ Pesadillas
✓ Drogadicción	✓ Cambios en el sueño y el apetito
✓ Piromanía	

1.2.1.5.2.2 ANSIEDAD INFANTIL SECUNDARIA A UNA HOSPITALIZACIÓN.

Trastornos de Ansiedad en la Infancia

“La hospitalización, por su naturaleza, representa un evento que causa ansiedad y se reconoce como el evento que produce mayor ansiedad en los niños”⁹. La percepción de éstos en la experiencia de hospitalización excede sus capacidades para poder resolverla y afrontarla, lo que los lleva a presentar estados de ansiedad. “Lazarus y Folkman (1984) definieron la ansiedad como la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar.”¹⁰

Enrique Echeburú clasifica a los Trastornos de Ansiedad en la Infancia en tres grandes apartados, el mismo que toma como referencia los criterios diagnósticos del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), nombrados a continuación:

Trastornos Fóbicos

Las fobias específicas pueden interferir de una forma considerable en la vida cotidiana del niño. Tienden a remitir espontáneamente con el paso del tiempo en periodos que oscilan entre 1 y 4 años. Algunos ejemplos son: la fobia a la oscuridad, la fobia a los perros o la fobia a los médicos.

⁹ Erickson, F. (1963). Ver los puntos sobre los niños en los hospitales. Hospital 1963; 37: 47-48.

¹⁰ Lazarus, R. Folkman, S. (1984). El estrés, la valoración y afrontamiento. Nueva York, Springer.

La fobia escolar se refiere al rechazo prolongado que experimenta al acudir a la escuela por algún tipo de miedo relacionado con la situación escolar. Desde una perspectiva clínica, viene precedida o acompañada habitualmente de síntomas físicos de ansiedad (taquicardia, trastornos del sueño, pérdida del apetito, palidez, náuseas, vómitos, dolor de cabeza) y de una anticipación cognitiva de consecuencias negativas asociadas a la escuela así como de una relación muy dependiente con la madre y de la proliferación de temores inespecíficos (a la oscuridad, a ruidos)

El trastorno de evitación se caracteriza por la excesiva evitación del contacto con personas desconocidas durante un periodo superior a seis meses e interfiere en las relaciones sociales, unido a un claro deseo de afecto y de aceptación de uno mismo ante los demás. Se diagnostica a partir de los 2 años y medio, puesto que a una edad más temprana puede tratarse del temor evolutivo normal a las personas extrañas al niño. Estos niños suelen ser inseguros, tímidos, con poca confianza en sí mismos y poco asertivos. Como consecuencia pueden tener dificultades para adquirir las habilidades sociales necesarias en el proceso de adaptación a un nuevo ambiente.

Trastornos de Ansiedad sin evitación específica

La ansiedad de separación es la ansiedad desproporcionada que experimenta un niño cuando se separa real o supuestamente de sus seres queridos, especialmente de la madre. Constituye un sistema de protección en los primeros años de vida del niño. La atenuación posterior de esta ansiedad, es suplida por la aparición de temores específicos (el miedo a la oscuridad, a las alturas o a los extraños), que remplazan dicho mecanismo protector. Incluye la presencia de miedos irracionales (a estar solo, a irse a la cama con la luz apagada) de trastornos del sueño (sobre todo pesadillas) y de ansiedad global, así como la anticipación de consecuencias negativas, como la sensación de que algo malo va a ocurrir o la certeza de que ya no va a volver a ver a los seres queridos.

La ansiedad excesiva caracterizada por la presencia de ansiedad persistente y generalizada en situaciones muy diversas, y por la aparición de temores anticipatorios ante dichas situaciones. La tensión y el perfeccionismo están siempre presentes en este trastorno, tiende a cronificarse con el transcurso del tiempo, con un agravamiento adicional ante las situaciones de estrés y con la aparición de síntomas diversos (tics, miedo a hablar en público).

Otros Trastornos de Ansiedad

El trastorno obsesivo-compulsivo se compone de obsesiones (pensamientos ilógicos desagradables que surgen reiteradamente y que sobrevienen contra la voluntad del sujeto) y de compulsiones (conductas repetitivas sin sentido que consiguen suprimir o reducir la ansiedad inducida por las obsesiones). Las conductas rituales y perseveraciones son un rasgo de desarrollo normal entre los 7 - 8 años, tiende a decrecer conforme se acerca a la adolescencia y comienza a disponer de recursos de afrontamiento más realistas para controlar las situaciones habituales de la vida cotidiana. Por el contrario, los rituales obsesivo-compulsivos propiamente dichos perduran (e incluso se incrementan) más allá de este periodo.

Los niños y adolescentes con trastornos depresivos suelen presentar síntomas de ansiedad, de ahí el llamar al trastorno mixto de ansiedad y depresión.

1.3. Definición del adolescente.

Es un desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez. "Para la OMS, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años. La adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años."¹¹

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. OPS/OMS Washington. 1995.P.

1.3.1. Cambios durante la adolescencia.

1.3.1.1 Cambios Biológicos o físicos durante la adolescencia

El inicio de la adolescencia ocurre con los cambios físicos que se dan en el cuerpo, relacionados con el crecimiento y con la preparación de los órganos para la reproducción. Sin embargo, durante la adolescencia no solo se experimentan cambios biológicos, sino también cambios psicológicos y sociales. Todos estos cambios y la forma en cómo se vivan determinan la imagen que vas construyendo de sí misma/o.

- **1.3.1.1.1 “Principales cambios en Hombres:** Aumento de estatura, se ensancha la espalda y hombros, disminuye la grasa en el cuerpo, salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas), aumento en el desarrollo de las glándulas sudoríparas, la voz es más ronca gruesa, aumento de la masa muscular, crecimiento de vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis, la piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura, crecimiento de los testículos, próstata y pene, presencia de la primera eyaculación.

- **1.3.1.1.2 Principales cambios en la Mujer:** Aumento de estatura, se ensanchan las caderas, acumulación de grasa en las caderas y muslos, aumento del desarrollo de las glándulas sebáceas (erupciones cutáneas), aumento del desarrollo de las glándulas sudoríparas, la voz se hace más fina, aumento de las glándulas mamarias, crecimiento del vello en las axilas y en el pubis, la piel de los pezones y genitales se te vuelve más oscura, aumento en el crecimiento de los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero, aparece la menstruación.”¹²

¹² COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS EN BARCELONA. (2012) Infancia.
<http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-de-vida/infancia/informacion-relacionada.html#reciennacido>

1.3.1.2 Cambios Cognoscitivos

1.3.1.2.1 TERCERA ETAPA EVOLUTIVA SEGÚN PIAGET.

Se dividen en tres períodos:

- ✓ Período sensorio-motor
- ✓ Período de preparación y organización de las operaciones concretas
- ✓ Período de las operaciones formales o proposicionales

Período de las operaciones formales o proposicionales

Desde los 11 a 15 años aprox. El sujeto llega a desprenderse de lo concreto, se interesa por lo inactual y por el porvenir. Edad de los grandes ideales o del comienzo de las teorías. Elaboración de la hipótesis. Razonamiento sobre proposiciones en las que no cree aún (pensamiento hipotético deductivo o formal).

El niño de pensamiento formal tiene la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones, en vez de objetos concretos únicamente. Es capaz ahora de entender plenamente y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y la crítica literaria, así como el uso de metáforas en la literatura. A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre filosofía, creencias, comportamientos sociales y valores, en las que son tratados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad.

1.3.1.3 Cambios Emocionales

1.3.1.3.1 “De los 10-14 años: A partir de los 10-12 años se producen importantes cambios biológicos asociados a la sexualidad del niño. En esta etapa se activan las hormonas sexuales. Estas hormonas son las que determinarán los cambios físicos y psicológicos que determinarán luego la sexualidad reproductiva. Psicológicamente no han madurado aún, en muchos casos se sienten todavía niños. Es la etapa de los primeros actos de independencia y rebeldía con los padres. Se inicia la incorporación paulatina a los grupos de iguales, que se intensifica en la adolescencia. Por lo general

las niñas se desarrollan antes que los niños, provocando una distancia entre los jóvenes de los distintos sexos.

1.3.1.3.2 De los 14-20 años o más: En este período se alcanza la madurez biológica, psicológica y social, que los sitúa en calidad de adultos. La familia puede ser determinante en la forma que el joven enfrente su nuevo rol frente a los otros. Es una etapa que abarca un largo período que se caracteriza por emociones contradictorias. Por un lado el joven tiene características y conductas propias de los niños y vive a la vez sensaciones de adulto y demandas sociales acordes a su apariencia de adulto. Durante la adolescencia la tarea central consiste en buscar una identidad propia, superando todas las dificultades y conflictos que ello le trae. Cuando la familia lo apoya afectivamente y valida las soluciones y alternativas que él encuentra, este proceso será armónico y fácil. Por el contrario si el joven se ve presionado y empujado a resolver los conflictos según definiciones de sus padres y no las propias, es probable que la relación tienda a una lucha de poder entre ambas partes (el típico caso del adolescente rebelde).¹³

1.3.1.4 Cambios Sociales.

1.3.1.4.1 TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERICK ERIKSON

Quinta etapa psicosocial de Erik Erikson

5) Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad (Fidelidad)(desde los 13 hasta los 21 años aproximadamente). Se experimenta búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores; los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones nuevas que serán un nuevo reto para su misión orientadora. Son características de identidad del adolescente:

- ✓ La Perspectiva Temporal, orientación en el tiempo y en el espacio.

¹³ CRUZ, X. *El Desarrollo de la Sexualidad y la Familia*. Santiago de Chile. 2012. <http://www.ecovisiones.cl/informacion/etdessexualninos.htm>

- ✓ La Seguridad en Sí Mismo.
- ✓ El Aprendizaje interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital.
- ✓ Polarización Sexual: Adecuado grado de desarrollo del propio interés sexual.
- ✓ Liderazgo y Adhesión: Adecuada integración al grupo de "pares".
- ✓ El Compromiso Ideológico, orientación valorativa y participación en el ambiente.

1.3.1.5 Problemas de salud física y psicológica más frecuentes en esta etapa.

1.3.1.5.1 Problemas físicos

Las principales enfermedades de tipo viral que los adolescentes presentan son:

“Dengue, Hepatitis. Herpes simple, Influenza, Mononucleosis, Parotiditis, Poliomeilitis, Resfrío, Rubeola, Sarampión, Varicela. Existen accidentes frecuentes para este grupo de edad los mismos son: quemaduras, cortes, intoxicaciones, caídas y golpes.”¹⁴

1.3.1.5.2 Problemas psicológicos.

Algunas enfermedades o accidentes que presentan pueden requerir hospitalización dependiendo de la gravedad, lo que implica cambios además de fisiológicos, cambios emocionales debido a un cambio de ambiente al que no estaba preparado para interactuar; lo que causa en el adolescente cambios de estado de ánimo tales como dificultad de adaptabilidad y por ello episodios ansiosos-depresivos. La Ansiedad y Depresión en esta etapa, secundarias a una hospitalización presenta los siguientes síntomas.

¹⁴ COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS EN BARCELONA. (2012) Infancia. <http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-de-vida/infancia/informacion-relacionada.html#reciennacido>

DEPRESIÓN SECUNDARIA A UNA HOSPITALIZACIÓN.

La sintomatología descrita anteriormente para la población infantil es la misma para los adolescentes, recalando que para estos, la sintomatología mencionada se hace más aguda, adicionando síntomas como: “sentimientos de auto desprecio, impotencia, inhibición respecto al entorno, e ideas de suicidio en casos graves”.¹⁵

ANSIEDAD SECUNDARIA A UNA HOSPITALIZACIÓN.

“Para los adolescentes se incluye la misma clasificación de los Trastornos de Ansiedad en la Infancia”¹⁶.

“La evidencia que sugiere la presencia de ansiedad como respuesta emocional a la hospitalización es extensa y sus efectos durante y después de la hospitalización pueden persistir por semanas o meses después del egreso, en algunos casos hasta la edad adulta”¹⁷.

¹⁵ VEGA, A. *Reacción Depresiva Infantil o Depresión Infantil*.2012.

¹⁶ ECHEBURÚA, E. *"Trastornos de ansiedad en la infancia"*, Ed. Pirámide

¹⁷ DEARDEN, R. (1970). The psychiatric aspects of the case study sample. In M. Stace (ed.), *Hospitals, children and families: the report of a pilot study*. London: Routledge & Kegan; 1970.

CAPÍTULO II

HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

1.4. PROCESO O FASES DE ADAPTACIÓN DEL NIÑO AL HOSPITAL

El proceso de enfermedad - hospitalización de un niño presenta un impacto que va desde lo más leve a los más grave, haciendo que sus temores y ansiedades vayan variando, traduciéndose en algunas oportunidades, casi al final de la hospitalizaciones, en formas de adaptación a la situación y mejor capacidad de tolerancia frente a experiencia futuras.

Rodríguez–Sacristán (1994) manifiesta que las fases habituales por las que pasa el niño/a en su intento de adaptarse al proceso hospitalario son:

2.1.1 Fase de protesta: la cual puede durar horas o semanas, el niño/a tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño/a suele ser considerado un mal paciente.

2.1.2 Fase de desesperación: se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño/a presenta una apatía y un retraimiento fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el niño/a parece tranquilo y adaptado. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario.

2.1.3 Fase de negación: el niño/a muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos.

1.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.

2.2.1 Agentes estresores de la hospitalización

Existen muchos agentes que provocan cierto grado de estrés en los niños durante la hospitalización empezando por la infraestructura del hospital en sí, la separación de los padres, el ambiente y las personas desconocidas.

Rodríguez Romero, L. expone que “el hospital es un hecho estresante en sí mismo, que implica además muchas otras situaciones nuevas estresantes, nuevos horarios, exploraciones dolorosas, pérdida del ambiente familiar, pérdida de actividades escolares, falta de estimulación social”

El mismo autor enumera los agentes estresantes más habituales:

- Separación de los padres y ausencia de familiares
- Inclusión en un medio extraño y desconocido
- Pérdida de control, autonomía y competencia.
- Falta de información.
- Despersonalización.
- Restricción del espacio vital y de la movilidad.
- La experiencia del dolor
- Intervenciones quirúrgicas.

1.6. EFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO.

2.3.1. Estado emocional del niño durante la hospitalización

(Fundamentos de René Spitz)

Cada niño va a reaccionar a las situaciones de estrés de distinta forma, dependiendo en gran medida de todos los factores antes mencionados. Basados en los postulados de René Spitz se puede establecer que la carencia de relaciones cercanas y de confianza imposibilita en el niño la descarga de los impulsos agresivos, producto del estrés al que están

sometidos y que se ven acentuados en los niños sin demostraciones afectivas durante la hospitalización, en estos casos el niño las resuelve interiorizando estos sentimientos de ira y frustración sobre sí mismo. Toda esta reacción se acentúa si consideramos que es difícil para los niños sentirse acompañado o confiar en alguna persona durante el período de hospitalización, tarea aún más difícil para el personal de salud.

Esta falta de afecto que los niños manifiestan por parte de sus familiares más cercanos se prolonga a través del tiempo, llegando a un estado de ánimo que Spitz definió como depresión anaclítica, en la cual “existe una regresión del desarrollo motor y el estado somático resulta severamente afectado: decaimiento del estado general, pérdida progresiva de peso, debilitamiento de las defensas del organismo frente a las infecciones que se repiten, el insomnio se agudiza progresivamente, llegando a un estado de miseria física próximo a la caquexia, que facilita la mortalidad”¹⁸.

Todo lo anteriormente descrito permite el entendimiento y verificación de que el proceso de hospitalización genera temor, tristeza o incertidumbre a lo desconocido y a la muerte; intranquilidad, e inseguridad en las personas, incrementándose fuertemente este aspecto en el ámbito pediátrico, debido a que los niños se encuentran en una etapa de adaptación continua, están conociendo el mundo e interactuando con personas conocidas, presentan un fuerte apego hacia sus padres y familiares, junto con encontrarse en un período de aprendizaje permanente, lo cual se ve directamente alterado o modificado cuando se debe enfrentar una enfermedad, con todo lo que conlleva el tratamiento y la estadía hospitalaria.

Para el niño, la hospitalización o la enfermedad es un estímulo altamente desencadenante de estrés, el niño no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, ni comprende a qué se debe el dolor que presenta,

¹⁸ CARVALLO, Y. (2005). Causas y alteraciones del desarrollo y afectaciones de las alteraciones del desarrollo infantil en el área psicológica. En el desarrollo del aprendizaje y lenguaje en la infancia (cap. IV).

no entiende por qué sus padres lo abandonan, y porqué se le introduce en un ambiente extraño, privándole de sus amigos, objetos y juguetes, alejándolo de todo aquello que le permite desarrollarse y crecer adecuadamente. Esto desencadena reacciones que pueden ser muy variadas, y que van desde simples llantos al silencio absoluto, hasta llegar a negarse al contacto con personas “extrañas” a su mundo habitual, y rehusar la atención médica o de otros profesionales de la salud.

Así también está demostrado que no todos los niños reaccionan de igual forma ante las agresiones del ambiente, hay algunos que por temperamento son más sensibles y que presentarán estrés frente a estímulos que para otros no son tan estresantes.

La ansiedad que los niños experimentan frente a la hospitalización ha sido permanentemente asociada con la edad del niño, tiempo y frecuencia de hospitalizaciones, ausencia parental durante la hospitalización, estrés parental, desajustes previos a la hospitalización propios del niño o de la familia, cambios fundamentales en la vida cotidiana del niño y su familia, y fuertemente interviene la enfermedad y el tratamiento requerido.

La literatura informa sobre cambios en la conducta del niño durante y después de la hospitalización, los que se consideran síntomas de trastornos emocionales, que sólo podrían ser explicados en parte por la hospitalización misma, ya que el temperamento o predisposición a experimentar ansiedad u otros síntomas de perturbación psicológica darían cuenta de por qué los niños reaccionan en forma diferente e incluso se ven beneficiados en su desarrollo psicológico evidenciando avances en su conducta. (Graham, 1990).

Junto con todo lo anterior cabe mencionar, que según numerosos autores, existen diversos efectos a nivel conductual asociados a la hospitalización, en la tesis de Basiliu y Sepúlveda se hace referencia a Adams, Eiser y Graham quienes identifican los siguientes efectos de la hospitalización en niños:

“llanto, balanceo, vómito, terrores nocturnos, apetito excesivo o disminuido, trastornos del sueño, aislamiento e inhibición social, depresión, agresividad o expresiones desmedidas de ira, conductas destructivas, rechazo hacia los padres, enuresis o encopresis, conductas de no cooperación, sumisión, dependencia extrema hacia adultos, ansiedad y temores excesivos, temor exagerado a los hospitales, personal médico y procedimientos, hipocondrías, miedo a la muerte, mutismo selectivo, reacciones fóbicas, tics, entre otros”.

En el artículo “Calidad de vida del niño Hospitalizado” Sierra manifiesta que cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente, el hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Se convierte en su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso.

Los estímulos de tensión física, psicológica o social pueden afectar al niño y ocasionar una alteración de su equilibrio adaptativo. En estos casos sus defensas psicológicas, así como sus mecanismos de adaptación conductual y social se ven también alteradas, no saben cómo compartir sus días con terceros desconocidos. Al reconsiderarse las reacciones que representa la hospitalización en los niños, se evidencia que la conducta demostrada por un niño como tranquila no necesariamente implica que esté adaptado al ambiente hospitalario.

En este nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar los múltiples cambios ocurridos. En ocasiones debe interactuar con muchas personas a quienes nunca había visto; entre ellos se encuentran los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogas y estudiantes), quienes sin siquiera preguntarles examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, que no dejan de ser molestas o dolorosas. Están además los cambios de horario, la separación de su familia, el malestar que siente por su enfermedad, las restricciones para desplazarse, el reposo obligado, los ruidos y otras incomodidades, que contribuyen a explicar por

qué para muchos niños la experiencia de la hospitalización llega a convertirse en un verdadero trauma, que de cierta manera retrasa su recuperación.

Este mismo autor describe a la vez que la permanencia en un medio institucional restrictivo, como el hospital, hace que el niño asuma diferentes actitudes, como serian:

1. El niño hospitalizado se siente enfermo, abandonado por su familia, el niño no entiende porque para estar bien, tiene que estar solo. Un punto de vital importancia es la separación con la familia, el alejamiento de sus seres queridos, el pensamiento de no volver a verlos más, la sensación de abandono, lo que influye directamente en el afrontamiento y recuperación de la enfermedad, debido a que provoca en el niño sensación de angustia, tristeza, desamparo, estrés, entre otras.

2. El niño hospitalizado se siente con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social. En relación con el incremento de los sentimientos negativos para el niño durante el transcurso de la estadía hospitalaria, Fernández & López manifiestan respecto a este punto que “la presencia de estrés, en función de la duración de la estancia hospitalaria, crece rápidamente a partir del segundo y tercer día de hospitalización, y tiende a mantenerse en los días posteriores. El estrés, por tanto, se incrementa tras la primera noche, observándose una posterior sensibilización a la estancia hospitalaria. Paradójicamente, dormir sólo una noche en el centro sanitario es la posibilidad menos estresante, pues a partir de la segunda noche se produce un incremento significativo del estrés, que se mantiene a lo largo del periodo de tiempo estudiado”¹⁹.

3. El niño hospitalizado busca compañía y afecto de un familiar u otra persona. La familia es parte fundamental del crecimiento y desarrollo de los

¹⁹ FERNANDEZ, A & LOPEZ, I.(2006, 22 de Marzo). Estrés en padres e hijos en la hospitalización infantil . Revista de Psicología.http://www.infocop.es/view_article.asp?id=686&cat=38

niños, el apego con los padres en etapas tempranas genera una sensación de protección, pero cuando existe la separación por motivos incontrolables, los niños buscan el cariño y la protección perdida en personas que generan cierto grado de seguridad para ellos. Sin embargo es difícil la adaptación de los pacientes pediátricos a un ambiente y personas desconocidas como son el personal de salud.

4. El niño hospitalizado tiene respuestas negativas a una mala hospitalización: trastornos de conducta, retardo en el desarrollo, depresión y llanto; puede perder el deseo de vivir. Es relevante la existencia de una constante valoración del estado de ánimo del niño hospitalizado, especialmente cuando se produce el alejamiento de los seres queridos, como observar los períodos de llanto, depresión, agresividad, retraimiento, expresión de sentimientos de frustración, soledad o abandono, ya que pueden generar un retraso en la recuperación. Por ende cabe destacar que siempre que los niños se encuentren acompañados de sus seres queridos, se sienten mejor y este bienestar anímico favorece la recuperación de su salud física y promueve una mejor salud mental.

5. A la tristeza que siente el niño, por la ruptura con el ambiente que le es familiar, se une el aburrimiento. El medio hospitalario es pobre en estímulos, su ritmo de actividades es monótono y repetitivo. Los horarios se establecen atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y se olvidan con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños, su interés por jugar, aprender, moverse, explorar, comunicarse con otra persona de su misma edad.

6. El niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una buena hospitalización: si hay buenos vínculos afectivos, el niño entiende que lo quieren y se adapta mejor. Lo anterior favorece la disponibilidad del niño para la realización de procedimientos, la aplicación de tratamiento, el cumplimiento de órdenes, así como el mejor entendimiento de la evolución de su enfermedad.

Todos los puntos anteriormente descritos explican detalladamente algunas de las sensaciones presentadas por los niños al enfrentarse al evento de la hospitalización, que sin duda alguna son situaciones que pueden ser modificadas para hacer el ambiente hospitalario más agradable y la estadía en el centro de salud más tolerable y menos extensa.

