

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA: PSICOLOGÍA

Tesis previa a la obtención del Título de: PSICOLOGA

TEMA:

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA NIÑAS/OS DE ENTRE
0 Y 6 AÑOS, EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE URGENCIAS
PEDIATRICAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN DE LA CIUDAD
DE QUITO.**

AUTORA:

Jéssica Monserrat Alcívar Sornoza

DIRECTORA:

Dra. Elsy Dalila Heredia Calderón

Quito, Noviembre 2011

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar, mi gratitud y reconocimiento al Personal Docente de la Carrera de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana por haberme brindado las herramientas y facilidades para alcanzar la formación como Psicóloga.

De igual manera, expreso mi agradecimiento al Equipo de salud del servicio de Pediatría del HCAM por su invalorable apoyo en la conclusión del siguiente producto.

A todas las personas que de una u otra manera aportaron en el desarrollo de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi padre DIOS, por sus bendiciones constantes, por enseñarme durante el camino, que debía perseverar y luchar por mis objetivos, por recordarme que siempre puedo contar con su gran amor.

A mis amados padres Ramón y Mariana por su apoyo incondicional, y a mi angelito Matías por su comprensión y por ser mi mayor motivación.

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas, análisis, conclusiones y recomendaciones realizadas, expuestas en este producto son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Quito, Noviembre del 2011

INDICE

	Pagina
INTRODUCCION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
CAPITULO I	
<i>HOSPITALIZACION INFANTIL.....</i>	<i>12</i>
1.1 LA HOSPITALIZACION.....	12
1.1.1 Carencia afectiva defectuosa por Rene Spitz.....	15
CAPITULO II	
<i>EL APEGO EMOCIONAL</i>	
2.1. EL APEGO.....	19
2.1.1 Apego y hospitalización infantil.....	24
CAPITULO III	
<i>INTERVENCION PSICOLOGICA</i>	
3.1 INTERVENCION.....	27
3.2 TEORIA TEMPORAL DEL PSIQUISMO.....	29
CAPITULO IV	
<i>MARCO INSTITUCIONAL</i>	<i>34</i>
4.1. HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN DE LA CIUDAD DE QUITO.....	34

4.2 SERVICIO DE PEDIATRIA.....35

4.2.1 Urgencias Pediátricas.....35

CAPITULO V

PROTOCOLO DE INTERVENCION PSICOLOGICA PARANIÑAS/OS DE ENTRE 0 A 6 AÑOS, EN EL AREA DE HOSPITALIZACION DE URGENCIAS PEDIATRICAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN DE LA CIUDAD DE QUITO.....39

ANEXOS.....70

CONCLUSIONES.....74

RECOMENDACIONES.....75

BIBLIOGRAFIA.....76

INTRODUCCION

Siendo la hospitalización, una situación generadora de altos niveles de ansiedad, el siguiente producto de tesis que presentamos, tiene como objetivo implementar un Protocolo de intervención psicológica en el Servicio de Hospitalización de urgencias Pediátricas del HCAM, de la ciudad de Quito, en niños/as de 0 a 6 años de edad. La realización de este producto toma como referencia teórica: la propuesta de Rene Spitz acerca del fenómeno del hospitalismo y la depresión anaclítica; la teoría del apego de Jhon Bowlby, y la teoría de las crisis planteada por Alfredo Moffatt.

Nuestro trabajo se posiciona en la creencia de que el niño/a hospitalizado, puede presentar situaciones de crisis, debido al impacto emocional, que implica la hospitalización infantil, como ya lo menciono, en 1945 el psicoanalista, Rene Spitz, quien refiere el síndrome del hospitalismo, como una de las consecuencias de este proceso de internamiento; el autor lo describe como “aquél estado de alteración profunda, física y psíquica, que se instala progresivamente en los niños muy pequeños, durante los primeros dieciocho meses de vida, si son abandonados o permanecen durante un lapso prolongado en una institución hospitalaria”¹.

Es por tal motivo que consideramos los planteamientos realizados por René Spitz acerca del efecto de la hospitalización prolongada de niños y niñas de hasta 18 meses que han sido abandonados y/o que permanecen durante periodos prolongados alejados de sus progenitores. La teoría del hospitalismo, así como las observaciones realizadas durante las prácticas pre-profesionales permiten establecer la presencia de una problemática en la hospitalización de niños y niñas, particularmente de los más pequeños. De este modo se puede comprender mejor la problemática que se suscita durante la internación en un centro hospitalario, ya que es en etapas tempranas del desarrollo, cuando las enfermedades y la hospitalización generan mayor desconcierto e incertidumbre, provocando miedo y temor, principalmente al dolor, a lo desconocido, a la separación de los padres, a quedar solos, abandonados y sin la entrega de cariño, afecto, cuidados y amor, factores que, por otra parte, afectan directamente al proceso de mantención y recuperación de la salud.

¹ SPITZ, René, “No y Si” Ediciones Paidós, Barcelona, 1945.pág. 240

En este proceso de internación el niño/a hospitalizado, puede verse privado de los cuidados de las figuras de apego, situación en el que reactivara una necesidad biológicamente determinada hacia la proximidad de las figuras de apego con los que ha creado vínculos afectivos, cuyo objetivo principal es la consecución de un sentimiento de seguridad psicológica, así lo menciona en la teoría del apego, Jhon Bowlby, el cual parte de la hipótesis de que “existe un sistema de apego”², el que se activa cuando un ser humano se siente amenazado y tiende a buscar quien lo proteja y lo autorregule.

Partiendo de los aportes de Jhon Bowlby, este trabajo se enmarca en la teoría de la regulación del afecto y como tal, diferencia a las personas en el modo en el que estas sienten y expresan sus necesidades de afecto y en el modo en el que actúan para mantener un equilibrio emocional.

Como mencionamos en párrafos anteriores los niños/as, pequeños, durante el proceso de hospitalización pueden experimentar una situación de crisis como consecuencia de la internación hospitalaria, motivo por el cual, nos sustentaremos además, en la teoría de las crisis de Alfredo Moffat, la cual postula “³que la crisis, se manifiesta por una invasión de paralización de la continuidad del proceso de la vida”, situación que se evidencia con frecuencia, en los niños/as que en este servicio son hospitalizados.

² BOWLBY, John; “El apego y la pérdida-1”, Ediciones Paidós, Barcelona, 1998, p. 195

³ MOFFAT, Alfredo “Terapia de Crisis” Ediciones, S.A.E.I.C, Buenos Aires, 1984, p.15

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hospitalización en la vida de un niño es un acontecimiento altamente estresante que le genera una serie de reacciones emocionales, siendo la ansiedad su signo más relevante. El niño/ niña puede entrar en una condición de crisis, al igual que sus padres y/o familiares cercanos. De este modo la condición emocional del niño/a va a influir en su condición física y viceversa.

En 1945 el psicoanalista y psiquiatra René Spitz, realizó estudios, sobre lo que acontecía con niños pequeños que sufrían una enfermedad y eran hospitalizados, señalando sus efectos en el denominado: “Síndrome del hospitalismo” y “Depresión Anaclítica. Señala que: “Para el niño/a, la hospitalización o la enfermedad es un estímulo altamente desencadenante de estrés, el niño/a no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, ni comprende a qué es debido su dolor⁴, Spitz observa la necesidad de considerar a la hospitalización como una situación provocadora de desequilibrio emocional, evidenciada en altas dosis de ansiedad que pueden llegar a adquirir el carácter de traumático.

Efectivamente, la condición de hospitalización introduce a niños y niñas que han enfermado en ambientes desconocidos, amenazantes y poco estimulantes, que se alejan del ambiente familiar del hogar. Además, los adultos significativos que son fuente de seguridad, están frecuentemente limitados del contacto con la niña/o o alejados del mismo/a. Por tanto resulta evidente lo amenazante de las circunstancias de hospitalización para una niña o niño, Por otra parte, conocemos que según el desarrollo evolutivo del niño y la edad cronológica, la comprensión de la situación de la hospitalización va a ser limitada, así, mientras menor sea el niño, más difícil será asimilar las dimensiones de la situación.