2.3.2. Efectos sobre los padres

La familia constituye el principal soporte psicológico del niño hospitalizado.

La familia tiene que experimentar un proceso de adaptación al cambio que se ha producido en su seno: hay un niño enfermo y esa situación provoca un desajuste entre los diferentes miembros.

Las reacciones de los padres dependen de numerosos factores entre ellos:

- Gravedad de la enfermedad del hijo.
- Duración de la estancia (corta, mediana o larga).
- Experiencia previa con la enfermedad o la hospitalización
- Capacidad de afrontarlas.
- Procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento, sistemas de apoyo disponibles (médicos psiquiátricos, psicólogos).
- Patrones de comunicación entre los miembros de la familia, creencias culturales y religiosas.

“La mayoría de las familias pasan por 3 fases.

En la primera fase la familia experimenta una sensación de perplejidad, o incredulidad. A esta le sigue un periodo de rabia y resentimiento que suele acabar con un enfrentamiento, buscando culpables.

En la tercera fase la familia se resigna y acepta la nueva situación. El estado anímico de los padres influye en el niño, si tienen padres preparados, cooperadores, y tranquilos, se debe permanecer alerta entre pistas y señales por los cuales los padres comunican sus preocupaciones y ansiedades.

La enfermedad en el niño condiciona su desarrollo emocional y puede provocarle estrés. La familia representa para el niño el principal soporte anímico en el que apoyarse.”²⁰

2.3.3. Efectos sobre los hermanos.

“Los hermanos también reaccionan muchas veces con sentimientos de preocupación, soledad, temor, culpa y celos. A menudo son desplazados de sus casas para hacer cuidados por otros familiares, lo que hace que se sientan abandonados por sus padres, que dirigen toda su atención al hermano enfermo.”²¹

2.4 MANIFESTACIONES DE NEGACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN

Las manifestaciones emocionales durante la hospitalización son diversas, dependen del momento de la hospitalización, de las relaciones familiares, del estado emocional previo, entre otras.

“Así también se pueden identificar innumerables consecuencias de la hospitalización, como:

- Regresión o reaparición de modelos sociales inmaduros, dependencia excesiva de la madre, conducta exigente o agresiva, disminución de la capacidad de compartir cosas con los compañeros o hermanos, y por último dificultades de concentración y aprendizaje.
- Depresión: desánimo, trastornos de alimentación, variaciones de carácter, reaparición de miedos primitivos, sentimientos de competencia o insuficiencia, conductas estereotipadas de carácter ritual y fases hipocondríacas transitorias
- Interpretación errónea de la enfermedad, uniendo a veces el tratamiento a un miedo o ansiedad de mutilación corporal.
- Déficits perceptivo-motores.

²⁰ GONZÁLEZ, J. Niño Hospitalizado, la Familia como apoyo a la atención al niño. (2012)

²¹ GONZÁLEZ, J. Niño Hospitalizado, la Familia como apoyo a la atención al niño. (2012)

- En las enfermedades crónicas se manifiestan importantes repercusiones en el desarrollo de la personalidad del niño, en su funcionamiento social, familiar y escolar.
- Problemas de alimentación como rechazo o hiperfagia.
- Alteraciones del sueño, como insomnio, pesadillas, o fobias a la oscuridad.
- Enuresis o encopresis, diurna o nocturna
- Depresión, inquietud o ansiedad.
- Terror a los hospitales, personal, agujas, procedimientos diagnósticos
- Miedo a la muerte.
- Mutismo, regresión autista a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente.
- Obsesiones o alucinaciones sobre funciones corporales.
- Síntomas histéricos, como pérdida de la voz.
- Reacciones de ansiedad.²²

2.5 ENFOQUES DE ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL SEGÚN ETAPAS DE DESARROLLO

No cabe duda que para los niños la experiencia de la hospitalización es algo que influye directamente en su desarrollo, tanto psicológica, espiritual y socialmente. Según Julio Meneghello Rivera se puede manifestar que los cambios emocionales presentados en el niño durante la hospitalización o después de ella dependen de tres factores:

- Su edad
- Su personalidad
- Su vivencia durante la internación en el hospital. La presencia de la madre disminuye la angustia que produce la enfermedad y la separación por la enfermedad.

²² Revista Pediátrica Electrónica. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. Chile.

El factor influyente y de mucha importancia son las experiencias previas de hospitalización que van a intervenir directamente en la percepción y predisposición del niño al proceso de enfermedad. Las experiencias pasadas influyen en cómo el niño afronta la hospitalización. Las relaciones médicas u hospitalarias anteriores según su naturaleza, intensidad y duración tienen una alta probabilidad de producir sensibilización aumentando la vulnerabilidad infantil si fueron negativas, en cambio si fueron positivas contribuyen al ajuste del niño a la nueva situación y se constituyen como un factor protector de afrontamiento exitoso a situaciones adversas, las que pueden sucederse a futuro.

En relación con la significación de la enfermedad, su recuperación y la hospitalización en sí para el niño, basándose en las etapas del desarrollo, Luis Rodríguez afirma lo siguiente:

2.5.1 Lactante: “cambio de rutina y ambientes familiares, responde de forma global. Le supone un problema la separación de los objetos deseados”. Referido principalmente este punto al desapego de lo realmente importante o necesario para el lactante, como son el deseo de amamantamiento, el chupete, el apego materno, la tranquilidad del ambiente familiar, la entrega de cariño y cuidado permanente.

2.5.2 Niño/a de 1 a 3 años: miedo a la separación y al abandono. En este período la ansiedad por esta causa es máxima. En esta etapa surge el temor a la separación definitiva de los padres, el pensamiento de que los padres se van para no volver, especialmente durante la noche, la desesperación por haber sido “abandonados” en un ambiente desconocido y con personas que no representan necesariamente la entrega de afecto y cariño.

2.5.3 Más de 3 años: miedo al dolor o lesión corporal. Tolera mejor la separación que los menores. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal. Es en este período donde surge el temor al dolor físico-corporal, el rehusarse a la realización de procedimientos, el miedo al

personal de salud, los períodos prolongados de llanto, rabia y desesperación por la permanencia en el hospital, específicamente a lo desconocido.

2.5.4 En edades escolares se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo. Aquí comienza la identificación de las consecuencias que conlleva la enfermedad como tal, la preocupación por la recuperación total, que tiene directa relación con la separación de pares, es decir el alejamiento con el grupo de amigos, con quienes descubre aspectos nuevos y que generan un grado de satisfacción para los mismos.

2.5.5 Adolescente: se produce ansiedad en relación con la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad. Sin duda alguna en esta etapa la separación de los seres queridos, si bien es importante no es fundamental, acá se conjugan una variedad de factores, como son la protección de partes íntimas, la dificultad para expresar con claridad sus sentimientos, el temor a no ser comprendido, la pérdida de autonomía y volver a ser tratado como un niño.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación.

La presente investigación es de tipo Descriptivo, Correlacional, Analítica-sintético, de enfoque mixto y corte transversal.

El presente estudio investigativo se realizó en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora”, de la provincia de Loja, con una muestra de 40 niños de edades comprendidas de 7 a 12 años que permanecieron internados en el área de pediatría, durante el periodo enero - agosto 2012.

Para el desarrollo del proyecto se utilizaron los siguientes instrumentos que detallo a continuación:

MATERIAL N° 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Descripción: El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades, El sujeto participante expresará su consentimiento por escrito bajo su responsabilidad. En el caso de las personas menores de edad o incapaces de dar el consentimiento, éste será otorgado por su representante legal, siempre de manera escrita, y tras haber recibido y comprendido la información mencionada.

MÉTODO N° 1:

Este material permite al padre de familia o representante del niño autorizar a este a ser parte del proceso investigativo, para la aplicación de Historia Clínica, aplicación de inventarios psicológicos, encuestas y la Intervención Psicológica.

MATERIAL N° 2:

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INFANTIL

Descripción: El formato de la presente es de la Historia Clínica Psicológica Infantil del Ministerio de Salud Pública (División Nacional de Salud Mental, Vigilancia de la salud Mental del Escolar).

A continuación se presenta los datos generales que contiene:

- 1- Datos de Identificación.
- 2- Condiciones de hospitalización.
 - Diagnóstico médico.
 - Días de hospitalización.
- 3- Motivo de consulta.
- 4- Evolución de la enfermedad.
- 5- Psicoanamnesis personal, normal y patológica.
 - Prenatal:
 - Natal:
 - Período Postnatal:
 - Desarrollo Motor:
 - Desarrollo del lenguaje:
 - Desarrollo cognitivo o adaptativo
 - Desarrollo Social:
 - Historia Escolar:
- 6- Psicoanamnesis familiar, normal y patológica.
- 7- Examen de funciones psicológicas.

MÉTODO N° 2:

Aplicada de forma directa cuando la información la proporcionó el paciente e indirecta cuando colaboró el representante del mismo. Este material permitió registrar datos actuales y de antecedencia a nivel personales y familiar; para una mejor valoración psicológicas del paciente.

MATERIAL N° 3:

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE-N),

Descripción: el IDAREN (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Spielberger y cols., 1990), cuya confiabilidad y validez quedó demostrada en las investigaciones de estos autores; dicha variante reunía las condiciones y requerimientos técnicos y metodológicos necesarios para su aplicación y posterior utilización en una población similar.

El IDAREN es un inventario autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como estado (escala de estado), con veinte proposiciones y tres posibles respuestas: "nada", "algo" y "mucho", valoradas con 1, 2 y 3, respectivamente; en las instrucciones se requiere que los sujetos indiquen cómo se sienten en ese momento, "ahora mismo". En la segunda parte, se pretende medir la ansiedad como rasgo (escala de rasgo); también tiene veinte proposiciones con tres posibles respuestas: "casi nunca", "a veces" y "a menudo", valoradas desde 1 hasta 3; sin embargo, las instrucciones indican aquí que los sujetos describan como se sienten "generalmente".

Procedimiento: Los posibles valores varían desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 60, en ambas escalas. Algunos de los ítems del IDAREN estado (por ejemplo, "Me siento nervioso") están formulados de tal manera que una valoración alta "X" indica un alto nivel de ansiedad, o sea, son directos, mientras que otros (por ejemplo "Me siento calmado") están elaborados de tal forma que una valoración de 3 o "alta" indica un bajo nivel de ansiedad, "Y" estos son inversos). Los reactivos inversos sólo aparecen en la escala de estado y no en la de rasgo, donde todos los reactivos son "directos".

- ✓ Calificación en la escala A-Estado: fórmula (X-Y) + 40 = puntuación directa.
- ✓ Calificación en la escala A-Rasgo: suma total de los ítems = puntuación directa.

A efecto de calificar el IDAREN, se realizaron los siguientes pasos:

- 1) Se sumaron en calculadora los valores de cada inventario.
- 2) se procesaron para obtener los valores totales directos (positivos) e inversos (negativos), añadiéndose, en el caso de la escala de estado, la constante apropiada a la diferencia entre los ítems "directos" y los "inversos"; en la escala de rasgo se sumaron todos los valores solamente.
- 3) este procedimiento se aplicó para cada inventario, se hizo el procesamiento estadístico redactados en los resultados ubicados posteriormente a través del programa computarizado Microsoft Excel.

MÉTODO N° 3:

Permitió identificar sintomatología ansiosa infantil, que evalúa la ansiedad estado que se da en un momento dado como es en el caso de una hospitalización y la ansiedad como rasgo de personalidad.

MATERIAL N° 4:

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEPRESIÓN RASGO / ESTADO INFANTIL (IDEREN).

Descripción: El IDEREN es un inventario autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la depresión como estado (escala de estado), con veinte proposiciones y cuatro posibles respuestas: "no existe", "un poco", "suficiente" y "muy fuerte", valoradas con 1, 2, 3 y 4, respectivamente; en las instrucciones se requiere que los sujetos indiquen cómo se sienten en ese momento, "ahora mismo". En la segunda parte, se pretende medir la depresión como rasgo (escala de rasgo); tiene 22 proposiciones enumeradas desde el 21 al 42, también tiene las cuatro posibles respuestas: "no existe", "un poco", "suficiente" y "muy fuerte", valoradas desde 1 hasta 4; sin embargo, las instrucciones indican aquí que los sujetos describan como se sienten "generalmente".

Procedimiento: Los posibles valores varían desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 80, en la escala de Estado y en la escala de Rasgo presenta una puntuación mínima de 22 hasta una máxima de 88. Algunos de los reactivos (ítems) del IDEREN están formulados de tal manera que una valoración "alta" indica un alto nivel de depresión, o sea, son directos, mientras que otros están elaborados de tal forma que una valoración de 3 o "alta" indica un bajo nivel de depresión (esto es, son inversos). Los reactivos inversos aparecen en ambas escalas estado y en la de rasgo.

A efecto de calificar el IDEREN, se realizaron los siguientes pasos:

1) Se sumaron en calculadora los valores de cada inventario; 2) se procesaron para obtener los valores totales directos (positivos) e inversos (negativos), constando la diferencia entre los ítems "directos" y los "inversos" 3) este procedimiento se aplicó para cada inventario, se hizo el procesamiento estadístico redactados en los resultados ubicados posteriormente a través del programa computarizado Microsoft Excel.

MÉTODO N° 4:

Permitió identificar sintomatología depresiva infantil, que evalúa la depresión estado que se da en un momento dado como es en el caso de una hospitalización y la depresión como rasgo.

MATERIAL N° 5:

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y DESADAPTATIVAS EN NIÑOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL "ISIDRO AYORA", (DIRECTA, A NIÑOS)

Descripción: Diseñadas por la autora de esta investigación. Para esta encuesta se tomó referencias a partir de postulados y estudios expuestos por investigadores importantes que han aportado con el estudio de sintomatología desadaptativa en el niño hospitalizado, tales autores fueron: Rodríguez, L.

Spitz, R. Ortigosa, J. Meneghello, J. Victoria Del Barrio. También de pautas diagnósticas según CIE-10 y DSM-IV.

Consta de 4 preguntas, las mismas que tienen sub-ítems, las que responden con preguntas cerradas de SI y NO. La primera pregunta con 8 sub-ítems, la segunda pregunta de 5 sub-ítems, la tercera pregunta de 6 sub-ítems, y la cuarta de un sub-ítem.

MÉTODO N° 5:

Este material permitió identificar las conductas desadaptativas secundarias a una hospitalización.

MATERIAL N° 6:

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y DESADAPTATIVAS EN NIÑOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL “ISIDRO AYORA”, (INDIRECTA, A LOS PADRES O REPRESENTANTES)

Descripción: Diseñadas por la autora de esta investigación. Para esta encuesta se tomó referencias a partir de postulados y estudios expuestos por investigadores importantes que han aportado con el estudio de sintomatología desadaptativa en el niño hospitalizado, tales autores fueron: Rodríguez, L. Spitz, R. Ortigosa, J. Meneghello, J. Victoria Del Barrio. También de pautas diagnósticas según CIE-10 y DSM-IV.

Esta segunda encuesta va dirigida al familiar o persona responsable del niño. la cual lleva el mismo nombre pero con diferente formato, consta de 18 preguntas, divididas en dos partes Área Emocional y Actividad Motriz, las que responden con preguntas cerradas de SI y NO.

MÉTODO N° 6:

Este material permitió identificar las conductas desadaptativas secundarias a una hospitalización.

MATERIAL N° 7:

PLANIFICACIÓN PSICOPATOLÓGICA DIRIGIDA A NIÑOS EN PROCESO DE ADAPTACIÓN EN UN MEDIO HOSPITALARIO

Descripción: Se diseñó y ejecutó un Plan de Intervención psicológica, con las respectivas técnicas y terapias a nivel individual, grupal y familiar. Cuyos contenidos principales son Programas de Entrenamiento Emocional – Conductual, Programación de actividades agradables, Re-estructuración Cognitiva, Relajación de Jacobson, técnicas de modelado, Escenificaciones emotivas, Terapia Racional Emotiva, Ludoterapia.

El tiempo de intervención varía de acuerdo a la estadía del paciente en la Casa de Salud.

MÉTODO N° 7:

Cuyo objetivo es disminuir sintomatología inadaptable, ansiosa – depresiva existentes en el hospitalizado pediátrico, mejorando su calidad de vida y pronta recuperación.

MATERIAL N° 8:

RE-APLICACIÓN DE LOS INVENTARIOS PSICOLÓGICOS

Descripción: Al culminar el periodo de intervención psicológica y antes de que el paciente salga de alta médica, se empleó la re-aplicación de inventarios psicológicos utilizados inicialmente “IDAREN” e “IDEREN”.

MÉTODO N° 8

Permitió identificar si se disminuyó sintomatología ansiosa-depresiva identificada inicialmente, y para verificar la veracidad y efectividad del Plan de Intervención aplicado durante el tiempo de hospitalización.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N° 1

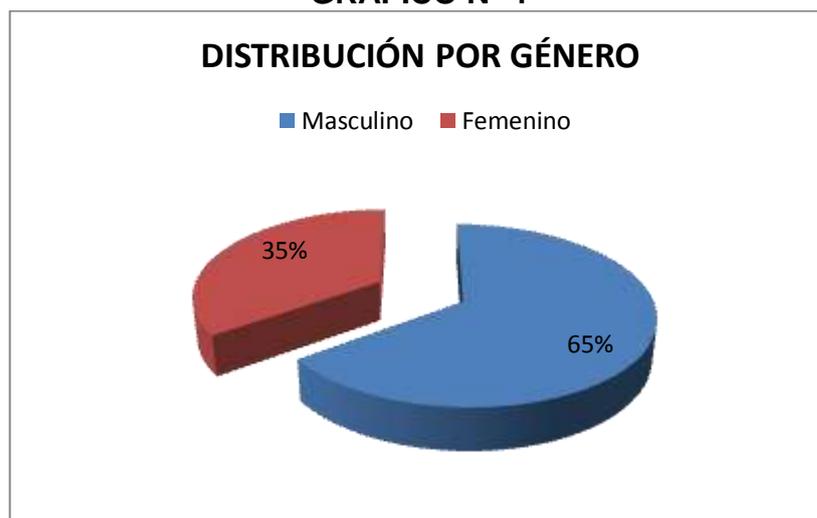
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO (HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	26	65%
Femenino	14	35%
Total	40	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 1



Análisis:

Con respecto al total de datos, el 65% de pacientes pertenece al sexo masculino y el 35% corresponde al sexo femenino, siendo los niños más propensos y vulnerables a enfermedades, accidentes, etc., que acuden a atención médica.

TABLA N° 2

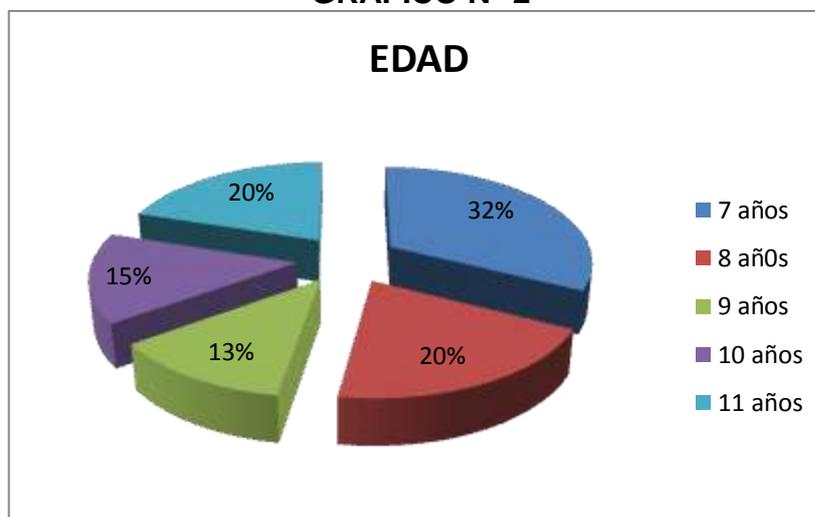
**EDAD DE HOSPITALIZADOS
(HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA)**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
7 años	13	32.5%
8 años	8	20%
9 años	5	12.5%
10 años	6	15%
11 años	8	20%
Total	40	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz

GRÁFICO N° 2



Análisis:

En cuanto a la edad de los pacientes hospitalizados, el 32.5 % corresponde a pacientes de 7 años, el 20% a pacientes de 8 años, el 20% a pacientes de 11 años, el 15% a pacientes de 10 años y el 12.5 % a pacientes de 9 años.

TABLA N° 3

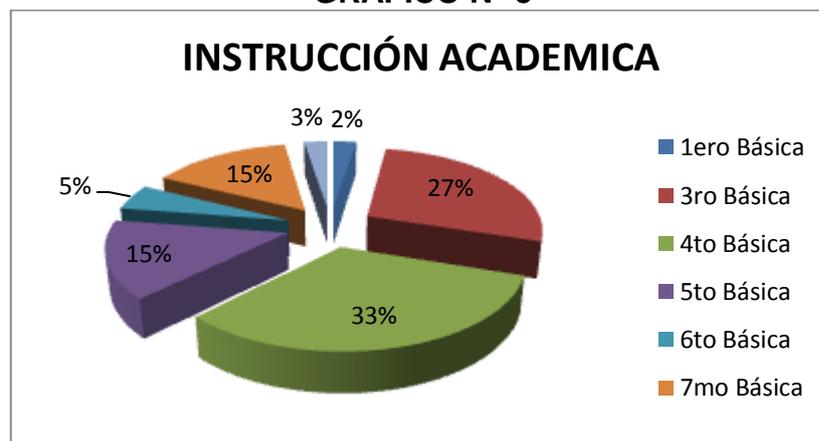
INSTRUCCIÓN ACADÉMICA
(HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
1 ^{er} o Básica	1	2.5
3 ^{ro} Básica	11	27.5
4 ^{to} Básica	13	32.5
5 ^{to} Básica	6	15
6 ^{to} Básica	2	5
7 ^{mo} Básica	6	15
8 ^{vo} Básica	1	2.5
Total	40	100

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 3



Análisis:

De los datos relacionados con la instrucción académica, el 100% de los niños (as) pertenecen a una institución educativa, de los cuales el 32.5% se encuentran en el 4to año de educación básica, el 27.5% en el 3er año de educación básica, el 15% en el 5to año de educación básica, el 5% en el 7mo año de educación básica, el 2.5% en el 1er año de educación básica y el 2.5% en el 8va año de educación básica.

TABLA N° 4

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN
(HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
4 días	9	22.5%
5 días	8	20%
6 días	6	15%
7 días	5	12.5%
8 días	4	10%
9 días	4	10%
10 días	2	5%
16 días	1	2.5%
17 días	1	2.5%
Total	40	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 4



Análisis: De los datos que corresponden al tiempo de hospitalización en la población infantil, el 22.5% permanecieron 4 días de hospitalización, el 20% corresponde a 5 días de hospitalización, el 15% permanecieron 6 días en hospitalización, el 12% representa 7 días de hospitalización, el 10% corresponde a 8 días de hospitalización al igual que 9 días, el 5% pertenece a los 10 días de hospitalización y el 3% permaneció 16 y 17 días en hospitalización.

TABLA N° 5

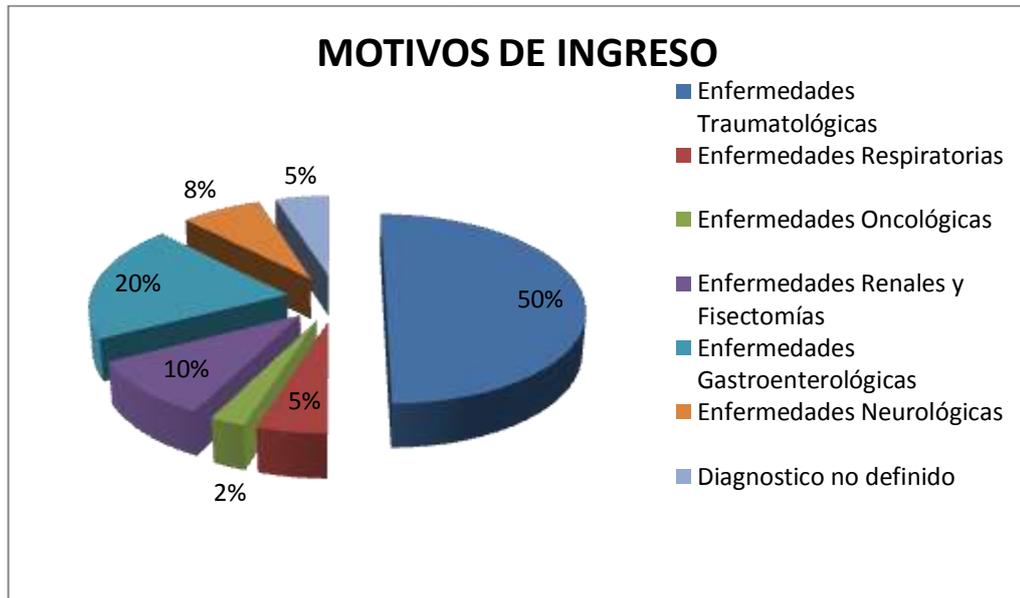
MOTIVOS DE INGRESO
(HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades Traumatológicas	20	50%
Enfermedades Respiratorias	2	5%
Enfermedades Oncológicas	1	2.5%
Enfermedades Renales y Fisectomías	4	10%
Enfermedades Gastroenterológicas	8	20%
Enfermedades Neurológicas	3	7.5%
Diagnostico no definido	2	5%
Total	40	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 5



Análisis:

En cuanto a la frecuencia de los motivos de hospitalización se encuentra como primera causa las Enfermedades Traumatológicas con un porcentaje del 50%, siguiéndole Enfermedades Gastroenterológicas con un 20%, Enfermedades Renales y Fisectomías en un 10%, Diagnósticos no definidos en un 5%, enfermedades Respiratorias en un 5% y en último lugar las Enfermedades Oncológicas con un 2%.

TABLA N° 6

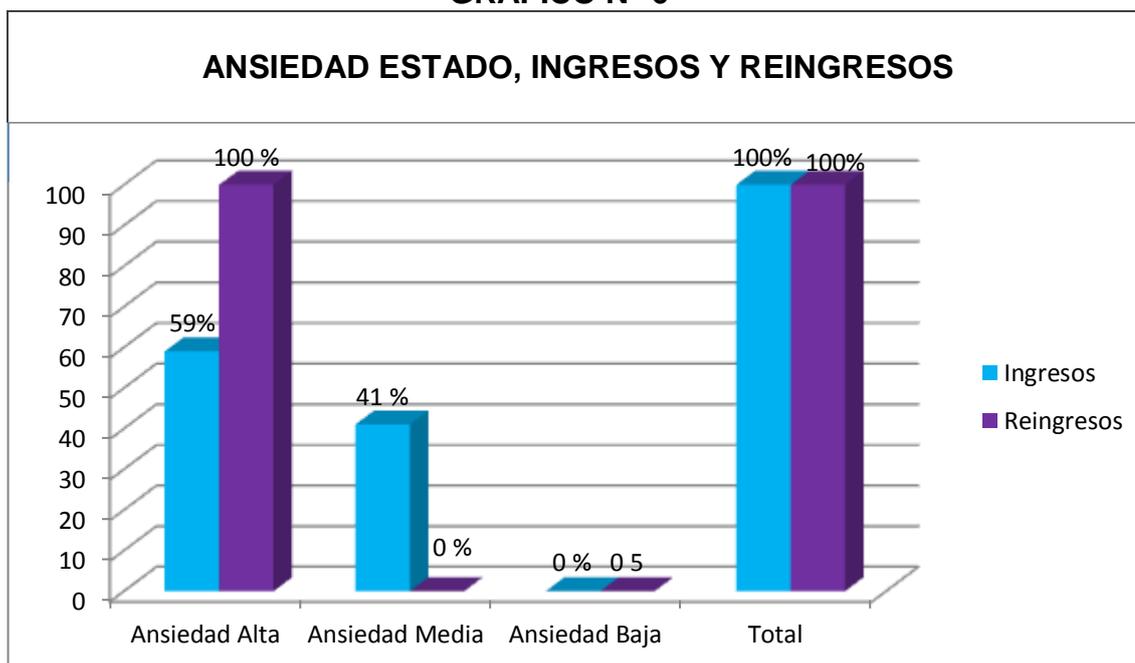
**PREVALENCIA DE ANSIEDAD ESTADO SEGÚN INGRESOS Y REINGRESOS
(IDARE-N, I PARTE)**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Alta: ingresos	17	59%
Ansiedad Media: ingresos	12	41%
Ansiedad Baja: ingresos	0	0%
TOTAL	29	100%
Ansiedad Alta: reingresos	11	100%
Ansiedad Media: reingresos	0	0%
Ansiedad Baja: reingresos	0	0%
TOTAL	11	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 6



Análisis:

Los datos recolectados de ingresos y reingresos en cuanto a la Ansiedad Estado (ansiedad hospitalaria), en ansiedad alta prevalece en un 100% a los reingresos y con un 59% los ingresos; en ansiedad media pertenece el 41% a los ingresos restantes, no hay investigados con ansiedad baja.

TABLA N° 7

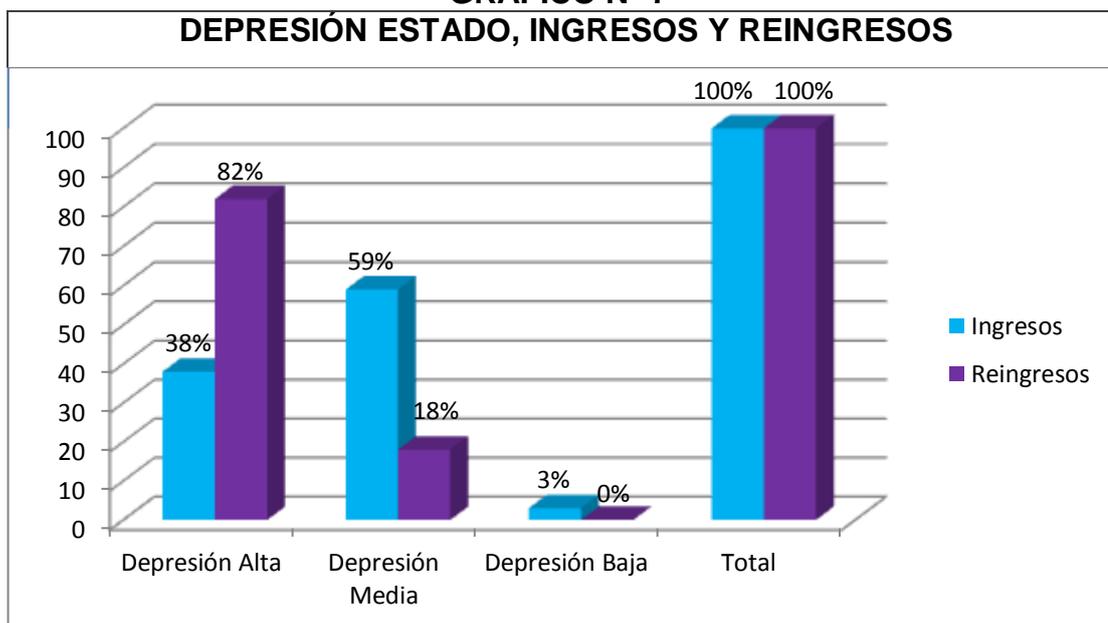
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN ESTADO SEGÚN INGRESOS Y REINGRESOS
(IDERE-N, I PARTE)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Alta: ingresos	11	38%
Depresión Media: ingresos	17	59%
Depresión Baja: ingresos	1	3%
TOTAL	29	100%
Depresión Alta: reingresos	9	82%
Depresión Media: reingresos	2	18%
Depresión Baja: reingresos	0	0%
TOTAL	11	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 7



Análisis:

Los datos recolectados de ingresos y reingresos en cuanto a la Depresión Estado (depresión hospitalaria), en depresión alta prevalece en 82% los reingresos y con un 38% los ingresos; en depresión media pertenece 18% los reingresos y un 59% los ingresos; no hay ningún caso con depresión baja en reingresos y hay un caso que corresponde al 3 % en los ingresos.

TABLA N° 8

PREVALENCIA DE ANSIEDAD ESTADO SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO
IDARE-N, I PARTE

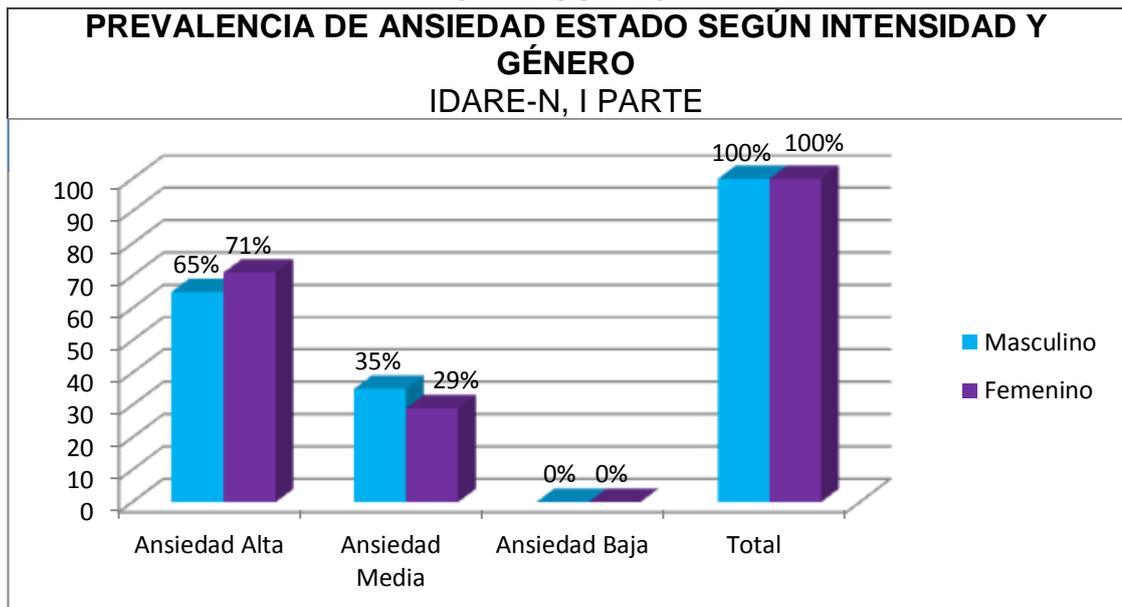
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Alta: masculino	17	65%
Ansiedad Media: masculino	9	35%
Ansiedad Baja: masculino	0	0%
TOTAL	26	100%
Ansiedad Alta: femenino	10	71%
Ansiedad Media: femenino	4	29%
Ansiedad Baja: femenino	0	0%
TOTAL	14	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 8

PREVALENCIA DE ANSIEDAD ESTADO SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO
IDARE-N, I PARTE



Análisis: Según los datos obtenidos de los investigados en cuanto a la prevalencia de Ansiedad Estado (ansiedad hospitalaria) con la intensidad de alta prevalece más en el género femenino que masculino. En cuanto a la intensidad de medio prevalece más en niños que en niñas. Lo que indica que hay más vulnerabilidad psicológica a presentar sintomatología grave en el género femenino que en masculino, en ansiedad media prevalece más en el género masculino mostrando en término medio su vulnerabilidad; cabe recalcar que en todos los pacientes se evidencia sintomatología psicopatológica, sin que ninguno presente nivel bajo, demostrando la influencia del ambiente hospitalario en su estado emocional.

TABLA N° 9

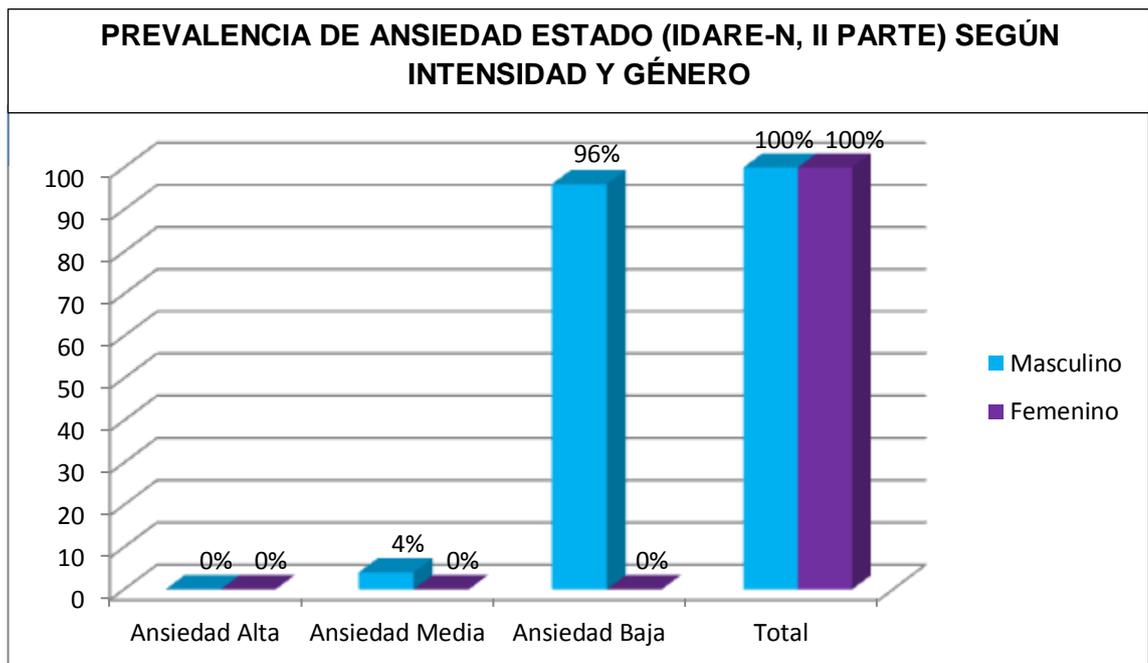
**PREVALENCIA DE ANSIEDAD RASGO SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO
IDARE-N, II PARTE**

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Alta: masculino	0	0%
Ansiedad Media: masculino	1	4%
Ansiedad Baja: masculino	25	96%
TOTAL	26	100%
Ansiedad Alta: femenino	0	0%
Ansiedad Media: femenino	0	0%
Ansiedad Baja: femenino	14	100%
TOTAL	14	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 9



Análisis: Según los datos obtenidos de los investigados en cuanto a la prevalencia de Ansiedad Rasgo (ansiedad como parte de su personalidad o por influencia de conflictos emocionales externos a una hospitalización) con la intensidad de alta no predomina en ningún paciente, en cuanto a la prevalencia media se encuentra un caso de sexo masculino; y con ausencia de sintomatología (ans. baja) presentan todos los casos excepto el mencionado, el mismo que demuestra una predisposición psicológica durante su proceso de adaptabilidad y a la adquisición de psicopatología por internamiento hospitalario.

TABLA N° 10

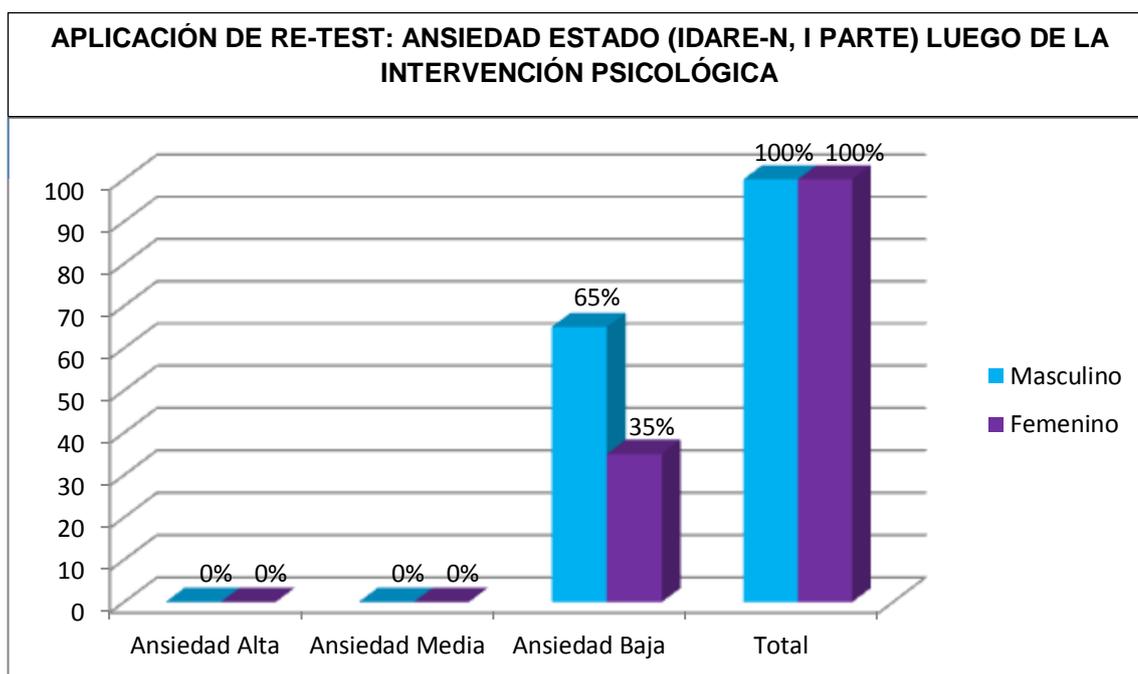
**APLICACIÓN DE RE-TEST: ANSIEDAD ESTADO LUEGO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
IDARE-N, I PARTE**

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Alta: masculino	0	0%
Ansiedad Media: masculino	0	0%
Ansiedad Baja: masculino	26	65%
TOTAL	26	100%
Ansiedad Alta: femenino	0	0%
Ansiedad Media: femenino	0	0%
Ansiedad Baja: femenino	14	35%
TOTAL	14	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 10



Análisis:

A partir de los datos obtenidos con la aplicación del Re-test (IDARE-N, I parte) no se obtiene frecuencia en ansiedad alta y media tanto en el sexo masculino y femenino, pero se identifica en toda la población Ansiedad Baja.

TABLA N° 11

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN ESTADO SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO
IDERE-N, I PARTE**

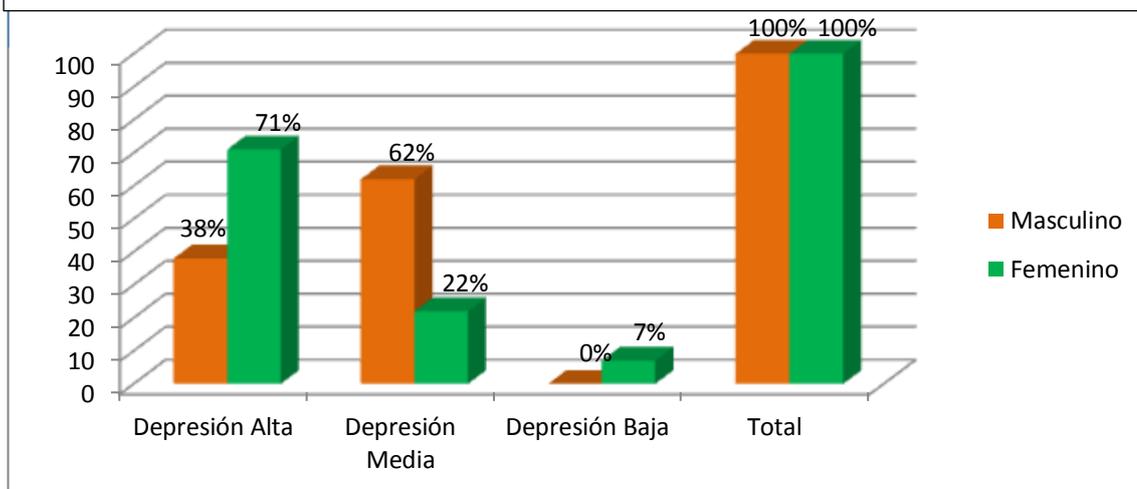
VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Alta: masculino	10	38
Depresión Media: masculino	16	62
Depresión Baja: masculino	0	0
TOTAL	26	100
Depresión Alta: femenino	10	71
Depresión Media: femenino	3	22
Depresión Baja: femenino	1	7
TOTAL	14	100

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 11

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN ESTADO (IDERE-N, I PARTE) SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO



Análisis:

Según los datos obtenidos de los investigados en cuanto a la prevalencia de Depresión Estado (depresión hospitalaria) con la intensidad de alta prevalece más en el género femenino que masculino. En cuanto a la intensidad de medio prevalece más en niños que en niñas. Lo que indica que hay más vulnerabilidad psicológica a presentar sintomatología depresiva grave en el género femenino que en masculino, en intensidad media prevalece más en el género masculino mostrando en término medio su vulnerabilidad; en pacientes masculinos no se presenta síntomas depresivos bajos y en el sexo femenino prevalece un caso.

TABLA N° 12

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN RASGO SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO
IDERE-N, II PARTE**

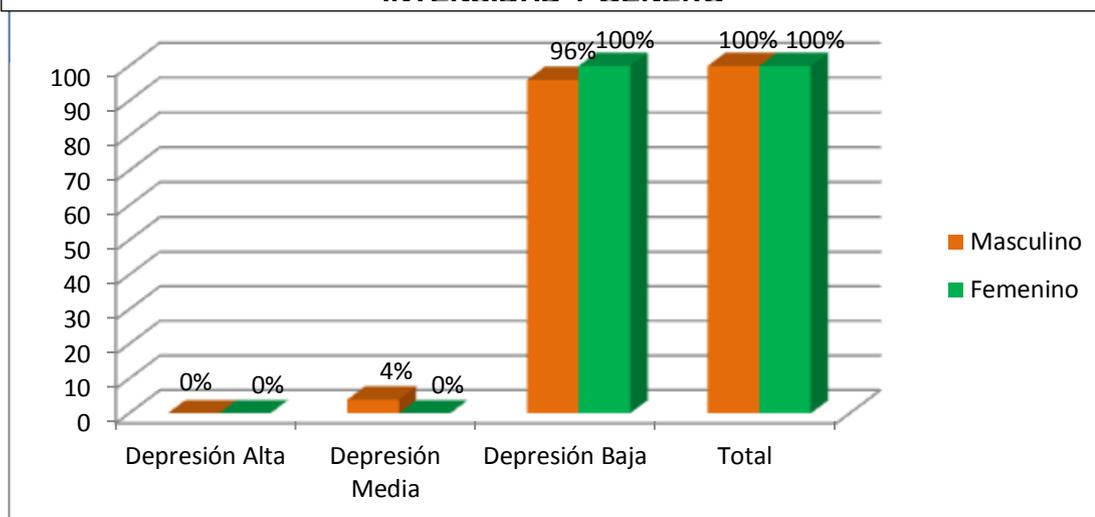
VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Alta: masculino	0	0%
Depresión Media: masculino	1	4%
Depresión Baja: masculino	25	96%
TOTAL	26	100%
Depresión Alta: femenino	0	0%
Depresión Media: femenino	0	0%
Depresión Baja: femenino	14	100%
TOTAL	14	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 12

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN RASGO (IDERE-N, II PARTE) SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO



Análisis: Según los datos obtenidos de los investigados en cuanto a la prevalencia de Depresión Rasgo (depresión como parte de su personalidad o por influencia de conflictos emocionales externos a una hospitalización) con la intensidad de alta no predomina en ningún paciente, en cuanto a nivel medio se encuentra un caso de sexo masculino; y con ausencia de sintomatología (depr. baja) presentan todos los casos excepto el caso que presenta depresión media, el mismo que demuestra una predisposición psicológica durante su proceso de adaptabilidad y a la adquisición de psicopatología por internamiento hospitalario.