Además, hay que considerar que habitualmente el personal sanitario ofrece un trato formal, usualmente despersonalizado que atiende a la dolencia física, pero no considera las necesidades del pequeño paciente y el impacto emocional que el niño/a está teniendo. Así, dialoga exclusivamente sobre las manifestaciones y procesos de la

⁴ SPITZ Rene;” El hospitalismo”, www.psicoadictiva.com

enfermedad, resulta impensable observar que se acerquen a jugar con ellos/as para invadir su espacio al acercarse a examinarlos. Familiares y pequeños pacientes no reciben información exhaustiva de sus hallazgos, quedando entonces ajenos a lo que se esta haciendo con ellos.

El niño/a hospitalizado manifiesta con frecuencia un desequilibrio emocional y una condición de disminución física, que lo vuelven vulnerable; además, sus capacidades de adaptación, que se traducen en la habilidad de afrontar y acomodarse a situaciones estresantes o adversas se encuentran minimizadas o ausentes al hablar del procedimiento con los bebés y los niños pequeños Michel H. Ledoux enfatiza cómo Doltó trabaja con los niños y niñas pequeñas desde el reconocimiento de los niños como personas sujetas y no objetos de intervención: *“Escucha a la madre, escucha la historia del bebe en presencia de este. Pone su atención en el niño, se dirige a el, lo reconoce como sujeto, como ser en devenir, pero también como dependiente, y por lo tanto capaz de detectar una comunicación perturbada. Llama al niño por su nombre, dirigiéndose de tal modo a su persona individualizada”*.⁵

Francoise Dolto, destaca que los niños/as necesitan explicaciones por parte de la madre o quien la sustituye, para que el niño/a pueda entender la situación; atención afectiva y efectiva, de modo personalizado. Estos amparos les permitirán enfrentar con seguridad el acontecimiento estresante.

Las caricias, el contacto físico, en definitiva todos los signos y símbolos del lenguaje no verbal que son manifestaciones de afecto, de protección, tienen espacios limitados para su manifestación.

Las características señaladas suelen ser de uso generalizado. Así, durante las prácticas pre- profesionales realizadas en el Hospital Carlos Andrade Marín, en el Servicio de Pediatría se pudo observar a niños y niñas de diversas edades, con manifestaciones de ansiedad: irritabilidad, ánimo depresivo, llanto fácil, alteraciones del sueño, conductas explosivas, agresividad, hipersensibilidad, búsqueda constante de proximidad con las figuras parentales, entre otras. Por otra parte, se observa a niños/as cargados de

⁵ DOLTO Francoise, “Introducción a la obra de Francoise Dolto”, Ediciones Amorrourtu, pág. 195.

aprehensión frente al personal médico.

Las relaciones del niño con los adultos significativos cobran enorme importancia, puesto que ellas garantizan su seguridad y desarrollo. El psicoanalista inglés Jhon Bowlby, (1988), analizó la importancia de la presencia de una figura vincular para el niño. Menciona que, “Mientras el niño/a, esta en presencia de una figura de apego importante, o cerca de ella se siente seguro. La amenaza de perderle le causa angustia y su perdida real un gran dolor, además ambas circunstancias pueden provocar su rabia”⁶.

Bowlby con respecto a las figuras vinculares manifiesta que están representados por el padre, madre u otro miembro de la familia de origen. Señala la importancia de estos, en la formación de modelos internos de trabajo y los define de la siguiente manera:

*“Los modelos internos de trabajo son formas de funcionar y se generan en base a la accesibilidad o inaccesibilidad de la figura vincular. La accesibilidad del cuidador dentro de limites confortables para el recién nacido, provee una base mas o menos segura que explicaría la ansiedad ante una eventual separación”*⁷

Mientras que, la conducta de apego es definida por Jhon Bowlby como: *“Un sistema comportamental que organiza de manera coherente ciertas conductas (llanto, búsqueda de proximidad) en relación a la figura vincular, de acuerdo a las necesidades del niño. Cuando las conductas de apego fracasan repentinamente en recuperar a la figura vincular, el niño se ve obligado a desarrollar estrategias defensivas que excluyan la información dolorosa de su conciencia”*.⁸

Por tanto, se deduce que la ausencia de las figuras de apego, en las condiciones de hospitalización, pone al niño/a, en extrema vulnerabilidad. Así, en el servicio de Pediatría del Hospital Carlos Andrade Marín, se mira que frente a estas condiciones, los menores protestan y manifiestan su malestar a través de gemidos, llantos, gritos, búsqueda de proximidad, inquietud en unos casos o inhibición motora en otros.

⁶ BOWLBY, John; “El apego y la pérdida-1”, Ediciones Paidós, Barcelona, 1998, p. 286

⁷ MONETA, Maria Eugenia, “El apego, aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo” Ediciones Cuatro vientos, Santiago 29, p. 3.

⁸ MONETA, Maria Eugenia, “El apego, aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo” Ediciones Cuatro vientos, Santiago 29, p. 3.

La situación de hospitalización y la separación con las figuras vinculares, tiene una doble connotación: por un lado el efecto producido por la separación, como Bowlby señala con precisión y por otro, la situación de los padres, quienes también se ven afectados, en el proceso de hospitalización de sus hijos.

La situación de los padres es otro de los elementos que es necesario considerar frente a la hospitalización de los hijos/as menores. Ellos se ven forzados a un cambio en la rutina del hogar y el trabajo. Además, ante la hospitalización y dependiendo de la condición del niño/a, no se les permite participar en los cuidados de los pequeños, como consecuencia, la frustración que se genera al ver sus funciones relegadas y la preocupación por la situación del niño/a genera sentimientos de ansiedad e impotencia. Sintiendo que no pueden hacer nada para ayudar a su niño/a, muchos padres llegan a expresar su frustración y ansiedad a través de conductas inadecuadas con el personal hospitalario e incluso con los mismos hijos/as.

Los discursos de los padres, obtenidos de sus entrevistas, y sistematizadas por la suscrita, dan cuenta de esta situación y explican como causa de su desazón los siguientes factores:

- ✓ La incertidumbre acerca de la enfermedad
- ✓ La falta de conocimiento acerca de los tratamientos médicos y su terminología
- ✓ La dificultad de comprensión de la información médica de la enfermedad.
- ✓ El desconocimiento de la evolución y el pronóstico.
- ✓ Los temores hacia el personal médico.
- ✓ Dificultad ante su situación económica.
- ✓ Preocupación por la falta de atención al resto de la familia, mientras están pendientes del hijo hospitalizado (hijos, esposo, etc.).
- ✓ Ruptura abrupta ante obligaciones laborales y sociales.
- ✓ Temor a la pérdida de su hijo/a.
- ✓ Reconocen que tienen su energía volcada en la recuperación física de sus hijos/as, descuidando el aspecto emocional.

Así mismo durante las prácticas pre-profesionales, se pudo evidenciar además

reacciones emocionales en las figuras vinculares ante la hospitalización como son las siguientes manifestaciones:

- ✓ Pérdida de control, constante preocupación, llanto fácil, miedo, angustia, impotencia, frustración, dolor, desesperanza y culpa.
- ✓ Síntomas motores: agitación, inhibición, tics nerviosos.
- ✓ Refieren síntomas fisiológicos tales como: palpitación cardiaca, sudoración excesiva, dolor de cabeza, fiebre, desmayos.