TABLA N° 13

APLICACIÓN DE RE-TEST: DEPRESIÓN ESTADO SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO

IDERE-N, I PARTE

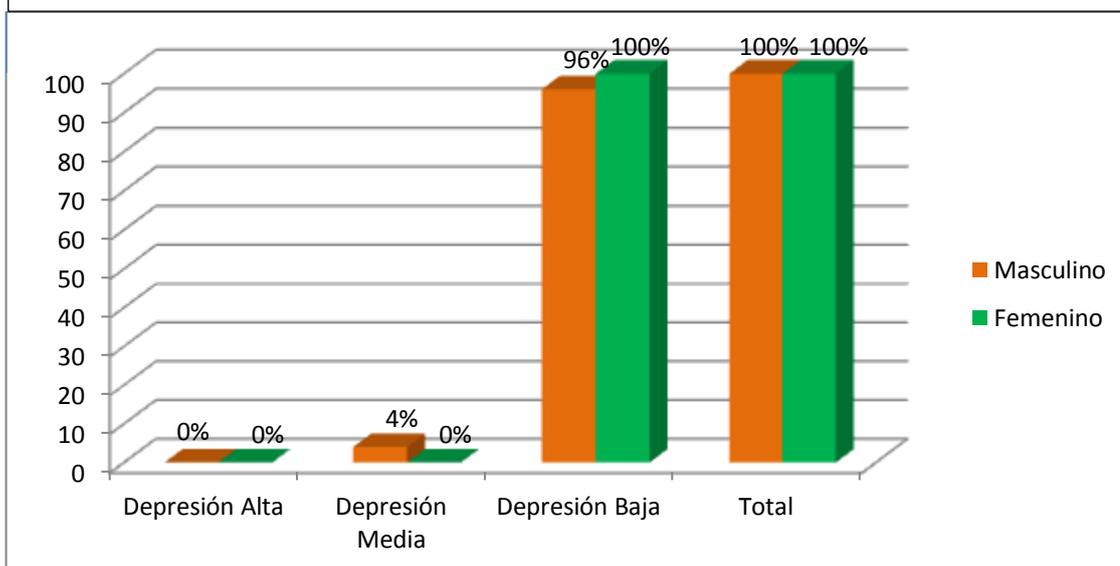
VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Alta: masculino	0	0%
Depresión Media: masculino	1	4%
Depresión Baja: masculino	25	96%
TOTAL	26	100%
Depresión Alta: femenino	0	0%
Depresión Media: femenino	0	0%
Depresión Baja: femenino	14	100%
TOTAL	14	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 13

APLICACIÓN DE RE-TEST: DEPRESIÓN ESTADO (IDERE-N, I PARTE) SEGÚN INTENSIDAD Y GÉNERO



Análisis:

A partir de los datos obtenidos con la aplicación del Re-test (IDERE-N, I parte) no se obtiene frecuencia en depresión alta tanto en el género masculino y femenino, se identifica un caso en depresión media, y el resto de población excluyendo el caso mencionado, presenta ausencia de sintomatología depresiva (depresión baja).

TABLA N° 14

**ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y
ADAPTABILIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS
(Directa a niños) Pregunta Uno.**

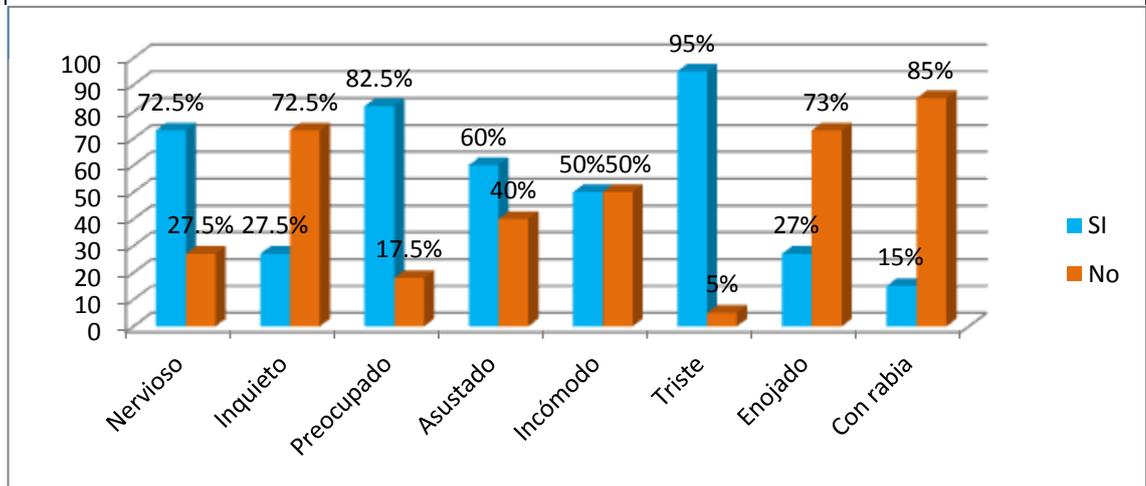
VARIABLE		Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Cómo te sientes?:			
Nervioso:	SI	29	72.5%
	NO	11	27.5%
Total		40	100%
Inquieto:	SI	11	27.5%
	NO	29	72.5%
Total		40	100%
Preocupado:	SI	33	82.5%
	NO	7	17.5%
Total		40	100%
Asustado:	SI	24	60%
	NO	16	40%
Total		40	100%
Incómodo:	SI	20	50%
	NO	20	50%
Total		40	100%
Triste:	SI	38	95%
	NO	2	5%
Total		40	100%
Enojado:	SI	11	27%
	NO	29	73%
Total		40	100%
Con rabia:	SI	6	15%
	NO	34	85%
Total		40	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 14

CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y ADAPTABILIDAD EN NIÑOS



Análisis: Según los datos obtenidos de los investigados en cuanto a las respuestas SI relacionadas a su comportamiento inicial a su internamiento, se obtiene en primer lugar a tristeza, preocupado y nervioso, y el puntaje relacionado a la sintomatología que menos prevalece en cuanto a su adaptabilidad es al comportamiento con rabia, enojado e inquieto.

TABLA N° 15

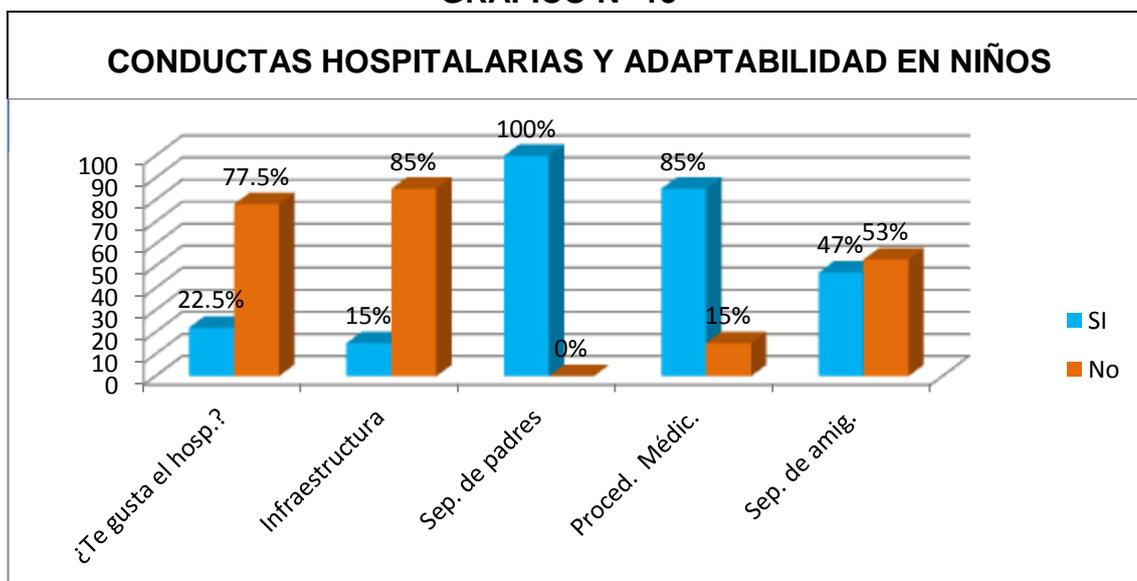
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y ADAPTABILIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS (Directa a niños) Pregunta Dos.

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
2. ¿Te gusta el Hospital?		
SI	9	22.5%
NO	31	77.5%
Total	40	100%
¿Qué te afecta?:		
Infraestructura:		
SI	6	15
NO	34	85
Total	40	100%
Separación de los padres:		
SI	40	100
NO	0	0
Total	40	100%
Procedimientos Médicos:		
SI	34	85
NO	6	15
Total	40	100%
Separación de amigos:		
SI	19	47
NO	21	53
Total	40	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 15



Análisis: Según los datos obtenidos de los investigados 73% no le gusta el hospital, debido primordialmente a la separación de los padres y procedimientos médicos, afectándoles en el menor grado la infraestructura del hospital.

TABLA N° 16

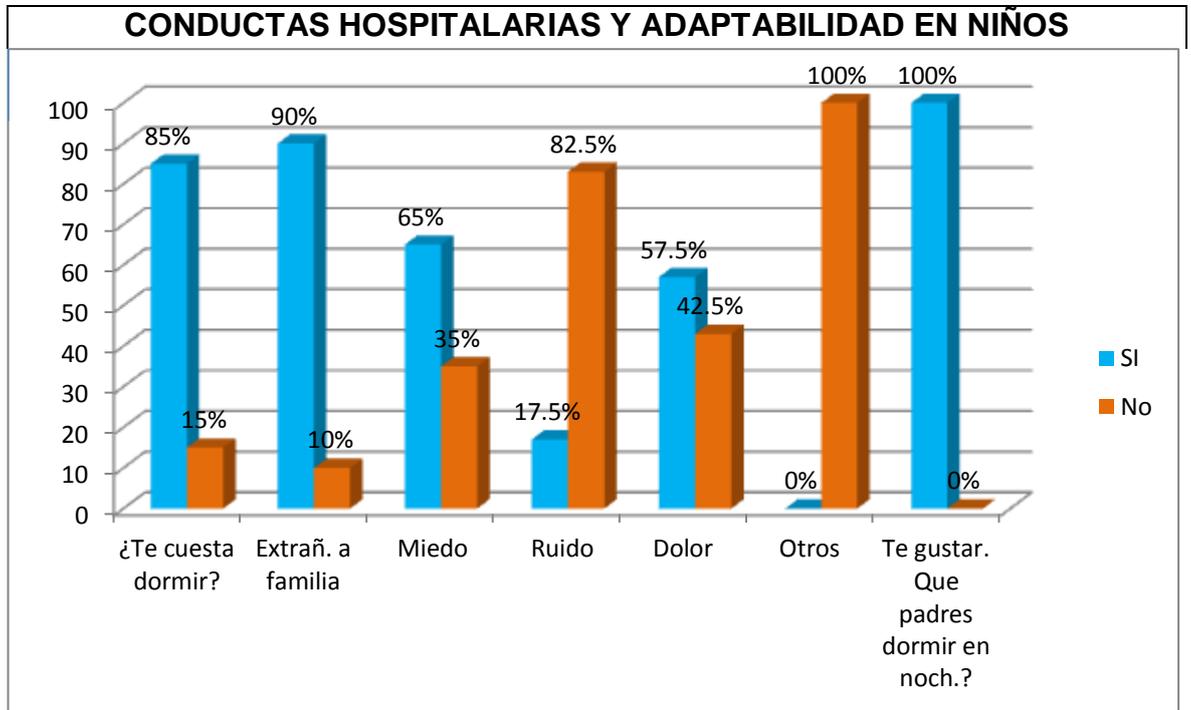
**ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y
ADAPTABILIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS
(Directa a niños) Preguntas 3 y 4.**

VARIABLE		Frecuencia	Porcentaje
3. ¿Te cuesta Dormir?	SI	34	85
	NO	6	15
Total		40	100%
¿Por qué?:			
Extraña a la familia:	SI	36	90
	NO	4	10
Total		40	100%
Miedo:	SI	26	65
	NO	14	35
Total		40	100%
Ruido:	SI	7	17.5
	NO	33	82.5
Total		40	100%
Dolor:	SI	23	57.5
	NO	17	42.5
Total		40	100%
Otros:	SI	0	0
	NO	40	100
Total		40	100%
4. ¿Te gustaría que tus padres se quedaran en la noche?	SI	40	100
	NO	0	0
Total		40	100%

Fuente: Niños y niñas del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

GRÁFICO N° 16



Análisis: Según los datos obtenidos el 85% de la población presentan dificultad de dormir teniendo como principal causa extrañar a su familia y miedo (a lo que pueda pasar); en menor porcentaje es por dolor y ruido, y ninguno menciona otro motivo; en cuanto a la pregunta de que si les gustaría que sus padres se quedaran a dormir en la noche el 100% de la población respondió que si.

TABLA N° 17

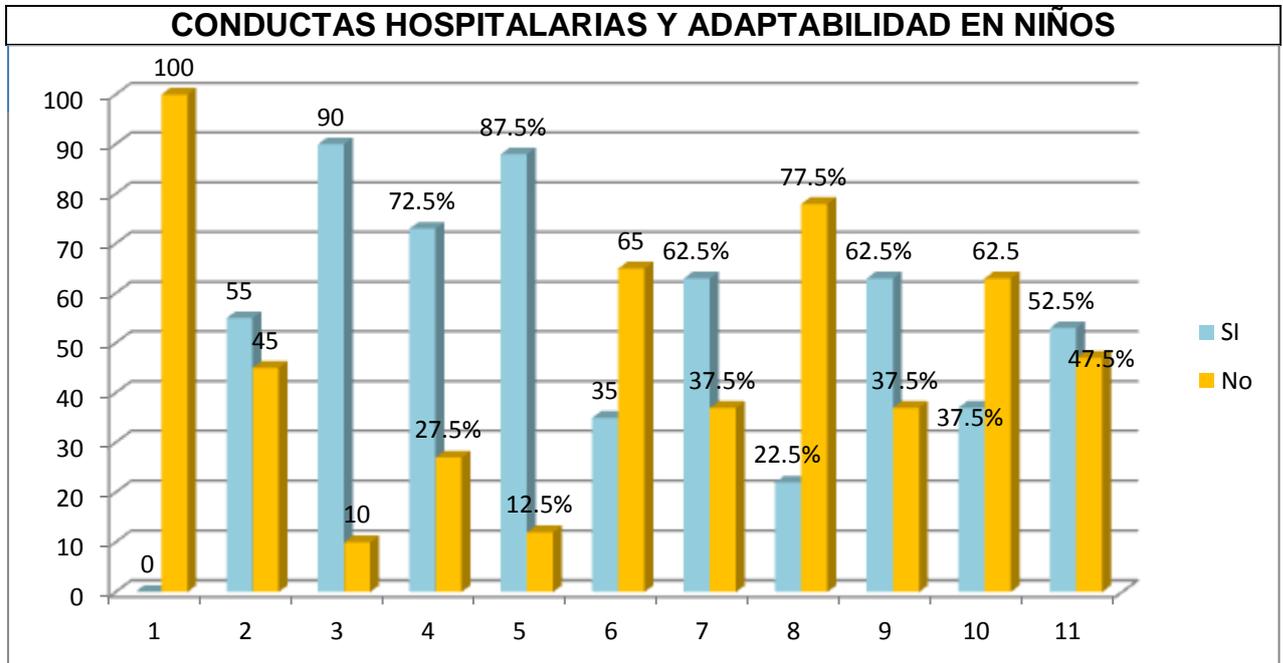
**ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y
ADAPTABILIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS
(Indirecta a padres) Preguntas 1 - 11.**

AREA EMOCIONAL		Frecuencia	Porcentaje
1. Siente temor ante personas desconocidas (vestidas de civil)	SI	0	0
	NO	40	100
2. Siente temor ante personas desconocidas (personal médico)	SI	22	55
	NO	18	45
3. Siente inconformidad al ingreso al hospital.	SI	36	90
	NO	4	10
4. Su hijo presenta llanto.	SI	29	72.5
	NO	11	27.5
5. Siente temor al quedarse solo.	SI	35	87.5
	NO	5	12.5
6. Tiene pensamientos de no volver a ver a sus seres queridos.	SI	16	35
	NO	26	65
7. Experimenta sensaciones de abandono,	SI	25	62.5
	NO	15	37.5
8. Se muestra agresivo.	SI	9	22.5
	NO	31	77.5
9. Se altera cuando se le deja solo durante unos minutos.	SI	25	62.5
	NO	15	37.5
10. Tiene disposición a coger rabinetas	SI	15	37.5
	NO	25	62.5
11. Protesta cuando come.	SI	21	52.5
	NO	19	47.5

Fuente: Representantes o padres del paciente del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz

GRÁFICO N° 17



Análisis: El 100% de la población no le teme a personas vestidas de civil, el temor al personal médico el 55% presenta; alrededor del 90% sienten inconformidad al ingreso a este hospital, el 72.5% de los niños presentaron llanto a su ingreso, el 87.5% teme quedarse solo, el 35% de los niños tienen pensamientos de no volver a ver a sus seres queridos, el 62.5% experimenta sensaciones de abandono, un 22.5% se muestra agresivo a su ingreso, el 62.5% se altera cuando esta solo, el 37.5% presenta disposición a coger rabietas, 52.5% protesta cuando come.

TABLA N° 18

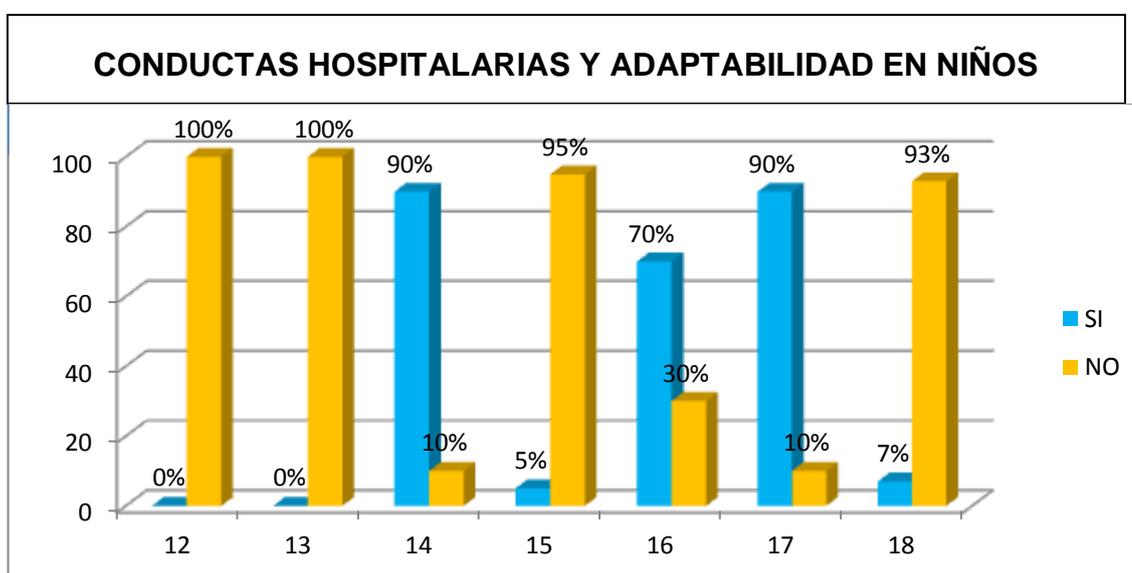
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y ADAPTABILIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS (Indirecta a padres) Preguntas 12 - 18.

AREA MOTRIZ		Frecuencia	Porcentaje
12. Se orina en la cama, o su ropa de vestir	SI	0	0
	NO	40	100
13. Realiza las deposiciones en la cama, o su ropa de vestir.	SI	0	0
	NO	40	100
14. Emplea mucho tiempo en estar sentado, acostado, sin hacer nada.	SI	36	90
	NO	4	10
15. Tiene pesadillas en la noche o se despierta llorando.	SI	2	5
	NO	38	95
16. Tiene poco apetito.	SI	28	70
	NO	12	30
17. Su comportamiento es inhibido.	SI	36	90
	NO	4	10
18. Su comportamiento es desinhibido.	SI	4	10
	NO	36	90

Fuente: Representantes o padres del paciente del área de pediatría del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

Elaborado por: Gabriela Fernanda Rojas Muñoz

GRÁFICO N° 18



Análisis: En toda la población no se evidencia ningún caso de Encopresis, ni de Enuresis, el 90% de los investigados pasa la mayoría del tiempo sin hacer nada, el 95% no presenta pesadillas, el 70% de los niños presenta una alteración en la ingesta alimentaria de disminución de apetito, el 90% de manifiesta un comportamiento inhibido durante la hospitalización, donde un 10% de la población se presenta aparentemente sociable.

VII. DISCUSIÓN

La enfermedad y la hospitalización son eventos estresantes que significan una serie de cambios en la vida del niño, adolescente y su familia.

Estos cambios, necesariamente requieren que la familia y el niño realicen una serie de ajustes para adaptarse a la enfermedad, a la hospitalización y al tratamiento.

La enfermedad tiene un impacto sobre el individuo; afecta el funcionamiento psicológico, la imagen, los recursos emocionales, las capacidades mentales y el estado de ánimo.

La hospitalización y el diagnóstico repercute en la familia en la distribución de recursos, los roles, los patrones de internación y la imagen colectiva; estos aspectos exigen todo un proceso adaptativo. A medida que la familia lo realiza, se produce un impacto en el individuo enfermo, en los miembros de la familia y en el grupo familiar total.

Es necesario recordar que la hospitalización se acompaña de un signo de muerte, cuya intensidad depende de distintas variables como las características de la enfermedad, la connotación social que ésta tenga, la etapa del desarrollo del niño, adolescente y su familia, la relación con el médico, etc.

En definitiva, es necesario un reconocimiento de los procesos psicosociales que intervienen en la experiencia de enfermedad y hospitalización del niño y su familia. Para lograr esto, es necesario incluir a la familia del paciente, porque es un nexo importante con el niño e influye de una manera importante en la forma que el tratamiento es llevado a cabo. Esto se puede lograr adoptando una visión biopsicosocial del enfermar.

Las primeras investigaciones sobre hospitalización en niños se desarrollaron sobre la carencia de cuidados maternos, posterior a la segunda guerra mundial. Sir James Spencer en 1947, describió lo inadecuado de muchas

salas pediátricas; más tarde Ala Moncriell en 1952 se refirió a la incorporación exitosa de madres de niños menores de cinco años en la prevención de problemas psicológicos. Bowlby, en 1952, demostró alteraciones psicológicas a largo plazo que se manifestaban en niños con experiencias de hospitalización difícil, quienes habían sido visitados por sus padres, pero sin que se permitiera la permanencia estable de ellos. Se planteó la importancia de la vivencia de la privación materna y la ansiedad de separación que afectaba especialmente el apego en los niños menores durante la hospitalización, teniendo consecuencias posteriores en el desarrollo emocional.

Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez. Entre un 10% a un 37 % de los niños hospitalizados presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento. La hospitalización y la enfermedad que la justifica, son altamente estresantes para el niño, adolescente, su familia y también para el equipo médico.

Para ratificar lo mencionado, se explicará a continuación los datos que realzan esta investigación; en cuanto a prevalencia de sintomatología ansiosa hospitalaria en pacientes con reingresos presentan todos ansiedad alta en comparación con los ingresos que la mitad pertenece a ansiedad alta y la otra mitad ansiedad media, demostrando que los reingresos presentan mayor sintomatología ansiosa grave que los ingresos, debido a la experiencia hospitalaria previa sin tratamiento psicológico. En cuanto a la depresión demuestra mayor vulnerabilidad psicológica de pacientes con experiencias en hospitalización que los que ingresan por primera vez.

Según los datos obtenidos de los investigados en cuanto a la prevalencia de Ansiedad Estado (ansiedad hospitalaria) con la intensidad de alta prevalece más en el género femenino que masculino; en cuanto a la Depresión Estado (depresión hospitalaria) está presente en mayor porcentaje en el sexo femenino también. Lo que indica la mayor vulnerabilidad del género

femenino, recalcando además que en ambos géneros existe una alteración en estado emocional del paciente debido a un cambio de ambiente brusco e inesperado produce del paciente.

No se evidencia casos de ansiedad y depresión como rasgo de personalidad, excepto 2 casos cuya evolución psicológica fue más lenta y menos favorable que los que no tenían esta sintomatología clínica; lo que indica que la mayoría de población no presenta estos síntomas clínicos, sino que están presentes como síntomas secundarias a una hospitalización.

Los pacientes hospitalizados presentan conductas Desadaptativas ante su internamiento, tales como: tristeza, preocupación, nerviosismo, temor a la separación con los padres, a lo que pueda suceder y a procedimientos médicos realizados, dificultad para conciliar el sueño, llanto fácil, y sensaciones de abandono.

En la re-valoración con los inventarios psicológicos (aplicados inicialmente), luego de la ejecución del Plan de intervención, se obtuvo datos favorables ya que los pacientes presentaron disminución de sintomatología ansiosa-depresiva secundaria a la hospitalización, mejorando su adaptabilidad.

Ante estas evidencias y concluida la investigación, el Proceso Adaptativo y Síntomas Ansiosos - Depresivos se relacionan con la Hospitalización de niños y niñas que permanecieron en el Área de Pediatría del Hospital Provincial General "Isidro Ayora" durante el periodo enero – agosto 2012.

VIII. CONCLUSIONES

Las enfermedades que requieren hospitalización junto con el proceso de hospitalización conllevan múltiples elementos estresantes en un período de tiempo generalmente breve, puesto que la adaptación a ambientes desconocidos y a personas con las que no existe una interacción permanente, como es el equipo de salud, representan algo extraño y desconocido para el niño pueden producir ansiedad-depresión e interferir en el crecimiento y desarrollo normal del mismo.

Una vez concluido el presente estudio investigativo se concluyó que:

- Las causas más frecuentes por las que se da la hospitalización en niños en el Hospital General Provincial Isidro Ayora de la provincia de Loja, son aquellas que tienen relación con el servicio de traumatología pues los ingresos frecuentes son por fracturas a causa de accidentes caseros y caídas de alturas considerables.
- Los pacientes que han tenido *reingresos presentan mayor prevalencia* de sintomatología ansiosa – depresiva, datos demostrados en la tabla N° 6 y 7, representado y manifestaciones de conductas desadaptativas que aquellos que han sido internados por primera vez.
- Las **conductas desadaptativas** más frecuentes en los investigados se caracterizaron por comportamientos iniciales de *tristeza, preocupación, nerviosismo, temor a la separación con los padres, a lo que pueda suceder y a procedimientos médicos realizados, dificultad para conciliar el sueño, llanto fácil, y sensaciones de abandono.*
- Una cantidad significativa de evaluados presentan **ansiedad y depresión hospitalaria con diferente intensidad**, destacándose en el género *femenino* casos de *ansiedad y depresión alta*, mientras que en el *masculino* prevalecen aquellos casos con *ansiedad-depresión media*.

- Se identificó en una cantidad mínima de evaluados a **la ansiedad-depresión como rasgo de personalidad o conflictos emocionales** que influyan adicionalmente en el proceso de hospitalización, lo cual permite certificar que la ansiedad que presentaron los niños fue netamente secundaria a la hospitalización.
- Posteriormente al **diseño y ejecución del respectivo plan de intervención** en los niños, niñas y preadolescentes del área de Pediatría se evaluó *los niveles de ansiedad-depresión* y se determinó que **la sintomatología había disminuido significativamente.**

IX. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se ha demostrado que la hospitalización se puede considerar como un factor desencadenante para una alteración emocional sobre todo en los niños, niñas, preadolescentes, puesto que la hospitalización supone un proceso de adaptación nuevo y desconocido para el cual no se encuentran preparados. Por tal motivo, para aportar y favorecer al proceso de adaptación del niño hospitalizado se recomienda que:

- ✓ Se continúe aplicando la siguiente propuesta de intervención, la misma que fue diseñada en base a técnicas cognitivas-conductuales, Terapias lúdicas, y familiares, puesto que un proceso de adaptación hospitalaria afecta no solo al niño hospitalizado sino también a su entorno inmediato. La presente propuesta ha demostrado alta validez o fiabilidad puesto que fue desarrollada en la población investigada y se encontraron resultados favorables posteriormente a su aplicación.
- ✓ El ministerio de Salud Pública a través del Hospital General Provincial Isidro Ayora de la provincia de Loja y del servicio de Salud Mental del mismo implemente un programa de intervención integral que aborde las múltiples necesidades derivadas de la situación de enfermedad en el niño y niña hospitalizados, que van mas allá de lo físico puesto que inciden en el ámbito familiar, escolar y social.
- ✓ El hospital General provincial Isidro Ayora de la provincia de Loja a través del equipo de Salud mental diseñen estrategias de Intervención en de Psicoeducación que sirvan o sean aplicadas para situaciones pre y post- quirúrgicas con el fin de facilitar al personal médico el proceso operatorio y la recuperación con la respectiva colaboración del paciente.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: DISEÑO Y EJECUCIÓN

PLANIFICACIÓN PSICOTERAPEÚTICA DIRIGIDO A NIÑOS Y NIÑAS EN PROCESO DE ADAPTACIÓN EN UN MEDIO HOSPITALARIO

Introducción.

Entre las influencias negativas psicológicas en la vida del niño, la hospitalización se la puede considerar como poco frecuente pero de poderoso impacto, pudiéndola vivenciar como atemorizante, amenazante o como una situación de adaptación por los cambios de hábitos a los que será sometido. Frecuentemente es difícil separar la influencia emocional proveniente de la propia enfermedad del malestar causado por la hospitalización, además es una interacción con nuevas personas a las que no estuvo familiarizado.

La Hospitalización puede afectar al bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales y el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle su resiliencia, desde esta perspectiva, la participación del paciente, la familia y una adecuada intervención psicológica son importantes en la creación de un sistema de salud holístico y funcional, favoreciendo a la evolución física y psicológicas de la persona.

Una adecuada atención a todos los factores que influyen a su estado emocional, puede transformar la hospitalización en una experiencia constructiva y no traumática, ni negativa. El niño hospitalizado precisa de su familia, del juego, de la educación y de la atención individualizada de todas sus carencias, a fin de evitar el retraso en su desarrollo y procurar en la medida de lo posible, una vida normal acorde con la etapa evolutiva en que se encuentra.

Estas circunstancias aconsejan la necesidad de elaborar, diseñar y aplicar un Plan de Intervención para la hospitalización infantil, para contribuir a reducir los efectos psicológicos negativos secundarios a la hospitalización.

Justificación.

Al analizar los resultados obtenidos de la presente investigación, se concluye que la hospitalización influye en el estado emocional del paciente, cuyos investigados presentaron conductas desadaptativas iniciales. Así como la presencia de síntomas ansiosos – depresivos secundarios al internamiento médico.

Debido a esta demanda, la presente propuesta fue diseñada para luego desarrollar su ejecución, la misma que demuestra su efectividad disminuyendo síntomas ansiosos – depresivos, mejorando su adaptabilidad, interviniendo con las respectivas técnicas a nivel individual, familiar y grupal.

FASES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICO

Para el Diseño y Ejecución del Plan de Intervención Psicoterapéutico se seguirán las siguientes fases:

1. Encuadre
2. Diagnóstico
3. Planificación de sesiones
4. Intervención

FASE 1: ENCUADRE

Es fundamental esta fase ya que a través del rapport y empatía se pretende establecer la relación terapeuta-paciente, de esta fase dependerá la calidad del proceso psicológico. Son importantes las fórmulas de cortesía y la expresión verbal en las primeras intervenciones del terapeuta porque serán definitorias del tipo de relación que se establece.

El terapeuta se presenta ante el paciente para requerir empatía, con el fin de lograr un clima de confianza, credibilidad e interés. Implica construir confianza, armonía y cooperación en la relación para aumentar la capacidad de comunicación, lograr un feed back eficaz. Esta sesión es clave para el paciente infantil ya que permite y facilita en las sesiones posteriores el compromiso del niño el proceso de intervención.

Para la población infantil es clave utilizar actividades lúdicas, tales como rompecabezas, dibujos, cuentos, juguetes, lo cual permite un mayor lazo terapéutico.

Utilizar el encuadre significa además, mantener constantes ciertas variables que intervienen en dicho proceso, a saber:

- a) Aclaración de los roles respectivos (naturaleza y límites de la función que cada parte integrante, paciente y psicólogo, desempeña en el contrato)
- b) Lugares donde se realizarán las entrevistas
- c) Horario y duración del proceso (en términos aproximados, tratando de no plantear una duración ni muy corta ni muy prolongada)
- d) Honorarios de visita.

FASE 2: DIAGNÓSTICO

En esta fase se obtiene y recolecta información, indagando en los principales y atenuados síntomas del paciente. Percibe las conductas y estado emocional a causa de la hospitalización. En la segunda fase se incluye la aplicación de Historia Clínica, ya que será clave que nos dirigirá a un diagnóstico preciso.

Se aplica además la Encuesta de evaluación de conductas hospitalarias y desadaptativas en niños y niñas (directa e indirecta), la misma que permite identificar las conductas desadaptativas secundarias a una hospitalización. La aplicación de inventarios psicológicos: Inventario de Autoevaluación Depresión Rasgo / Estado Infantil (IDEREN) e Inventario de Ansiedad Rasgo-

Estado (IDARE-N), permite identificar sintomatología ansiosa y depresiva infantil debido a una hospitalización.

A partir de estos resultados se identifica la presencia la inadaptabilidad de los niños presentando síntomas de mayor prevalencia, tales como: tristeza, preocupación, nerviosismo, temor a la separación con los padres, a lo que pueda suceder y a procedimientos médicos realizados, dificultad para conciliar el sueño, llanto fácil, y sensaciones de abandono. Así como la presencia de síntomas ansiosos – depresivos secundarios al internamiento médico.

Resultados que permiten la ejecución del presente plan de intervención mediante la planificación del proceso terapéutico, proponiendo los siguientes objetivos.

OBJETIVOS:

General:

- Realizar la intervención conveniente y oportuna mediante el presente PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, dirigida a conductas desadaptativas, sintomatología depresiva y ansiosa, identificada en el paciente infantil hospitalizado para mejorar su calidad de vida.

Específicos:

- Realizar intervención psicológica a nivel individual para mejorar estado emocional deteriorado por ambiente hospitalario.
- Realizar intervención psicológica a nivel familiar, para que la familia sea un apoyo principal en la recuperación física y psicológica del paciente.
- Realizar intervención psicológica a nivel grupal para mejorar estado emocional por medio de la integración en pacientes hospitalizados.

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE SESIONES

Las sesiones se las describirá en el orden a efectuarse; las sesiones aplicadas pueden ser de una o dos por día dependiendo de la intensidad de sintomatología y colaboración del paciente. Además dependerá del tiempo de hospitalización, en menos días se reducen técnicas, recalcando las más importantes para su recuperación. La forma de aplicación y redacción de las actividades y técnicas empleadas varían de acuerdo al nivel de desarrollo del niño, la edad dependerá de la sencillez y complejidad con que se les aplique. La mayoría de las técnicas son aplicadas junto con la ludoterapia, ya que esta permite una mejor adaptación y enlace a las demás técnicas en la población infantil.

Las terapias individuales duran 45 minutos aprox.; las terapias familiares 30 minutos aprox.; las terapias grupales 50 minutos aprox.

Consta de cuatro apartados:

- ✓ A nivel individual en sintomatología depresiva, consta de 7 sesiones
- ✓ A nivel individual en sintomatología ansiosa, consta de 7 sesiones
- ✓ A nivel familiar, consta de 6 sesiones
- ✓ A nivel grupal, consta de 5 sesiones.

Para el proceso del presente Plan de Intervención se utiliza enfoque Cognitivo-Conductual, seleccionando y empleando técnicas psicológicas dirigidas en la inadaptación de los niños, en ansiedad y depresión, sintomatología secundaria a una hospitalización.

En el trascurso del proceso terapéutico se aplica la psicoterapia infantil breve, la misma que busca solucionar los problemas de la manera más rápida y eficiente. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "Aquí y Ahora". En contraposición al Psicoanálisis tradicional que su enfoque se basa en el pasado, la Terapia Breve acude al pasado únicamente en dos casos: cuando el paciente lo considera

importante para solucionar su problemática actual, o cuando el terapeuta estime obtener recursos adicionales y útiles para ampliar la gama de posibles soluciones al problema planteado. Una de las técnicas más utilizadas en la psicoterapia breve infantil, es la connotación positiva que lejos de ser únicamente un simple estímulo de dar ánimo y fortaleza, implica un cambio del marco cognitivo que genera la percepción del hecho como problema. Es, por tanto, una verdadera recategorización del problema. Se suele hacer una combinación de una reestructuración simple y una connotación positiva.

En síntomas depresivos el primer paso consiste en intervenir en el ámbito emocional - conductual, en donde aprenda a detectar las emociones y a emparejarlas con las situaciones que las han provocado, para luego trabajar en emociones dicotómicas debido a que tiende a verlo todo “blanco y negro”, proceso denominado Entrenamiento Emocional. El objetivo es enseñar al niño que existen diferentes emociones, y que estas pueden ser tanto positivas como negativas, que en ocasiones las diferentes emociones se entremezclan, y que son las diferentes situaciones que vivimos las que desencadenan las emociones y determinan su intensidad.

Una vez que se ha conseguido una mejora en el ámbito emocional y conductual, el beneficio en el aspecto cognitivo se observa rápidamente, y viceversa: los cambios cognitivos favorecen la mejoría en las otras áreas. Por esta razón el trabajo de los pensamientos se va realizando de forma simultánea al conductual, se aplica el modelo ABC de la depresión infantil. Luego que ha interiorizado la relación entre las situaciones y las emociones, es el momento de reemplazar las conductas que presenta y que le están manteniendo la situación de tristeza, por otras conductas que le ayuden a mejorar el estado de ánimo, como son el juego y las relaciones sociales, empleando las terapias grupales.

En síntomas ansiosos primeramente se realiza relajación para disminuir tensión, luego trabajar con autoinstrucciones para modificar el diálogo

interno del niño para facilitar el afrontamiento de una hospitalización y de los acontecimientos que conlleva este proceso de internamiento. Para luego trabajar con técnicas conductuales como de Modelado, las cuales permiten aprender nuevas conductas, inhibir o desinhibir patrones comportamentales, facilitar respuestas, aumentar los efectos de los estímulos o incrementar la activación emocional o afectiva. Luego de trabajar en el área Conductual se trabaja en el área Cognitiva con la Terapia Racional Emotiva: Reconstrucción Cognitiva, Modelo ABC, para modificar pensamientos distorsionados por otros adaptativos. Las prácticas reforzadas permiten adquirir nuevas conductas adaptativas y las escenificaciones emotivas para potenciar los resultados obtenidos durante todo el proceso terapéutico.

En el Área familiar se trabaja con Psicoeducación, primeramente se conoce la dinámica familiar, para luego intervenir en la familia como eje principal en la recuperación física y psicológica del niño.

Las terapias grupales permiten reintegrar a los pacientes mediante actividades lúdicas, técnicas como Modelado, Ensayo conductual, generalización de las habilidades sociales y reforzamientos para mejorar su adaptabilidad y estado emocional.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN

SESIÓN N°: 1

OBJETIVO:

- ✓ Mejorar la expresión y comunicación entre paciente y terapeuta
- ✓ Lograr en el paciente una adecuada adaptabilidad en el ambiente hospitalario.
- ✓ Influir positivamente en su estado emocional mediante actividades agradables para el niño.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Ludoterapia

PROCEDIMIENTO:

El juego es la forma de terapia del niño mediante la cual con frecuencia se llega al centro de las confusiones, depresiones y conflictos. A través de la seguridad del juego, los niños pueden someter a prueba sus nuevas formas de ser. El juego representa una función vital para el niño. Los niños experimentan mucho de lo que aún no pueden expresar en el lenguaje y, por tanto, utilizan el juego para formular y asimilar lo que experimentan.

El terapeuta dispone y manipula el ambiente para conseguir una adaptación satisfactoria y una participación activa de los niños. Además, el terapeuta debe reconocer las propiedades de los juguetes y como adaptarlos apropiadamente para utilizarlos en beneficio de los niños.

Actividades lúdicas:

- Se usan historias que permiten crear relatos: en primera instancia pueden ser creadas por el terapeuta, para luego ser completadas por el niño, tener acceso a la literatura reconforta a los niños, les permite viajar a reinos lejanos y protagonizar aventuras increíbles.

- Actividades recreativas como la pintura de personajes o dibujos agradables.
- Lectura de cuentos o narraciones ilustrativas
- Armar rompecabezas.
- Actividades manuales.
- Juegos de letras, sopa de palabras.
- Actividades físicas: se puede utilizar la pelota, juguetes que se encuentren en la sala de Ludoteca del Hospital, etc.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN

SESIÓN N°: 2.

OBJETIVOS:

- ✓ Trabajar en entrenamiento emocional, diferenciar sentimientos de sensaciones.
- ✓ Motivar al paciente a verificar la beneficios del proceso de la terapia

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Las piedras no comen pizza
- Contrato de contingencias
- Economía de fichas.

PROCEDIMIENTO:

Dado que el niño tiende a exagerar las emociones negativas que siente, el primer paso de la terapia consista en el entrenamiento emocional. El objetivo es enseñar al niño que existen diferentes emociones, y que estas pueden ser tanto positivas como negativas, que son las diferentes situaciones que vivimos las que desencadenan las emociones y determinan su intensidad.

- Diferenciar sentimientos de sensaciones. Para ello se utiliza la técnica de las **piedras no comen pizza**, le damos una lista de cosas que se pueden sentir (sed, soledad, miedo) y él tiene que clasificarlas según se refieran a sensaciones (hambre, sed, calor) o a sentimientos (triste, alegre, miedo...) Esto permite a que el niño diferencie las sensaciones de las emociones, por ejemplo a que dolor no es lo mismo que estar triste o decaído, que enfermedad no significa estar afligido; así como identificar que las sensaciones y emociones varían en función de los acontecimientos que han vivido.

El contrato de contingencia, preferiblemente será escrito, en el se plasman los beneficios que obtendrá por conseguir los objetivos de terapia, y aplicar la economía de fichas para reforzar positivas o disminuir conductas problemáticas.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN

SESIÓN N°: 3.

OBJETIVOS:

- ✓ Asociar estímulos y situaciones
- ✓ Incrementar la capacidad de auto-observación de las emociones

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Cada oveja con su pareja.
- Adivina, Adivinanza.

PROCEDIMIENTO:

- Asociar emociones y situaciones: la técnica de **cada oveja con su pareja**, en la que se proporciona al niño dos columnas, una con emociones y otra con situaciones, y él debe unir con flechas ambas columnas. Los emparejamientos que va haciendo dan mucha información sobre las distorsiones del pequeño. Luego de identificar cada pareja se discute y se da soluciones y alternativas.
- Trabajar la capacidad de auto-observación y expresión verbal de las emociones: para ello la **técnica de adivina, adivinanza**. Se trata de que el niño actúe como si fuese un observador externo, y vaya diciendo cómo se sentiría otro niño en diferentes situaciones: si se enferma, si va al hospital, si lo operan, si le dan medicamentos, si tiene un accidente, etc.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN

SESIÓN N°: 4.

OBJETIVOS:

- Identificar sentimientos positivos y negativos
- Emparejar situaciones y sentimientos

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- ✓ Tarta de los sentimientos.
- ✓ Termina la frase

PROCEDIMIENTO:

- Identificar sentimientos positivos y negativos: técnica de **la tarta de los sentimientos**, tiene dos variantes: en la primera dar al niño una tarta con nombres de sentimientos dentro, y él nos tiene que dar ejemplos de situaciones que provocan esa emoción, mientras que en la segunda damos al niño las situaciones y él nos tiene que decir los sentimientos que actúan como ingredientes de esa tarta, con la finalidad de reconozca que situaciones producen una tristeza, y no incluya a estas una hospitalización,
- Emparejar situaciones y sentimientos: técnica de **termina la frase**, aquí se da al niño una tabla en la que se pone una serie de situaciones que se manifiestan en el hospital, y al lado un hueco para poner la emoción que le corresponde. Al principio se puede dar los nombres de las emociones para que él coloque cada uno donde corresponda, y cuando hayamos avanzado más dejar que sea él quien genere estos nombres.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN

SESIÓN N°: 5.

OBJETIVOS:

- Trabajar en gradación emocional.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- ✓ Termómetro emocional

PROCEDIMIENTO:

El termómetro emocional: un sistema subjetivo de medida que ayuda al niño a aprender a tasar la intensidad de sus sentimientos, puede ser numérico más indicado para los niños mayores, o gráfico para menores, utilizando lápiz de color para tasar la intensidad del sentimiento infantil.

Para representar al termómetro se utiliza, el termómetro propiamente dicho, las caras o un semáforo (de acuerdo al gusto del paciente). También se puede utilizar objetos materiales como bloques de diferentes tamaños, pesas, vasos en los que el niño alcanza el nivel que representa la emoción.

A la hora de diseñar un termómetro emocional se toma en cuenta:

- 1º Escoger un mínimo de tres valores emocionales, porque las escalas dicotómicas no permiten graduar la intensidad de la emoción.
- 2º Elegir el termómetro en función de la edad y del nivel de desarrollo del niño.
- 3º Tener en cuenta que cuanto más valores tenga la escala mayor discriminación en los cambios emocionales.
- 4º Es preferible incluir un número impar de valores para poder establecer un valor medio.
- 5º Siempre que sea posible, se debe elegir un termómetro numérico, o que podamos asignarle un número, para aumentar la precisión de la técnica.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN

SESIÓN N°: 6.

Una vez que se ha conseguido una mejora en el ámbito emocional y conductual, el beneficio en el aspecto cognitivo se observa rápidamente, y viceversa: los cambios cognitivos favorecen la mejoría en las otras áreas. El trabajo de los pensamientos realiza de forma simultánea al conductual.

OBJETIVOS:

- Identificar pensamientos distorsionados secundarios a una hospitalización.
- Dar opción a nuevos pensamiento

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

Reestructuración cognitiva, técnicas:

- ✓ Tréboles de pensamientos y sentimientos.
- ✓ Mente en blanco.

PROCEDIMIENTO:

- Reestructuración cognitiva: siguiendo el modelo ABC de la depresión infantil, se consideran tres aspectos:

A → Adversidad: es decir, cualquier acontecimiento estresante

B → Balance cognitivo: el pensamiento que el niño hace de él

C → Consecuencia: emociones y comportamientos que siguen a la valoración.