Cabe señalar que desde la experiencia de las prácticas pre profesionales desarrolladas durante más de un año en el área de Pediatría del HCAM, a través de los casos atendidos, se evidencian los siguientes elementos que resultan amenazantes para el niño en condición de hospitalización:

- ✓ Alejamiento de la rutina y la cotidianidad del funcionamiento de la familia.
- ✓ Alejamiento físico del medio familiar de la casa.
- ✓ Pérdida temporal de actividades escolares y contacto con redes sociales.
- ✓ Separación de los padres y familiares cercanos.
- ✓ Inclusión en un medio extraño y desconocido.
- ✓ Pérdida de control, autonomía y competencia.
- ✓ Falta de información.
- ✓ Restricción del espacio vital y de la movilidad.
- ✓ La experiencia del dolor que en algunos casos llegan a ser intervenciones quirúrgicas dolorosas.
- ✓ Ambientes fríos en los cuartos hospitalarios.
- ✓ Falta de espacios lúdicos, entre otros.

Como se ve, el niño que ingresa en el Servicio de Pediatría, en condición de Hospitalización, experimenta un cúmulo de condiciones ajenas a su rutina y francamente amenazantes, sobresaliendo la ausencia temporal del o los adultos significativos, lo cual afecta la relación vincular, garantía de su seguridad. Al respecto, el equipo de sanidad del área se limita a desarrollar su tarea con distancia del niño/a. De este modo el niño/a queda en condición de vulnerabilidad extrema. En estas condiciones, vulnerable y sólo, deberá enfrentar los procedimientos médicos:

diversos, extraños, sorprendidos y frecuentemente dolorosos, que pueden devenir, en algunos casos, en una condición de crisis del niño en condición de hospitalización.

Para explicar la emergencia de la crisis, este trabajo considera la propuesta teórica de Alfredo Moffat acerca de las crisis y su teoría temporal del psiquismo. Él mismo señala que una crisis, es “una experiencia de paralización de la continuidad del proceso de la vida que le produce la incapacidad para resolver situaciones particulares con éxito”.⁹ Bajo estas consideraciones, la afectación emocional que sufren los niños/as hospitalizados, inciden en su recuperación, pudiendo, incluso, afectar o alargar su recuperación.

Se puede entonces evidenciar claramente, la necesidad ineludible de contar con la intervención desde un profesional psicólogo que desarrolle estrategias de Intervención tanto con los niños/as como con sus familiares cercanos. Además, la preparación del equipo de sanidad para la atención particular del servicio. Por ello, se plantea desarrollar un Protocolo¹⁰ que permita guiar y apoyar el proceso de Intervención Psicológica, frente a la situación de crisis que se genera con la Hospitalización de niños y niñas entre 0 y 6 años en el Servicio de Pediatría del HCAM, de la ciudad de Quito. Es necesario aclarar que dicho Servicio actualmente, no cuenta con atención psicológica y que la realización del producto, ha surgido como un requerimiento desde la Jefatura Materno Infantil.

Ante la problemática generada por la hospitalización, proponemos el siguiente marco teórico, con el fin de unificar conceptos generales en torno al problema.

⁹ MOFFAT Alfredo, “Teoría de las crisis”, Ediciones Búsqueda, 1982, p.15

¹⁰ Protocolo: relación estricta de un conjunto de datos, que pueden ser por ejemplo relativo a la conducta y manifestaciones expresivas del sujeto en el curso de un examen, un test. Hace mención a un conjunto de procedimientos específicos establecidos en un plan.

CAPITULO I

HOSPITALIZACION INFANTIL

1.1 LA HOSPITALIZACION

El concepto de hospitalización, proviene del término Hospetale que significa hospitalario. En términos contemporáneos, según lo señala la real academia de la lengua hace mención a la ¹¹acción de ingresar en un hospital o clínica a un enfermo, acción y efecto de hospitalizar, entre otras posibles definiciones.

La hospitalización es el proceso por el cual las personas que están padeciendo alguna dolencia física o mental, solicitan asistencia médica especializada, y según el procedimiento medico, este debe ingresar por un periodo de tiempo, a la institución sanitaria de su elección, para poder ser evaluado, diagnosticada y/o tratada, por los galenos adecuados.