Se tiene que enseñar al niño que el pensamiento es el principal responsable de cómo se siente, ya que la adversidad no causa directamente la consecuencia, sino que lo que desencadena la situación es el pensamiento, y en función de este se desencadena la emoción. Las principales técnicas con que podemos contar para este objetivo son:

1. Tréboles de pensamientos y sentimientos: plantea tres pautas de pensar ante las adversidades o situaciones, (en este caso una

hospitalización), una positiva, otra depresiva y una tercera negativa variable. El niño tiene que emparejar cada forma de pensar con el sentimiento que le produciría.

2. Mente en blanco: se realiza una tabla de tres columnas, se presenta en la primera una situación, en la tercera una emoción, y dejamos en blanco la segunda para que sea el niño quién escriba el pensamiento que produce en esa situación el sentimiento propuesto.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN

SESIÓN N°: 7.

OBJETIVOS:

- Trabajar en distorsiones cognitivas
- Detectar el pensamiento y describir cómo se siente
- Transformar pensamientos depresivos

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

Se utiliza los siguientes ejercicios:

- ✓ Divide y vencerás.
- ✓ Esta es tu vida
- ✓ Agua pasada
- ✓ La experiencia es la madre de la ciencia:
- ✓ Real Academia de la Lengua

PROCEDIMIENTO:

Una vez que el niño tiene clara la importancia de la manera de pensar sobre la forma de sentir, se le explica cuáles son sus distorsiones cognitivas, que le llevan a sentirse deprimido. Se recomienda explicarle que son como un estribillo que se repite una y otra vez, que se ha quedado grabado en la cabeza. A la hora de explicarle en qué va a consistir su tratamiento, la metáfora que se propone es la de los insectos. Se le dice al niño que cada tipo de pensamiento es como si le picase un insecto diferente, y que por tanto, le produce unos efectos diferentes, pero que conocemos un antídoto que se le va a enseñar, y que consiste en detectar los pensamientos automáticos, ponerlos en duda, y cambiarlos por otros que no nos hagan daño.

1. Detectar el pensamiento: las técnicas que podemos utilizar, según el caso, son: revisar lo que ha sentido durante el día, redactar y escribir cómo se siente.

2. Dudar de los pensamientos: se le explica al niño que existen dos mundos, uno dentro de su cabeza y otro fuera de ella. Dentro de la cabeza están los pensamientos que se ha dicho que se meten como un estribillo, y que son muy fuertes, pero fuera están las pruebas para saber si dicen la verdad o no, de modo que no se puede dar por cierto lo que dicen los pensamientos si las pruebas que hay fuera no lo corroboran.

3. Transformar pensamientos depresivos: dado que los pensamientos no se pueden eliminar, el objetivo que se tiene es cambiar los pensamientos depresivos ocasionados por la hospitalización, por otros más saludables, y la mejor manera de hacerlo es la discusión, planteando preguntas al niño cuyas respuestas le ayuden a plantearse opciones más realistas y saludables.

Los ejercicios que podemos utilizar son:

a) Divide y vencerás: Tratar de combatir la excesiva autculpabilización de los errores que hace el niño deprimido, explicándole que la razón de hospitalización no es de él, determinado dicha culpa a agentes externos.

b) Esta es tu vida: hacer una historia personal con la ayuda de los padres para demostrarle al niño que por lo que está pasando no es lo peor, como él cree y que también aparecen aspectos positivos, como una buena atención, etc.

c) Agua pasada no mueve molino: se trata de desviar la atención depresiva actual hacia un esfuerzo por superar.

d) La experiencia es la madre de la ciencia: pasar de considerar la hospitalización como un fracaso a verlo como una oportunidad para aprender.

e) Real Academia de la Lengua: se trata de modificar la forma de expresarse del niño: en lugar de decir “soy un desastre”, decir “a veces me olvido de algunas cosas”; “soy un enfermo”, decir “me estoy recuperando”; fue lo peor que me ha pasado”, decir “cualquiera tiene accidentes.”

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD

SESIÓN N°: 1

OBJETIVOS:

- ✓ Mejorar la expresión y comunicación entre paciente y terapeuta
- ✓ Lograr en el paciente una adecuada adaptabilidad en el ambiente hospitalario.
- ✓ Influir positivamente en su estado emocional mediante actividades agradables para el niño.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Ludoterapia

PROCEDIMIENTO:

Actividades lúdicas:

- Se usan historias que permiten crear relatos: en primera instancia pueden ser creadas por el terapeuta, para luego ser completadas por el niño, tener acceso a la literatura reconforta a los niños, les permite viajar a reinos lejanos y protagonizar aventuras increíbles.
- Actividades recreativas como la pintura de personajes o dibujos agradables.
- Lectura de cuentos o narraciones ilustrativas
- Armar rompecabezas.
- Actividades manuales.
- Juegos de letras, sopa de palabras.
- Actividades físicas: se puede utilizar la pelota, juguetes que se encuentren en la sala de Ludoteca del Hospital, etc.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD

SESIÓN N°: 2

OBJETIVOS:

- Disminuir tensión, ansiedad.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- ✓ Relajación muscular de Koeppen

PROCEDIMIENTO:

Relajación:

La relajación es un medio para aprender a reducir la ansiedad y obtener control de la mente. En siguiente procedimiento de relajación permite al niño distraer su tensión, ansiedad, cada ejercicio se lo repite tres veces, y reforzarle positiva y motivacionalmente en cada ejercicio. A continuación se la presenta redactada en segunda persona.

Procedimiento de relajación muscular de Koeppen

Manos y brazos: Imagina que tienes un **limón** en tu mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estás exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Coge ahora otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que lo hiciste con el 1º; muy bien. Ahora tira el limón y relájate. Fíjate qué bien se sienten tu mano y tu brazo cuando están relajados. (hacer con la mano derecha)

Brazos y hombros: Ahora vamos a imaginarnos que eres un **gato muy perezoso** y quieres estirarte. Estira (extiende) tus brazos frente a ti, levántalos ahora sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Fíjate en el tirón que sientes en tus hombros. Ahora deja caer tus brazos a tu lado.

Hombros y cuello: Ahora imagina que eres una **tortuga**. Imagínate que estás sentad@ encima de una roca en un apacible y tranquilo estanque relajándote al calor del sol, te sientes tranquil@ y seguro allí. ¡Oh! De repente sientes una sensación de peligro. ¡Vamos! Mete la cabeza en tu concha. Trata de llevar tus hombros hacia tus orejas, intentando poner tu cabeza metida entre tus hombros,

mantente así, no es fácil ser una tortuga metida en su caparazón. Ahora el peligro ya pasó, puedes salir de tu caparazón y volver a relajarte a la luz del cálido sol, relájate y siente el calor del sol.

Mandíbula: Imagínate que tienes un **enorme chicle** en tu boca, es muy difícil de masticar, está muy duro. (Hacerlo morder y relajar nuevamente con mayor intensidad). Bien, ahora relájate. Intenta relajar tu cuerpo entero, intenta quedarte como flojo, lo más flojo que puedas.

Realizar los mismos procedimientos para:

- Cara y nariz
- Pecho y pulmones:
- Estomago
- Piernas y pies:

Al culminar la técnica, concienciar y hacerle comparar al niño las sensaciones que tubo cuando estuvo en tensión y en relajación, luego idealizarlo al niño con **Imagen positiva**, en un lugar que el desee, le guste y se relaje. Al terminar la sesión no pedirle que se levante de inmediatamente, sino que realice estiramiento de extremidades, que bostece, sonrío y reforzarle por lo que ha logrado.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD

SESIÓN N°: 3

OBJETIVOS:

- Modificar el diálogo interno del niño para facilitar el afrontamiento de una determinada situación (hospitalización)

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- ✓ Autoinstrucciones

PROCEDIMIENTO:

Es la técnica cognitiva más utilizada en los trastornos de ansiedad infantiles. El objetivo es modificar el diálogo interno del niño para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea o situación. Esta técnica es de interés cuando se anticipan consecuencias negativas, predomina una atención selectiva a estímulos internos de ansiedad y a estímulos aversivos externos, como es el caso de la reacción que toman ante una hospitalización, facilitándose de este modo las respuestas de evitación o de escape.

Se enseña a los niños a hablarse a sí mismos de otra manera: se anticipan consecuencias agradables conformando un plan para conseguir un objetivo. El resultado es el refuerzo positivo (en el caso de comportarse adecuadamente) o una rectificación de la estrategia utilizada, en el caso de que haya afrontado la situación sin escaparse de ella y la conducta haya sido parcialmente inadecuada. Se requiere de una atención activa (no repetición mecánica) y las autoinstrucciones deben estar referidas más al inicio de conductas positivas que a la inhibición de conductas negativas.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD

SESIÓN N°: 4

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Realizar el aprendizaje, facilitación y modificación de conductas.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- ✓ Técnicas de Modelado

PROCEDIMIENTO:

TÉCNICAS DE MODELADO

Estas técnicas están fundamentadas en el papel tan importante que desempeña en el aprendizaje, facilitación y modificación de conductas, la observación en un modelo de comportamientos adecuados por parte de un observador, método utilizado en niños ansiosos debido a una internamiento médico. Existen cuatro variantes de esta técnica:

- Modelado sin modelos en vivo:

Los modelos utilizados en la terapia de los trastornos de ansiedad en la infancia tienden a ser niños de una edad similar a la de los sujetos sometidos a tratamiento, se le cuenta experiencias de niños que han pasado por la misma situación y la manera de cómo lo afrontaron.

- ✓ Modelado simbólico: El niño ansioso o fóbico observa en vídeos o películas a otros niños que interactúan con los estímulos a los que él teme y que disfrutan con las interacciones presentadas en la pantalla. Puede también presentarse mediante cuentos o narraciones, pero tienen una influencia menor que las imágenes visuales.
- ✓ Modelado encubierto: El niño debe imaginar primero una serie de escenas generadoras de ansiedad. A continuación, el niño se representa mentalmente a un modelo poderoso para él (e.j.: héroe) llevando a cabo conductas temidas por el niño. Por último, en la imaginación del niño aparecen el modelo y el niño mismo realizando

conjuntamente las tareas ansiógenas. Es una mezcla de modelado encubierto y ensayo de conducta encubierto. No es muy efectiva y no se recomienda a niños menores de 11 años.

- Modelado con modelos en vivo:

- ✓ Modelado no participante: El niño observa en vivo a un adulto o a otro niño que se enfrenta gradualmente a los estímulos temidos por el mismo sin experimentar consecuencias negativas. Resulta poco eficaz.
- ✓ Modelado participante: El modelo (habitualmente el terapeuta), que interactúa en todo momento con el observador, realiza tareas progresivamente más ansiógenas para el observador e incita a este para que las repita, con la guía física y el refuerzo social del modelo en las acciones de aproximación a la conducta-objetivo. Las técnicas de modelado no participante o sin modelos en vivo pueden ser de utilidad en la eliminación de los miedos infantiles comunes. Sin embargo, en las fobias sólo es interesante el modelado participante.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD

SESIÓN N°: 5

OBJETIVOS:

- Modificar pensamientos distorsionados por otros adaptativos

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

Terapia Racional Emotiva: Reconstrucción Cognitiva, Modelo ABC:

- ✓ Técnica un Picasso de sentimientos
- ✓ Técnica Pienso, luego siento

PROCEDIMIENTO:

Las preocupaciones de un niño pueden derivar del modo no siempre correcto, en que percibe la realidad y de los recursos que cree disponibles para afrontarla. Los pensamientos generados pueden guiar la conducta e incluso las emociones del niño. Si están distorsionados, pueden dar lugar a pensamientos negativos muy a menudo presentes en los niños con trastornos de ansiedad secundarios a una hospitalización. De ahí la utilización de las técnicas cognitivas para su tratamiento, puesto que con ellas podemos conseguir modificar dichos pensamientos y sustituirlos por otros más adecuados o adaptativos, para ello se utilizará el modelo ABC de Reconstrucción Cognitiva.

- Reestructuración cognitiva: siguiendo el modelo ABC de la depresión infantil, se consideran tres aspectos:

- ❖ A → Adversidad: es decir, cualquier acontecimiento estresante
- ❖ B → Balance cognitivo: el pensamiento que el niño hace de él
- ❖ C → Consecuencia: emociones y comportamientos que siguen a la valoración.

Se tiene que enseñar al niño que el pensamiento es el principal responsable de cómo se siente, ya que la adversidad no causa directamente la consecuencia, sino que lo que desencadena la situación es el pensamiento,

y en función de este se desencadena la emoción. Las principales técnicas con que podemos contar para este objetivo son:

1. Pienso, luego siento: se presentan situaciones cotidianas de una hospitalización, para que el niño diga cuáles son sus pensamientos y sentimientos

2. Un picasso de sentimientos: es una variante de la anterior que se basa en la expresividad facial de las emociones. Está más indicada para los niños más pequeños.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD

SESIÓN N°: 6

OBJETIVOS:

- Adquirir nuevas conductas adaptativas

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- ✓ Práctica reforzada

PROCEDIMIENTO:

La práctica reforzada está enfocada en la adquisición de conductas nuevas adaptativas más que en la eliminación de las respuestas de ansiedad. La terapia tiende a hacer perder al estímulo su valor ansiógeno enseñando a la persona una nueva conducta que le permita hacer frente a la situación lo más eficaz posible.

TERAPIA INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD

SESIÓN N°: 7

OBJETIVOS:

- Potenciar los resultados terapéuticos

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- ✓ Escenificaciones emotivas

PROCEDIMIENTO:

Las escenificaciones emotivas son la combinación del modelado participante y la práctica reforzada. Con esta aplicación conjunta se trata de potenciar los resultados terapéuticos que se pueden obtener con cada uno de ellos por separado. Consisten en la aplicación en un escenario de juego de la exposición gradual en vivo a los estímulos temidos -potenciada por las instrucciones del terapeuta, la representación mental de imágenes emotivas inhibitoras de la ansiedad (e.j.: héroes) y la observación de un modelo, así como por el reforzamiento social y material de las conductas correctas de aproximación a la conducta-objetivo. Los fracasos parciales en la consecución de objetivos intermedios vienen acompañados de ayudas diversas (instrucciones verbales, modelado, guía física). Los resultados obtenidos a través de esta técnica son muy positivos.

TERAPIA FAMILIAR

SESIÓN N°: 1

OBJETIVOS:

- ✓ Establecer Rapport y Empatía
- ✓ Aplicar a la familia el consentimiento informado del paciente para definir los objetivos a trabajar con sus hijos
- ✓ Aplicación de encuesta psicológica
- ✓ Obtener y recolectar información

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Entrevista Psicológica
- Consentimiento informado
- Encuesta indirecta.

PROCEDIMIENTO:

Es importante establecer un adecuado lazo terapéutico entre paciente y terapeuta, así como instaurar una adecuada comunicación, rapport, empatía con la familia del paciente para obtener su mayor colaboración durante esta recuperación física y psicológica del niño. La entrevista psicológica que se aplica a los padres o representantes del paciente permite recolectar la información clara y certera sobre motivos de hospitalización, circunstancias por las que entra el paciente, así como la identificación del estado emocional alterado debido a un cambio de ambiente brusco como es el caso de la hospitalización. Manifestar a la familia el trabajo postterapéutico a realizarse con sus hijos.

Se aplica la encuesta de Evaluación De Conductas Hospitalarias Y Desadaptativas indirecta a padres, la que permite identificar las conductas desadaptativas secundarias a una hospitalización.

TERAPIA FAMILIAR

SESIÓN N°: 2

OBJETIVOS:

- Conocer e identificar la interacción del familiar con el paciente.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Psicoeducación

PROCEDIMIENTO:

Reconocer como se encuentra el ambiente familiar, la comunicación, la interacción que hay entre ella.

Es necesario identificar si hay otras circunstancias ajenas a la hospitalización que está influyendo en la familia, lo que puede ser muy influyente para su recuperación.

Conocer y ver las interacciones que se producen entre el menor y sus padres y hermanos es fundamental para poder ver la adaptación del grupo a la nueva o continua situación que conlleva la enfermedad y sus limitaciones o secuelas, su nivel de comunicación y capacidad de expresar emociones y sentimientos entre ellos.

TERAPIA FAMILIAR

SESIÓN N°: 3

OBJETIVOS:

- Incentivar a la familia que sin la colaboración de ellos es difícil que el paciente emocionalmente se estabilice.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Psicoeducación

PROCEDIMIENTO:

Considerar a la familia que son necesarios dentro de la red sanitaria una adecuada atención interdisciplinar a cualquier enfermo, y fase de la enfermedad en la que se encuentre. En el que se incluye la atención a sus emociones, temores, miedos, dificultades, comportamientos, ayudar a afrontar cada momento de la enfermedad.

En el caso de la infancia y la adolescencia, consideramos que es muy difícil atenderlos sin hacerlo conjuntamente con sus padres. La atención y la intervención en el caso de los niños sanos o enfermos, no tiene ningún sentido si ignoramos su contexto principal de desarrollo, la familia. El tratamiento familiar puede favorecer a una mejor adaptación tanto del niño o adolescente como de su familia a las demandas que requiere la enfermedad, y ayudar a todos a encontrar el equilibrio emocional, físico y social. Dentro de la enfermedad y su proceso, como dentro de la terapia familiar, cada miembro va a tener un papel fundamental

TERAPIA FAMILIAR

SESIÓN N°: 4

OBJETIVOS:

- Fomentar el aprendizaje de la familia en el reconocimiento de emociones del niño, sin culpabilizarlo.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Psicoeducación

PROCEDIMIENTO:

El objetivo terapéutico es la búsqueda de estrategias de afrontamiento que proporcionasen mayor control de la situación y la canalización de los sentimientos y cambios emocionales que presenta el paciente debido a una hospitalización a través de la familia; tratando de que repercutiesen en la adherencia al tratamiento del menor y en la adaptación de la familia a las difíciles circunstancias.

Estrategias de afrontamiento:

- ❖ Aprendizaje de la familia a dialogar con el paciente sobre los sentimientos y emociones que producen los procesos médicos, saber escucharlo y estabilizarlo emocionalmente.
- ❖ Una de estas estrategias es que la familia esté presente en la mayoría de los procesos médicos que el paciente tenga,
- ❖ Es importante que la familia se comprometa seriamente como pilar fundamental para la recuperación del paciente.
- ❖ Lograr una alianza terapéutica entre familia – paciente – terapeuta.

TERAPIA FAMILIAR

SESIÓN N°: 5

OBJETIVOS:

- Descubrir y recalcar aspectos de la familia positivos que ofrezcan apoyo fundamental al paciente

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Psicoeducación y Retroalimentación Positiva.

PROCEDIMIENTO:

Tomando como punto de partida la Retroalimentación positiva se indaga en la familia aspectos, situaciones, emociones y comportamientos pasados hayan sido de aporte positivo en la vida del paciente; recalcarlos y ponerlos de manifiesto en la actualidad para que sirvan de soporte para mejorar la calidad del niño.

Retomando estos aspectos de aporte positivo forjar para que sean aplicados en la actualidad y en el futuro.

De esta manera se trabaja intensivamente en la autoestima del paciente pediátrico.

.

TERAPIA FAMILIAR

SESIÓN N°: 6

OBJETIVOS:

- Evaluar a la familia sobre el proceso terapéutico y acerca la evolución emocional y adaptativa del paciente.
- Manifestar a la familia los resultados obtenidos a través de la aplicación de la intervención psicológica al paciente.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Cierre Terapéutico.

PROCEDIMIENTO:

Se cuestiona a la familia el aprendizaje que adquirió durante todo el proceso terapéutico, así como el aporte que tuvo durante este proceso.

Se manifiesta los resultados obtenidos de la aplicación del Plan de intervención psicológica en niños hospitalizados y se recalca los beneficios del apoyo psicológico en el proceso de hospitalización infantil.

TERAPIA GRUPAL

SESIÓN N°: 1

OBJETIVOS:

- ✓ Fomentar la integración y empatía entre de los pacientes.
- ✓ Identificar actividades placenteras en el grupo.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Programación de actividades.
- Autoregistro de actividades placenteras.

PROCEDIMIENTO:

Programación de actividades agradables, una vez que el niño ha interiorizado la relación entre las situaciones y las emociones, es el momento de reemplazar las conductas que presenta y que le están manteniendo la situación de tristeza, por otras conductas que le ayuden a mejorar el estado de ánimo, como son el juego y las relaciones sociales.

Lo primero que tenemos que hacer es identificar cuáles son las actividades agradables para el grupo, sirviéndonos de las entrevistas, pero planteando las preguntas en pasado, qué es lo que le gustaba antes, porque si se pregunta qué es lo que quiere hacer ahora, va a decir que nada. También es muy importante hacer uso de la observación que efectúan padres, personal médico y amigos sobre lo que hace el niño en sus ratos de ocio, de los autorregistros de las actividades que mantenían, proponerles un menú de actividades reforzantes, listas con actividades potencialmente reforzantes para que el niño vaya eligiendo las que más le llaman la atención; es básico observar cuáles son las actividades que el niño realiza en sus tiempos de ocio por placer, y cuáles son las que realiza por obligación.

TERAPIA GRUPAL

SESIÓN N°: 2

OBJETIVOS:

- ✓ Disminuir tensión, ansiedad o síntomas depresivos mediante la integración de los pacientes.
- ✓ Poner en práctica las actividades programadas en la sesión anterior.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Registro grupal de actividades placenteras.
- Ludoterapia.

Estrategias:

- Persuasión
- Gradación

PROCEDIMIENTO:

En esta sesión se consigue que el grupo ponga en práctica las actividades que han seleccionado. Se utiliza 4 estrategias para conseguirlo:

a) Persuasión: hay que rebatir los argumentos que cada niño da para no realizar la tarea, como por ejemplo que está demasiado cansado o que no lo hará bien.

b) Gradación: Se elige bien las actividades por las que van a comenzar, y graduar su ejecución. No se puede pedir que el primer día realicen una actividad extensa o agitada, si no que se debe empezar por las más cortas y sencillas, para ir incrementando paulatinamente.

Los criterios a seguir son:

- ❖ Combinar actividades diarias, como pintar, dibujar, armar rompecabezas.
- ❖ Comenzar por aquellas actividades que los niños ya dominan, e ir introduciéndole poco a poco en otras que deba aprender, porque con

ello vamos a conseguir además ir incrementando la autoestima de los pacientes

- ❖ Es preferible toda actividad que implique movimiento antes que una sedentaria, dependiendo de la situación médica que se encuentre, es importante las actividades en grupo, ya que una de las principales quejas de la persona deprimida es su aislamiento social.
- ❖ Utilizar la ingestión de su comida o bebida favoritas como reforzador por haber realizado alguna de las tareas; o reforzamientos verbales.

TERAPIA GRUPAL

SESIÓN N°: 3

OBJETIVOS:

- ✓ Disminuir tensión, ansiedad o síntomas depresivos mediante la integración de los pacientes.
- ✓ Lograr en los pacientes una adecuada adaptabilidad en el ambiente hospitalario.
- ✓ Influir positivamente en su estado emocional mediante actividades lúdicas grupales.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Ludoterapia.

PROCEDIMIENTO:

El terapeuta dispone y manipula el ambiente para conseguir una adaptación satisfactoria y una participación activa de los niños. Además, el terapeuta debe reconocer las propiedades de los juguetes y como adaptarlos apropiadamente para utilizarlos en beneficio de los niños.

Esta actividad llevada a cabo de manera grupal permite la integración entre los pacientes, armonizar el ambiente y ayudara a la adaptación.