La hospitalización, si bien es cierto es la mejor opción para recuperar la salud física, no tanto así es para la salud psíquica, al implicar una serie de situaciones desconocidas para la persona que será hospitalizada, ya que podría ser experimentada como una situación especial, inclusive de riesgo, sino es debidamente manejada por los profesionales implicados ya sea los Galenos, Psicólogos o por los familiares del paciente.

El código de la niñez y la adolescencia en el artículo 27 acerca del derecho del niño/a a la salud, señala *“Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual”* y en el numeral 9 del mismo artículo manifiesta: *“El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre”*.

Pese a que existen leyes que protegen la salud de los menores, la situación se complica para algunos padres, especialmente para los usuarios del seguro social campesino, los

¹¹ Diccionario enciclopédico “Océano Uno”. Ediciones océano, 1990.

cuales asisten al Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito por un diagnóstico, y tratamiento ambulatorio, no contando con que sus hijos/as deben ser hospitalizados con carácter de urgente, por lo que algunos padres al no tener como comunicarse con los familiares que se quedaron en casa para comentar lo sucedido, terminan regresándose a sus comunidades, sin permitirle al menor, la atención médica adecuada.

En nuestro país, se estima que cerca del 15% de la población infantil alguna vez han sido hospitalizados, convirtiéndose en una población altamente vulnerable ante las condiciones de la hospitalización debido a la estructura psíquica aun en formación del infante. Cabe mencionar que es en etapas tempranas del desarrollo cuando las enfermedades y la hospitalización generan mayor incertidumbre provocando miedo, y temor, sobre todo si los pequeños/as permanecerán sin sus progenitores, los cuales representan su fuente de seguridad.

La hospitalización infantil actual, difiere mucho de lo que fue la hospitalización en la antigüedad, ya que antes no se tomaba en cuenta el aspecto emocional del niño/a en proceso de internación hospitalaria, considerando que no era necesaria la presencia de los padres junto al menor por motivos de precautelar su salud, al considerar que los adultos podrían transmitir enfermedades a los menores.

Con los aportes de Rene Spitz acerca del “hospitalismo” como consecuencia de la institucionalización de los niños/as y los fundamentos de Jhon Bowlby en relación a la importancia de la cercanía afectiva y el fortalecimiento del vínculo respectivamente, entre padres, especialmente la madre y el niño/a, el proceso de hospitalización infantil toma como necesaria la permanencia de los padres junto a sus hijos y así garantizar de este modo una mejor adaptación y una pronta recuperación del niño/a en el medio hospitalario en el que es sometido.

Una de las situaciones que pone en riesgo el estado emocional de los menores es el hecho de que en algunos casos los pequeños no permanecen junto a su madre u otra figura significativa de apego, lo que lo vuelve vulnerable a cualquier acontecimiento ya que es la madre o figura significativa la que provee la seguridad y estabilidad emocional ante la conducta de apego. Al respecto Jhon

Bowlby señala, *“El Apego es el lazo afectivo fuerte y duradero que establece el niño con su figura vincular”*¹²

Pese a que en la actualidad, se le permite a los niños/as en situación de hospitalización permanecer junto a sus padres, cabe señalar que solo puede permanecer uno de los dos progenitores junto al menor. La situación que vivirán los pequeños/as no será la mejor al estar acostumbrados a un contexto familiar habitual, como la cercanía con sus hermanos, abuelos, compañeritos de centros educativos, y otras redes sociales que le proporcionaban estímulos afectivos adecuados.

De lo ya expuesto por los padres de niños que han sido hospitalizados y regresan a la consulta externa para el debido seguimiento a la enfermedad, las reacciones psicológicas y emocionales adversas se mantienen incluso cuando el niño ya ha regresado a su casa. En ese sentido, resulta frecuente observar a niños que se encuentran muy apegados a su madre, que se alteran si escuchan hablar de hospitales, que sufren pesadillas, que se niegan a ingerir alimentos, que lloran repentinamente sin causa aparente o que les sobrevienen crisis de ansiedad y que responden con aprehensión ante la presencia de los colores blancos característica de los mandiles de los facultativos.