Actividades lúdicas:

- Se usan historias que permiten crear relatos: en primera instancia pueden ser creadas por el terapeuta, para luego ser completadas por el niño, tener acceso a la literatura reconforta a los niños, les permite viajar a reinos lejanos y protagonizar aventuras increíbles.
- Actividades recreativas como la pintura de personajes o dibujos agradables.
- Lectura de cuentos o narraciones ilustrativas
- Armar rompecabezas.

- Actividades manuales.
- Juegos de letras, sopa de palabras.
- Actividades físicas: se puede utilizar la pelota, juguetes que se encuentren en la sala de Ludoteca del Hospital, etc.

Beneficios:

- Distraerse de un medio estresante y desmotivante permitiendo encontrar razones positivas y no sólo identificar situaciones estresantes y amenazantes en el medio que se encuentra, en este caso un Hospital.
- Obtiene mayor conocimiento de su cuerpo
- Interactúa con personas, objetos, y su entorno espacio-tiempo
- favorece lenguaje y pensamiento
- hábitos y disciplina
- La ludoterapia busca en los niños el desarrollo de habilidades: sociales (le permite al niño relacionarse con otros), físicas/sensorial/perceptivas (otorga el desarrollo y práctica de habilidades y destrezas; promueve el procesamiento sensorial), emocionales (el juego evoca una serie de sentimientos y sensaciones mientras se practica) y cognitivas (es buena fuente de aprendizajes).

TERAPIA GRUPAL

SESIÓN N°: 4

OBJETIVOS:

- ✓ Mejorar el manejo de relaciones sociales.
- ✓ Influir positivamente en su estado emocional mediante actividades lúdicas grupales.
- ✓ Lograr en los pacientes una adecuada adaptabilidad en el ambiente hospitalario.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Entrenamiento de habilidades sociales

PROCEDIMIENTO:

Modelado: Consiste en que una persona competente en las conductas objeto del entrenamiento, las emita de forma adecuada en presencia de los sujetos que van a ser entrenados y esta ejecución sea reforzada. El modelo ha de ser similar al observador en cuanto a factores sociales y grupo de referencia. Debe mostrar una actitud amistosa y cercana al observador. Su actitud ha de ir seguida de consecuencias positivas, se pueden emplear varios modelos.

Ensayo conductual: Consiste en practicar masivamente las conductas que son objeto de intervención para valorarlas y en consecuencia reforzarlas o no inmediatamente.

Retroalimentación y moldeado: En realidad es parte inseparable del ensayo, suele realizarse inmediatamente después, o incluso de forma simultánea, ya que consiste en proporcionar información al sujeto del grado de competencia que ha mostrado en la ejecución de las HHSS para que este pueda perfeccionarlas. Ha de llevarse a cabo de forma inmediata al ensayo conductual y debe centrarse en las conductas objetivo sobre las que el sujeto tiene control.

Generalización de las Habilidades Sociales: Consiste en asegurar que las HHSS aprendidas en las sesiones se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo el entrenamiento. Es imprescindible seguir aplicando los entrenamientos, repitiendo de forma masiva los ensayos en diferentes situaciones y con diferentes personas, tanto en el contexto del entrenamiento como en situaciones reales.

Reforzamiento: Se trata de proporcionar consecuencias positivas al sujeto cuando éste haya emitido las conductas adecuadas o ha realizado alguna de las aproximaciones que se desea fortalecer. Según el tipo de reforzadores utilizados puede haber reforzamiento verbal y reforzamiento material. Debe aplicarse de forma inmediata y contingente al comportamiento. Los refuerzos que se apliquen han de ser funcionalmente válidos, esto es, que sean importantes para los sujetos, adecuados a la situación

TERAPIA GRUPAL

SESIÓN N°: 5

OBJETIVOS:

- ✓ Evaluar los beneficios de la terapia grupal y la evolución.
- ✓ Debatir y verificar los resultados del contrato de contingencias.
- ✓ Revisar la economía de fichas.

METODOLOGÍA / TÉCNICA:

- Cierre Terapéutico

PROCEDIMIENTO:

Se revisa los contratos de contingencias para identificar los beneficios que obtuvo por cumplir con los objetivos de cada terapia.

Se pide que hagan un Autoregistro de la cantidad de actividades agradables (el número de actividades, su frecuencia y la cantidad de tiempo invertido en ellas), la calidad o grado de satisfacción obtenido y el estado de ánimo logrado, medido con el termómetro emocional.

En el programa de economía de fichas intervienen los padres para reforzar las conductas positivas obtenidas durante el proceso e identificar las conductas desadaptativas.

FASE 4: INTERVENCIÓN

Luego de haber diagnosticado la inadaptabilidad y síntomas ansiosos-depresivos sintomatología secundaria a la hospitalización, se realizó la planificación de sesiones del Plan de Intervención Psicológico, para proceder a la **Ejecución**, al finalizar dicho proceso de intervención se obtuvo una adecuada adaptabilidad, disminución de síntomas de ansiedad y depresión, ya que al finalizar las sesiones en cada paciente se procedió a una re-evaluación psicológica, empleando nuevamente los inventarios aplicados al inicio, mostrando la efectividad, certeza y veracidad del mismo, permitiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar que la experiencia de una hospitalización resulte estresante y atemorizante para el niño.

X. BIBLIOGRAFÍA

- ANGELES, M. (2005) *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Disponible: <http://apuntes.rincondelvago.com/trastornos-de-ansiedad.html>.
- ARTURO BADOS LÓPE (2005). *Trastorno de ansiedad por separación*. Universidad de Barcelona.
- BASSAS, N. Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia (España, Editorial Laertes, 1996), p. 259.
- BOCHERNITSAN F. - MOLINA H. - BENGUIGU Y. Técnicas lúdicas para la salud y el desarrollo integral de la infancia (2005)
- CAMPOS C. - CORDERO S. - ROJAS G. - VARGAS M. Ludoterapia y estimulación temprana: Atención del niño y la niña hospitalizado(a) y su familia (2005)
- CINTECO, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSIQUIÁTRICA. Procedimiento de Relajación Muscular de Koeppen, Disponible: http://www.cinteco.com/pacientes/material_recomendado/relajacion_ninos/
- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA, Volumen II, Trastornos del Desarrollo (España, Editorial Credito Reymo, 1992), p. 107
- FUNDACIÓN CADAH, Técnicas del entrenamiento en las habilidades sociales, Disponible: <http://fundacioncadah.org/web/articulo/tecnicas-del-entrenamiento-en-las-habilidades-sociales.html>.
- GASSIER, J. : Manual del desarrollo psicomotor. Barcelona: TORAY – MASSON.
- HERNÁNDEZ, G. (2004). La depresión infantil. Disponible: <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>

- LAROCCA, F. Depresión en niños y adolescentes. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos50/depresion-adolescentes/depresion-adolescentes2.shtml>
- LOPE, J. (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Madrid: editor. 1ª Edición.
- LÓPEZ, I. (2011) Programa de doctorado: Intervención psicológica en contextos educativos y de desarrollo. (Pag. 22)
- LÓPEZ, J., y Aliño, I. (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona, España.: Masson. 1ª Edición
- MARSELLACH, G. Trastornos de ansiedad en la infancia. Disponible: <http://www.psicoadictiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=795>
- MUÑIZ SANCHEZ R. Ludoterapia
- ORTIGOSA, J & MENDEZ, F. (2000). Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (2ª ed., pp. 19-29). España: Nueva Madrid
- POLAINO-LORENTE, A. LLABERIA, D. GARCÍA, V. EZPELETA, A. (1988) Las Depresiones Infantiles). Madrid, España. 58-59
- RED DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ESPAÑA Y PORTUGAL (2007). La ansiedad en niños Hospitalizados. Vol 7, número 002.
- REVISTA PEDIÁTRICA ELECTRÓNICA. (2006) Vol 6, N°1. Disponible: http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf
- RODRÍGUEZ, Jimena, ORTIZ M. (2005). Depresión Infantil. Hospital del Niño DIF. Pachuca, Hidalgo, México.

- RODRÍGUEZ, L. (s.f.). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Universidad de Castilla-La Mancha. Disponible:
http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/2/LuisRodriguez.htm
- U. C. M. FACULTAD DE EDUCACIÓN (1999-2000). Desarrollo psicoevolutivo. Disponible: <http://html.rincondelvago.com/desarrollo-psicoevolutivo.html>
- VICENTE, B. (2007). Cómo ayudar a un niño deprimido. Luria psicología, Experto en Terapia de Conducta Infanto-Juvenil. 32-45.

XI. ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE GRADO**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

*PROYECTO DE TESIS PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA.*

TEMA:

**“EL PROCESO ADAPTATIVO Y SÍNTOMAS ANSIOSOS -
DEPRESIVOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN EN
NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA” PERIODO
ENERO - AGOSTO 2012”**

AUTORA:

Gabriela Fernanda Rojas Muñoz

**LOJA- ECUADOR
2012**

1. TEMA:

**“EL PROCESO ADAPTATIVO Y SÍNTOMAS ANSIOSOS - DEPRESIVOS
RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS DE 7 A 12
AÑOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL
GENERAL “ISIDRO AYORA” PERIODO ENERO – AGOSTO 2012”**

2. PROBLEMÁTICA:

La psicopatología infantil en la actualidad se define, como el estudio científico de la conducta anormal o alteraciones conductuales, del niño o niña. Al definir esta conducta, anormal o patológica, se tiene en cuenta varios factores que se tomarán para poder diagnosticar la conducta anormal de la infancia, sino que también ayuda para su pronóstico e indicaciones terapéuticas “La definición de anormalidad depende sin obviar los criterios individuales, de criterios sociales siendo así culturales, subculturales y contextuales”²³ La psicopatología infantil clasifica al problema que me referiré en este trabajo de investigación, que es precisamente la Depresión y Ansiedad Infantil.

Si pensamos cómo es un niño, se nos ocurren adjetivos como alegre, simpático, risueño, ruidoso... Y si pensamos cómo definir la depresión encontramos términos como tristeza, soledad, llanto, apatía... En otras palabras, desde un punto de vista intuitivo es difícil imaginar a un niño triste, preocupado, deprimido. Los adultos queremos creer que la tristeza y preocupaciones infantiles son leves y pasajeras, que dado que no tienen responsabilidades importantes, los niños no pueden presentar sentimientos de culpa, y por tanto depresión.

En psicoanálisis por ejemplo se decía que el Súper Yo no estaba formado, que no puede haber ni pérdida de autoestima ni auto culpación. Los conductistas, por su parte, sólo estaban interesados en la conducta manifiesta, motora, y más en concreto en el esquema E-R (estímulo respuesta), por lo que los problemas del estado de ánimo no entraban dentro del rango de conductas objetivamente estudiables.

Sin embargo, algunos autores pioneros sí realizaron algunos estudios sobre la existencia de la depresión infantil. Spitz, por ejemplo, describió como “hospitalismo o depresión anaclítica” la conducta que presentaban los niños

²³ Manuel Jiménez Hernández, Psicopatología Infantil (España: Editorial Aljibe, 1995), p.20

del hospicio en el que trabajaba, los que, al ser separados de sus madres, mostraban primero una fase de protesta, consistente sobre todo en llantos y gritos, seguida de una fase de apatía, en la que predominaban la falta de interés por las cosas, así como de apetito y de sueño, y la ausencia de conducta comunicativa.

En 1971, en el seno del IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría, se declara la existencia de la depresión en la infancia; más tarde, 1977 se establece como el momento de partida –con la publicación de las actas del congreso del National Institute of Mental Health (NIMH)– y 1980 –con la publicación del DSM-III– como la época de expansión del estudio de la depresión infantil (Del Barrio, 1999; 2000).

Hoy en día se acepta que la depresión infantil es paralela a la del adulto; se propone que es un desorden similar, pero no igual, pues la primera presenta características propias, como alteraciones significativas del comportamiento, que hace aún más difícil su diagnóstico. Si bien esta propuesta es ampliamente difundida y admitida, existen posturas que atribuyen las características de la depresión a etapas del desarrollo. Por otra parte, la posibilidad de diagnosticarla en niños, adolescentes y adultos no significa necesariamente que las manifestaciones en los distintos grupos sean idénticas (PolainoLorente, 1988).

Con relación a la prevalencia de la depresión infantil hospitalaria, MacCracken (1992) considera que las cifras varían según la población estudiada y los métodos utilizados, indicando que las investigaciones más actuales coinciden en que la incidencia está entre 8% y 10%. Si se analiza por edades, se observa que en la etapa preescolar estas cifras descienden a 2%; en edades escolares se estima entre 8% y 10%; en los adolescentes asciende a 13% (Garrison et al.1997). En estudios realizados por Herrera, Losada y Rojas (2004) y Herrera (2007) se muestra que la fortaleza empírica y teórica reciente en el tema de la depresión infantil es un legado aportado por la comunidad científica de España y Estados Unidos, principalmente;

sucesos que en las últimas décadas han marcado la pauta en la investigación con un alto grado de desarrollo y reconocimiento a nivel internacional.

En cuanto a la ansiedad numerosos estudios investigaron sobre niños sometidos a intervenciones quirúrgicas Chiroque, S. (1993) investigación con 52 niños del Instituto de Salud del Niño, Perú; Molina. A. (1989); Miró J. (1998); Cullen, K. (1990); Quiles, M. (1999) que aplicaron los cuestionarios de STAIC y STAI demuestran que los niños sometidos a hospitalización y/o cirugía presentan niveles estadísticamente significativos de estrés y ansiedad.

La depresión y ansiedad infantil no solo se manifiesta por agentes estresores que se dan en el ambiente familiar, social o cultural; sino cuando el niño está propenso a otras situaciones que le pueden resultar amenazantes como es la hospitalización.

Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Se convierte en su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso. En el nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar múltiples cambios, generando mayor desconcierto e incertidumbre, provocando miedo, temor, tensión, tristeza, dolor, ansiedad. De repente tiene que interactuar con muchas personas a quienes nunca vio. Entre ellos están los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y estudiantes), quienes revestidos de un estatus especial examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, que no dejan de ser molestas o dolorosas.

En un estudio realizado en 1997 en el Hospital Universitario de Cartagena se observó que el 25% de los niños menores de 6 años presentaron manifestaciones de ansiedad y depresión durante las primeras 72 horas de

su hospitalización. Una segunda evaluación realizada 7 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%.

Hay una gran variedad de problemas que acechan al niño, conocidas por los pediatras, psicólogos y educadores, trastornos que suceden incluso en casos de corta hospitalización, como han demostrado estudios de Montoya y Medina; depresión, ansiedad, temor a los médicos y a los hospitales.

Mediante una visita exploratoria en el Hospital “Isidro Ayora”, se evidencia que los mayores motivos de consulta pediátrica son traumatismos a nivel de extremidades y a nivel cráneo-encefálico, infecciones a vías respiratorias, a vías urinarias; tales hospitalizaciones como se evidencia en varias investigaciones, influyen de manera marcada al estado emocional infantil, ya que tienen alto nivel de vulnerabilidad, además de su corta edad, poca facilidad de adaptarse a un nuevo ambiente, etc; por ello me parece importante relevar este tema, planteando el siguiente problema:

¿CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL Y EL PROCESO DE ADAPTACIÓN, LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS - DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 7 – 12 AÑOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA”?

Las investigaciones sobre depresión en los niños apenas comienzan a perfilarse; esto se incluye a nuestra realidad nacional y local, específicamente en el “Hospital Isidro Ayora” en donde según referencias del departamento de estadística no se ha encontrado un trabajo que se refiera a la evaluación de Depresión Infantil; en consecuencia, soy enfática en decir que por la seriedad que implica este trabajo, resulta ser original e importante llevarla a cabo, y además de la investigación realizada, se diseñará y ejecutará una propuesta de intervención psicoterapéutica, en cuyo contenido se especificará como trabajar y disminuir sintomatología depresiva en niños hospitalizados; y además dejará inquietudes a futuros investigadores.

3. JUSTIFICACIÓN:

La Universidad Nacional de Loja, en el Área de la Salud Humana, la Carrera de Psicología Clínica es una unidad académica, promotora del ejercicio del derecho a la Salud Mental y a la vida, donde cuya misión es propiciar el análisis y construcción de alternativas de solución ante las problemáticas de la Salud Mental, orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, mediante la promoción de la Salud Mental y prevención e intervención psicoterapéutica en los trastornos mentales; considerando a la población infantil uno de los grupos más asequibles a hechos negativos dentro de la psicología, tomando en cuenta que en el pasado y, aún en nuestros días, no existe la sensibilidad y el conocimiento necesario por parte de los adultos para entender y reconocer los síntomas que se presentan en una alteración del estado del ánimo del infante, en especial cuando presenta sintomatología depresiva, esto deriva del hecho de que, históricamente, el infante ha sido considerado como un ser, cuyas necesidades básicas no eran de importancia, y por lo tanto, estas rara vez eran satisfechas, ello debido a que se les consideraba como adultos inferiores y se les trataba con indiferencia,.

Por ello resulta relevante y de gran importancia realizar el presente trabajo que va focalizado en la población infantil, ya que debido a su corta experiencia y alto nivel de vulnerabilidad están propensos a presentar psicopatologías siendo común y poco estudiada la Depresión y Ansiedad infantil, es importante saber que cada persona y con mayor dificultad en el niño; pasa por un proceso de adaptación al encontrarse en un cambio o en un nuevo ambiente al que antes no estaba acostumbrado a convivir; uno de los factores que suele afectar a su estado de ánimo es cuando está sometido a una hospitalización, es decir estar en un lugar en donde no se prepara al niño, y está predispuesto a nuevos cambios que pueden ser drásticos para él, como separación de padres, encontrarse en un nuevo ambiente, etc., para ello es importante en el niño aplicar estrategias de

adaptabilidad, disminuir síntomas depresivos para mejorar la calidad de vida del infante.

Al hablar de normalidad nos referimos necesariamente a aquello que se tiene en una sociedad o grupo social como un comportamiento común o aceptable, y como anormal, aquellas conductas que de alguna forma vulneran el bienestar común.

Por esta razón es necesario conocer los síntomas, signos, el rango de edades y el sexo en que comúnmente se presenta la psicopatología conocida como depresión-ansiedad infantil, objeto de estudio de esta tesis.

La importancia de este trabajo radica en beneficiar a la población de infantes cuya edad delimita este estudio, y que se encontrara concentrada en el H R I A, procurando una adecuada estadía en este centro hospitalario, controlando sintomatología ansiosa-depresiva propia de un cambio, y preparando al paciente pediátrico en el proceso de adaptación hospitalaria y poshospitalaria, para un periodo de convalecencia integral y sin traumas futuros, además, conocer los instrumentos, test o fichas psicológicas que permitan la evaluación, procesamiento e interpretación de dicha patología.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Identificar el proceso de Adaptación y los síntomas Ansiosos - Depresivos y su relación con la hospitalización en niños de 7 – 12 años internados en el Área de Pediatría en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora” para mejorar su calidad de vida

4.2. ESPECÍFICOS

4.2.1 Determinar las conductas Desadaptativas presentes en niños y niñas en el Área de Pediatría durante el proceso de hospitalización en el Hospital “Isidro Ayora”.

4.2.2 Evaluar los síntomas de Ansiedad y Depresión en niños y niñas en el Área de Pediatría durante el proceso de hospitalización en el Hospital “Isidro Ayora”.

4.2.3 Diseñar y ejecutar un Plan de Intervención para disminuir sintomatologías secundarias al proceso de hospitalario.

5. ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

1.1 Introducción

1.2 Definición de niño/a.

1.2.1 Cambios durante la niñez.

1.2.1.1 Cambios Biológicos o físicos durante la niñez.

1.2.1.1.1 Características biofisiológicas del recién nacido

1.2.1.1.2 Características biofisiológicas del niño pre-escolar

1.2.1.1.3 Características biofisiológicas del niño escolar

1.2.1.2 Cambios Cognoscitivos

1.2.1.2.1 Etapas evolutivas del niño según Piaget.

1.2.1.3 Cambios Emocionales.

1.2.1.3.1 De 0-1 años

1.2.1.3.2 De 1 - 3 años 6 meses

1.2.1.3.3 De 3 años y 6 meses - 6 años

1.2.1.3.4 De 6 - 9 años

1.2.1.4 Cambios Sociales.

1.2.1.4.1 Teoría Psicosocial de Erick Erikson

1.2.1.5 Problemas de salud física y psicológica más frecuentes en esta etapa.

1.2.1.5.1 Problemas físicos

1.2.1.5.2 Problemas psicológicos.

1.2.1.5.2.1 Depresión Infantil secundaria a una Hospitalización.

1.2.1.5.2.2 Ansiedad Infantil secundaria a una Hospitalización.

1.3 Definición del adolescente.

1.3.1 Cambios durante la Adolescencia.

1.3.1.1 Cambios Biológicos o físicos durante la Adolescencia.

1.3.1.1.1 Principales cambios en Hombres

- 1.3.1.1.2 Principales cambios en la Mujer
- 1.3.1.2 Cambios Cognoscitivos
 - 1.3.1.2.1 Etapas evolutivas del niño según Piaget.
- 1.3.1.3 Cambios Emocionales.
 - 1.3.1.3.1 De los 10-14 años
 - 1.3.1.3.2 De los 14-20 años o más
- 1.3.1.4. Cambios Sociales.
 - 1.3.1.4.1 Teoría Psicosocial de Erick Erikson
- 1.3.1.5 Problemas de salud física y psicológica más frecuentes en esta etapa.
 - 1.3.1.5.1 Problemas físicos
 - 1.3.1.5.2 Problemas psicológicos.

CAPÍTULO II

2. HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

- 2.1 Proceso o fases de Adaptación del niño a la Hospitalización.
 - 2.1.1 Fase de protesta
 - 2.1.2 Fase de desesperación
 - 2.1.3 Fase de negación
- 2.2 Factores que influyen en el proceso de Hospitalización.
 - 2.2.1 Agentes estresores de la hospitalización
- 2.3 Efectos de la Hospitalización en el niño.
 - 2.3.1 Estado emocional del niño durante la hospitalización
 - 2.3.2 Efectos sobre los padres
 - 2.3.3. Efectos sobre los hermanos.
- 2.4 Manifestaciones de negación a la Hospitalización
- 2.5 Enfoques de adaptación a la hospitalización infantil según etapas de desarrollo
 - 2.5.1 Lactante
 - 2.5.2 Niño/a de 1 a 3 años

2.5.3 Más de 3 años

2.5.4 En edades escolares

2.5.5 Adolescente

6. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo Descriptivo, Correlacional, Analítica-sintético, cuali-cuantitativa, de corte transversal

Descriptiva: describe los datos y características de la población fenómeno en estudio. Responde a las preguntas ¿quién, qué, dónde, por que, cuándo y cómo?

Correlacional: La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales es saber como se puede comportar un concepto variable conociendo en el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá una variable en un grupo de individuos a partir del valor obtenido en la variable o variables relacionadas.

Cualitativa: Por qué permite la descripción de los rasgos característicos de los datos, incluyendo la Intervención psicológica que se realizará con los niños hospitalizados.

Cuantitativo: Radica cuando la preponderancia del estudio de los datos se basa en la cuantificación y cálculo de los mismos, datos que pueden ser medidos de acuerdo al tiempo de ocurrencia, que en el caso de esta investigación será prospectiva, el mismo que tiene que ver con la evaluación del nivel de sintomatología ansiosa - depresiva mediante test psicológicos dirigidos a los niños, y encuestas realizadas de manera directa a niños e indirecta a padres.

Analítica-sintética: Busca contestar por qué suceden determinados fenómenos, cual es la causa o factor de riesgo asociado, o cual es el efecto de esa causa o factor de riesgo formando un todo, que permitirá examinar en forma amplia por qué se presenta la sintomatología ansiosa – depresiva en el niño hospitalizado y cómo influye el proceso psicológico para su adecuada recuperación.

Estudio Transversal: Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

LUGAR DE INVESTIGACIÓN

El lugar para realizarse la investigación es el Hospital Provincial General “Isidro Ayora”, ubicado en Avenida Ibero América, entre Imbabura

Implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de la Región Sur del país, así como del área de influencia, cuyos servicios externos cubren un radio de acción hasta el ámbito familiar. Es además un centro de formación profesional de personal médico y de enfermería, así como de investigación bio-social.

UNIVERSO

Este Centro Hospitalario consta de 243 camas destinadas para una población urbana actual de 110.633 (76,6%) habitantes, para el área rural de 33.860 (23,4%), y con una cobertura a nivel de su provincia como de las partes altas de las provincias de El Oro y de Zamora Chinchipe. En Pacientes pediátricos del H.P.G. “Isidro Ayora”; Se tiene un promedio de 133 niños hospitalizados (0-12 años) al mes, teniendo un porcentaje aproximado del 85% de edades de 0-7 años y un 15% de 7-12, de los cuales es factible delimitar la muestra de 7 a 12 años.

MUESTRA

Para que el estudio tenga una validez y confiabilidad se tomará la muestra de niños internados durante el tiempo establecido en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora”, en edades comprendidas de 7 a 12 años.

Criterios de inclusión:

- ✓ Que la aplicación de muestreo este dentro del periodo establecido.
- ✓ Niños que tengan un tiempo de estadiao de más de dos días en dicha Casa de Salud.
- ✓ Niños de ambos sexos (masculino y femenino)

Criterios de exclusión:

- Población infantil que esta hospitalizada fuera del periodo establecido.
- Pacientes pediátricos que presenten algún tipo de Déficit mental.
- Pacientes internos en UCI (unidad de cuidados intensivos)

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizará **El consentimiento informado**, material que permite al padre de familia o representante del niño autorizar a este a ser parte del proceso investigativo, para la aplicación de Historia Clínica, aplicación de inventarios psicológicos, encuestas y la Intervención Psicológica.

Se utilizará la **Historia clínica Psicológica Infantil** del Ministerio de Salud Pública (División Nacional de Salud Mental, Vigilancia de la salud Mental del Escolar). Cuyo contenido presenta: Los datos de Identificación, condiciones de hospitalización, motivo de consulta, evolución de la enfermedad, psicoanamnesis personal, normal y patológica, psicoanamnesis familiar, normal y patológica y examen de funciones psicológicas.

Se aplicará el test psicológico: **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N)**, el mismo que permite identificar sintomatología ansiosa infantil, que evalúa la ansiedad como rasgo de personalidad, y la ansiedad estado que se da en un momento dado como es en el caso de una hospitalización.

Se aplicará el test psicológico: **Inventario de Autoevaluación Depresión Rasgo / Estado infantil (IDEREN)**, el mismo que permite identificar sintomatología depresiva infantil, que evalúa la depresión como rasgo de

personalidad, y la depresión estado que se da en un momento dado como es en el caso de una hospitalización

Una vez empleados los test psicológicos se empleará dos encuestas, la primera dirigida al niño hospitalizado y la segunda a su familiar o persona responsable del mismo. La que va dirigida a los niños denominada **“Encuesta de evaluación de Conductas Hospitalarias y Desadaptativas en niños Internados en el Área de Pediatría del Hospital Provincial “Isidro Ayora”**, y la que es dirigida al representante actual del paciente la cual lleva el mismo nombre pero con diferente formato; diseñadas por la autora de esta investigación para identificar por medio de ellos niveles de adaptación, depresión y ansiedad infantil, realizada a partir de postulados expuestos por investigadores importantes que han aportado con el estudio de sintomatología psicopatológica en el niño hospitalizado como Spitz y también de pautas diagnósticas según CIE-10 y DSM-IV.

En base a los resultados obtenidos se desarrollará un Plan Terapéutico, con las respectivas técnicas psicológicas para trabajarlas a nivel individual, grupal y familiar; al mismo que se lo ejecutará y se le dará el respectivo seguimiento el mismo que puesto en una revaloración de estados de ansiedad- depresión y conductas desadaptativas se verificará la veracidad del Plan de Intervención.

Para esta revaloración se aplicará los test psicológicos empleados al inicio de la recolección de datos, para poder comparar la sintomatología que presento antes y después de la intervención psicológica.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el proceso de Adaptación y los síntomas Ansiosos - Depresivos y su relación con la hospitalización en niños de 7 – 12 años internados en el Área de Pediatría en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora” para mejorar su calidad de vida

Variable dependiente:

- Proceso de Adaptación
- Síntomas ansiosos – depresivos

Variable independiente:

- Hospitalización

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALAS
Psicopatología Infantil	Inadaptabilidad, Depresión y Ansiedad infantil.	Nominal
Hospitalización	Permanencia de internamiento mínimos dos días	Ordinal
Edad	Años cumplidos dentro del rango establecido	Ordinal
Sexo	Masculino y femenino	Nominal

ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

Se procede a la recolección de datos aplicando encuestas directas e indirectas a niños para identificar conductas desadaptativas; además se utilizarán los correspondientes inventarios psicológicos que se los aplicará al inicio del muestreo para identificar sintomatología ansiosa-depresiva y también luego del proceso psicoterapéutico para identificar veracidad del Plan de Intervención; donde se utilizará tablas estadísticas de Microsoft Excel con sus respectivas gráficas para luego analizarlas, interpretarlas y correlacionar las respuestas.

7. CRONOGRAMA

Mes/Semana	2012							
	Enero	Febrer	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio.	Agosto
Actividades	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234
Elaboración del proyecto	XX	XX						
Presentación y aprobación del proyecto		XX	XXX					
Revisión del proyecto			X					
Actualización del marco teórico				X				
Realización del plan terapéutico				XX				
Investigación de campo, aplicación de instrumen.				X	XXXX	XXX		
Análisis e interpretación de Datos						XX	XXXX	
Conclusiones								X
Presentación del borrador								X
Preparación de la exposición final								X
Sustentación Pública								X

8. PRESUPUESTO.

Materiales e insumos	Costos
Elaboración del proyecto	30.00
Material de escritorio	9.00
Libros (bibliografía):	
Como ayudar a un niño 6. Deprimido	12.55
Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).	53,04
Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)	210.38
Internet	70.00
Compra de instrumentos psicológicos	110.00
Aplicación de Instrumentos: Copias de test y encuestas. Material para técnicas psicológicas	90.00
Gastos de movilización	50cal.00
Impresión de tesis	120.00
Empastado de tesis	40.00
Imprevistos	50.00
Disertación de la final tesis (proyector de infocus, material de escritorio, etc.)	60.00
TOTAL	973.97

9. FINANCIAMIENTO

✚ El presente trabajo será financiado por la autora.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ ANGELES, M. (2005) *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Disponible en : <http://apuntes.rincondelvago.com/trastornos-de-ansiedad.html>
- ✓ ARTURO BADOS LÓPE (2005). *Trastorno de ansiedad por separación*. Universidad de Barcelona.
- ✓ BASSAS, N. *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia (España, Editorial Laertes, 1996), p. 259*
- ✓ BOCHERNITSAN F. - MOLINA H. - BENGUIGU Y. *Técnicas lúdicas para la salud y el desarrollo integral de la infancia (2005)*
- ✓ CAMPOS C. - CORDERO S. - ROJAS G. - VARGAS M. *Ludoterapia y estimulación temprana: Atención del niño y la niña hospitalizado(a) y su familia (2005)*
- ✓ CINTECO, *PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSIQUIÁTRICA*. Procedimiento de Relajación Muscular de Koeppen, http://www.cinteco.com/pacientes/material_recomendado/relajacion_ninos/
- ✓ *ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA, Volumen II, Trastornos del Desarrollo (España, Editorial Credito Reymo, 1992), p. 107*
- ✓ *FUNDACIÓN CADAH, Técnicas del entrenamiento en las habilidades sociales,* <http://fundacioncadah.org/web/articulo/tecnicas-del-entrenamiento-en-las-habilidades-sociales.html>.
- ✓ GASSIER, J.: *Manual del desarrollo psicomotor*. Barcelona: TORAY – MASSON.
- ✓ HERNÁNDEZ, G. (2004). *La depresión infantil*. Disponible en: <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>

- ✓ LAROCCA, F. *Depresión en niños y adolescentes*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos50/depresion-adolescentes/depresion-adolescentes2.shtml> [consulta 2011, 30 de agosto]
- ✓ LOPE, J. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: editor. 1ª Edición.
- ✓ LÓPEZ, I. (2011) Programa de doctorado: Intervención psicológica en contextos educativos y de desarrollo. (Pag. 22)
- ✓ LÓPEZ, J., y Aliño, I. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona, España.: Masson. 1ª Edición
- ✓ MARSELLACH, G. Trastornos de ansiedad en la infancia. Disponible: <http://www.psicoactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=795>
- ✓ MUÑIZ SANCHEZ R. Ludoterapia
- ✓ ORTIGOSA, J & MENDEZ, F. (2000). *Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. (2ª ed., pp. 19-29). España: Nueva Madrid
- ✓ POLAINO-LORENTE, A. LLABERIA, D. GARCÍA, V. EZPELETA, A. (1988) *Las Depresiones Infantiles*. Madrid, España. 58-59
- ✓ RED DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ESPAÑA Y PORTUGAL (2007). *La ansiedad en niños Hospitalizados*. Vol 7, número 002.
- ✓ REVISTA PEDIÁTRICA ELECTRÓNICA. (2006) Vol 6, N°1. Disponible: http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf
- ✓ RODRÍGUEZ, Jimena, ORTIZ M. (2005). *Depresión Infantil*. Hospital del Niño DIF. Pachuca, Hidalgo, México.
- ✓ RODRÍGUEZ, L. (s.f.). *Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil*. Universidad de Castilla-La Mancha . Disponible en:

http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/2/LuisRodriguez.htm

- ✓ U. C. M. FACULTAD DE EDUCACIÓN (1999-2000). Desarrollo psicoevolutivo. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/desarrollo-psicoevolutivo.html> [consulta 2011, 30 de agosto]
- ✓ VICENTE, B. (2007). Cómo ayudar a un niño deprimido. Luria psicología, Experto en Terapia de Conducta Infanto-Juvenil. 32-45.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con cédula de identidad # _____, en calidad de representante o padre de familia del paciente internado en el Área de Pediatría del Hospital Provincial General “Isidro Ayora”, autorizo a la Señorita Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, estudiante de la CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA de la Universidad Nacional de Loja, para que realice en mi representado, la aplicación de instrumentos psicológicos y Plan Psicoterapéutico, con la finalidad de que pueda realizar su trabajo de investigación cuyo tema es: “EL PROCESO ADAPTATIVO Y SÍNTOMAS ANSIOSOS - DEPRESIVOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA”

Atentamente,

Representante / Padre de Familia.

Motricidad gruesa:

Motricidad fina:

Desarrollo del lenguaje:

A qué edad:

Balbuceo (3-6 meses)

Primeras palabras significativas (12-18 meses)

Frases (24 meses)

Buen nivel de comprensión: SI NO

-- Trastornos del lenguaje:

Desarrolló cognitivo o adaptativo

Reconoce a la madre (3 meses.)

Diferencia a personas conocidas de desconocidas (6 meses)

Respuesta a instrucciones simples (12-24 meses)

Comunica sus necesidades (12-24 meses)

Cree la madre que la inteligencia de sus hijos es adecuada a su edad: SI NO

Desarrollo Social:

-- A qué edad:

Responde al nombre (6 meses)

Aplausos y se despide (9 meses)

-- Comienza a vestirse solo (2 años)

-- Control de esfínteres (2-3 años)

-- Dificultad del sueño:

Historia Escolar

-- Edad de ingreso a la escuela: Problemas de Adaptación:

-- Rendimiento:

-- Comportamiento:

-- Problemas de aprendizaje:

-- Relación maestro-alumno:

-- Nivel de apoyo familiar en el control de actividades diarias:

-- Utilización del tiempo libre:

-- Relación con los compañeros:

6- Psicoanamnesis familiar, normal y patológica

Relación con: la madre padre hermanos

Amigas otros familiares

Relación entre padres:

Tipo de hogar: (descripción de las relaciones, comunicación y roles. Cambios domiciliarios)

- Nivel socio-económico y cultural.

Casa propia (), arrendada (), todos los servicios básicos, estado de salud de familiares:

Herencia mórbida:

--Padre:

(Características de personalidad y patologías)

--Madre (considerar los datos anteriores)

--Hermanos: (número y lugar que ocupa y patología)

-- Otros familiares:

7- Examen de funciones psicológicas

Conciencia y Orientación:

Sensopercepciones:

Memoria:

Lateralidad:

Coordinación motriz:

Afectividad:

Inteligencia:

Pensamientos:

Voluntad:

Instintos:

Lenguaje:

Hábitos:

Juicio y razonamiento:

ANEXO 4

Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para Niños IDARE-N

Versión cubana de: Dr. Alexis Lorenzo Ruiz, Dr. Jorge Grau Abalo, Dra. Maria de los Ángeles Vizcaíno Londián, Lic. Angelina Fumero Madam, Dra. Martha Martín Carbonell, Lic Francisco Prado Torres.

Nº de Historia Clínica: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Sexo: _____
Institución: _____

INSTRUCCIONES

PRIMERA PARTE

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

EXPRESIONES

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado			
2. Me encuentro inquieto			
3. Me siento nervioso			
4. Me encuentro descansado			
5. Tengo miedo			
6. Estoy relajado			
7. Estoy preocupado			
8. Me encuentro satisfecho			
9. Me siento feliz			
10. Me siento seguro			
11. Me encuentro bien			
12. Me siento molesto			
13. Me siento agradablemente			
14. Me encuentro atemorizado			
15. Me encuentro confuso			
16. Me siento animoso			
17. Me siento angustiado			
18. Me encuentro alegre			
19. Me encuentro contrariado			
20. Me siento triste			

VIRA LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

INSTRUCCIONES

SEGUNDA PARTE (IDARE-N para Niños)

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga como te SIENTES en GENERAL, no solo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.

	Casi Nunca	Algo	Mucho
1. Me preocupa cometer errores			
2. Siento ganas de llorar			
3. Me siento desgraciado			
4. Me cuesta tomar una decisión			
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas			
6. Me preocupo demasiado			
7. Me encuentro molesto			
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan			
9. Me preocupan las cosas de la escuela			
10. Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer			
11. Noto que mi corazón late más rápido			
12. Aunque no lo digo, tengo miedo			
13. Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir			
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches			
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago			
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí			
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo			
18. Tomo las cosas demasiado en serio			
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida			
20. Me siento menos feliz que los demás chicos			

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y COLABORACIÓN

IDAREN CALIFICACIÓN

Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para niños
IDAREN de Ch. D. Spielberger.
Inventario de Autoevaluación

Versión cubana de: Dr. Alexis Lorenzo Ruiz, Dr. Jorge Grau Abalo, Dra. Maria de los Ángeles Vizcaíno Londián, Lic. Angelina Fumero Madam, Dra. Martha Martín Carbonell, Lic Francisco Prado Torres.

HOJA DE CALIFICACION DEL IDAREN: Nada 1; Algo 2; Mucho 3.

- **Calificación en la Escala A-Rasgo:**

Suma total de los Ítems = Puntuación directa

Niveles A-Rasgo:

Bajo: Por debajo de 29 puntos.

Medio: Entre 29 y 41 puntos.

Alto: Por encima de 41 puntos

- **Calificación en la Escala A-Estado:**

Sub-Escalas de A-Estado:

Items 2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 17; 19; 20 (+) (X)

Items 1; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13; 16; 18 (-) (Y)

$(X-Y) + 40 =$ Puntuación directa

Niveles de A-Estado:

Bajo: Por debajo de 24 puntos.

Medio: Entre 24 y 38 puntos.

Alto: Por encima de 38 puntos.

Examinador:

ANEXO 5

Inventario de autoevaluación Depresión rasgo / estado infantil IDEREN

Autores: A. Lorenzo, J. Grau, M. Martín (Variante del Test IDERE de Grau, Martín)

Nº de Historia Clínica: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Sexo: _____
Institución: _____

INSTRUCCIONES

A continuación les presentamos un conjunto de expresiones, las cuales con frecuencia son utilizadas para transmitir nuestro estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O), aquellas que para usted refleje "COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO". No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

I PARTE

	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte
1. Pienso que mi futuro es desesperanzado y mi estado de ánimo nunca mejorará.				
2. Yo me siento con confianza en mí mismo.				
3. Pienso que yo no tengo nada de qué arrepentirme.				
4. Yo me siento seguro.				
5. Yo me siento muy preocupado.				
6. En la sexualidad no tengo dificultades.				
7. Yo quisiera poderme separar de todos mis problemas.				
8. Me siento insatisfecho.				
9. He perdido toda la confianza en mí mismo.				
10. Siento tener necesidad de vivir.				
11. No me siento en nada culpable.				
12. Duermo bien.				
13. Me canso con facilidad.				
14. Se me hace difícil cumplir el más sencillo de los trabajos.				
15. Me canso con más facilidad que anteriormente.				
16. Ahora no tengo deseos de llorar.				
17. Yo siento que ahora ya nada me alegra como antes.				
18. Yo quisiera quitarme la vida.				
19. Me despierto con más facilidad que antes y se me hace difícil volver a quedarme dormido.				
20. Yo quisiera ser tan feliz como le parezco a las demás personas que me rodean				

AHORA POR FAVOR, PASE LA HOJA Y COMPLETE LA SEGUNDA PARTE

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL IDEREN

INSTRUCCIONES

A continuación, les presentamos un conjunto de expresiones en las cuales se reflejan diferentes momentos de su estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque con un círculo (O) en esta segunda parte, aquellas que para usted reflejen "CÓMO SE SIENTE GENERALMENTE". No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo en este momento.

II PARTE

	No existe	Un poco	Suficiente	Muy fuerte
21. Pienso que no puedo lograr nada de lo que me proponga.				
22. Sufro cuando no logro el reconocimiento de las personas que me rodean.				
23. Con facilidad me sorprende ante los fracasos.				
24. Pienso que tengo muchos más fracasos que los demás.				
25. Yo sufro por no haber logrado hacer realidad mis sueños.				
26. Me pongo triste, deprimido con facilidad.				
27. Considero haber tenido suerte en la vida.				
28. Pienso que en el futuro todo será bueno para mí.				
29. Yo tengo confianza en mí mismo.				
30. Por regla general, yo soy de los que se inclinan a verle las partes malas a las cosas de la vida.				
31. Los problemas a mí me inquietan más de lo necesario.				
32. Yo he logrado cumplir con mis objetivos más importantes.				
33. Me siento aburrido.				
34. A mí todo me interesa.				
35. Ante fuertes sensaciones, no reacciono.				
36. Por lo general, observo las partes buenas de las cosas.				
37. Los fracasos me hacen sufrir tanto que no logro sacármelos de mi cabeza.				
38. No me alcanza la confianza en mí mismo.				
39. Considero que las demás personas me estimulan lo suficiente.				
40. La más mínima dificultad me presiona y oprime.				
41. Soy una persona alegre.				
42. Pienso que las demás personas no me estimulan lo suficiente.				

LE AGRADECEMOS SU COLABORACION Y LA ATENCION PRESTADA

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEPRESIÓN RASGO / ESTADO INFANTIL IDEREN

Autores: A. Lorenzo, J. Grau, M. Martín (Variante del Test IDERE de Grau, Martín)

HOJA DE CALIFICACIÓN: No existe 1; Un poco 2; Suficiente 3; Muy fuerte 4.

• I PARTE. Escala de Depresión Estado (D-E):

"A" - Ítems Positivos Directos (+) = 1, 3, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20.

"B" - Ítems Negativos Inversos (-) = 2, 4, 6, 10, 11, 12, 16.

Fórmula: $(A - B) + 35 = \text{Valor D-E}$

Valor Mínimo D - E = 20 puntos.

Valor Máximo D - E = 80 puntos.

Por Niveles: _____ Bajo (20 a 35 ptos).

_____ Medio (36 a 50 ptos).

_____ Alto (51 a 80 ptos).

• II PARTE. Escala de Depresión Rasgo (D-R):

"A" - Ítems Positivos Directos (+) = 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 33, 37, 38, 40, 42.

"B" - Ítems Negativos Inversos (-) = 25, 26, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 41.

Fórmula: $(A - B) + 50 = \text{Valor D-R}$

Valor Mínimo D - E = 22 puntos.

Valor Máximo D - E = 88 puntos.

Por Niveles: _____ Bajo (22 a 37 ptos).

_____ Medio (38 a 54 ptos).

_____ Alto (55 a 88 ptos).

Evaluador _____.

ANEXO 6

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y DESADAPTATIVAS EN NIÑOS INTERNADOS EN EL ÀREA DE PEDIATRÌA DEL HOSPITAL PROVINCIAL "ISIDRO AYORA", DIRECTA A NIÑOS

(Según Rodríguez, Spitz, Ortigosa, J. Meneghello CIE-10 y DSM-IV)

Nº de Historia Clínica:

1. ¿Cómo te sientes?

Nervioso:	NO	SI
Inquieto:	NO	SI
Preocupado:	NO	SI
Asustado:	NO	SI
Incomodo:	NO	SI
Triste:	NO	SI
Enojado:	NO	SI
Con rabia:	NO	SI

2. ¿Te gusta el Hospital?

NO SI

Qué te afecta? :

Infraestructura:	NO	SI
Separación de los padres:	NO	SI
Procedimientos Médicos:	NO	SI
Separación de los amigos:	NO	SI

3. ¿Te cuesta dormir en la noche?

NO SI

¿Por qué?

Extraña a la familia	NO	SI
Miedo	NO	SI
Ruido	NO	SI
Dolor	NO	SI
Otros (.....)	NO	SI

4. ¿Te gustaría que tus padres se quedaran en la noche?

NO SI

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 7.

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y DESADAPTATIVAS EN NIÑOS INTERNADOS EN EL ÀREA DE PEDIATRÌA DEL HOSPITAL PROVINCIAL "ISIDRO AYORA", INDIRECTA PARA PADRES

(Según Rodríguez, Spitz, Ortigosa, J. Meneghello CIE-10 y DSM-IV)

Nº de Historia Clínica:

Sexo:

Edad:

Responda las siguientes preguntas de acuerdo al nivel de adaptación que presenta su hijo al ser ingresado a esta casa de salud.

AREA EMOCIONAL		Si	No
1	Siente temor ante personas desconocidas (vestidas de civil)		
2	Siente temor ante personas desconocidas (vestidas de traje blanco o ropa médica)		
3	Siente inconformidad al ingreso al hospital		
4	Su hijo presenta llanto		
5	Siente temor al quedarse solo		
6	Tiene pensamientos de no volver a ver a sus seres queridos		
7	Experimenta sensaciones de abandono		
8	Se muestra agresivo		
9	Se altera cuando se le deja solo durante unos minutos		
10	Tiene disposición a coger rabietas		
11	Protesta cuando come		
ACTIVIDAD MOTRIZ			
12	Se orina en la cama, o su ropa de vestir		
13	Realiza las deposiciones en la cama, o su ropa de vestir		
14	Emplea mucho tiempo en estar sentado, acostado y sin hacer nada		
15	Tiene pesadillas en la noche o se despierta llorando		
16	Tiene poco apetito		
17	Su comportamiento es inhibido (cohibido, poco amigable)		
18	Su comportamiento es desinhibido (sociable, comunicativo, amigable)		

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 8
FOTOGRAFÍAS