En general el niño hospitalizado presenta una serie de respuestas de ansiedad que interfieren en forma negativa no sólo en su comportamiento durante la estancia hospitalaria sino también en su comportamiento tras el alta médica, al mismo tiempo es más común que un familiar (en la mayoría de los casos la madre), acompañe de manera permanente a este niño durante su estancia, de este modo se ejerce una relación más estrecha entre el familiar y el niño, la cual influiría en la evolución del cuadro de enfermedad.

Por tanto la hospitalización infantil en la vida de un niño/a, se convierte en una situación altamente estresante que lo sumerge en un abanico de situaciones nuevas y muchas dolorosas como son los procedimientos médicos a los que serán sometidos, generando mayor malestar por el miedo que les ocasiona el dolor experimentado.

¹² BOWLBY, John; “Vínculos afectivos”, Ediciones Morata, Madrid, 1986, p. 43

Los padres o cuidadores, a su vez se verán también afectados ya que el internamiento hospitalario implica obligatoriamente una interrupción en su cotidianidad, viendo relegadas sus funciones a otras personas durante la hospitalización es decir al equipo medico, y privándose en la ejecución y responsabilidad de otras funciones como el trabajo, estudios, la pareja, y otros hijos que quedaran al cuidado de otros familiares en el mejor de los casos.

La hospitalización es en si, una situación especial para los niños/as y para los padres, al experimentar nuevas situaciones que los vuelve vulnerables ante los acontecimientos del proceso de internación hospitalaria.

1.1.1 Carencia afectiva defectuosa por Rene Spitz

La propuesta de Rene Spitz define dos formas de carencia afectiva que contribuían a un deterioro progresivo del desarrollo, en proporción directa con la duración de la carencia a la que el niño/a está sometido:

- Depresión analítica o carencia afectiva parcial y
- El hospitalismo o carencia afectiva total.

Depresión Anaclítica (Privación emocional parcial)

Rene Spitz estudio este síndrome en niños/as de una casa cuna, en New York. Para esta investigación tomo una población de 123 niños/as (blancos y de color) de los cuales 19 niños en el primer estudio presentaron mes a mes los siguientes signos y síntomas del síndrome, característicos del cuadro clínico.

De sus observaciones, Rene Spitz expone las siguientes reacciones manifestadas por los infantes:

- *“Primer mes.- Los niños se vuelven llorones, exigentes tienden a asirse al observador, cuando este logra hacer contacto con ellos.*
- *Segundo mes.- El lloriqueo muchas veces se cambia en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención en el índice de desarrollo.*

- *Tercer mes.- Los niños se niegan al contacto. Yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo, indicio patognomónico. Se inicia el insomnio; prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades interrecurrentes; el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial. Después del tercer mes, la rigidez facial queda firmemente establecida. Los lloriqueos cesan, siendo reemplazados por gemidos. El retraso motor se acrecienta y es reemplazado por el letargo. El índice de desarrollo empieza a decrecer”¹³.*

Con estos datos, Rene Spitz, hace una relación del estado de afectación emocional por el que pasa el niño internalizado lejos de los cuidados de la madre, y los síntomas evidenciados en la depresión adulta, manifestando al respecto: *“la sintomatología de los niños separados de sus madres se asemeja de modo sorprendente con los síntomas que nos son familiares en la depresión adulta”¹⁴.*

Ante este cuadro clínico, lo que Rene Spitz señala como el único tratamiento curativo es el “maternaje”, el cual consiste en el regreso de la madre, cambio de su actitud o sustitución eficaz por otra persona antes de los cinco meses de separación, de lo contrario si el menor no recibe un sustituto adecuado el cuadro empeora. Si la carencia afectiva se prolonga, la indiferencia se acentúa llegando a un estado de atontamiento y estupor que Rene Spitz denominó depresión anaclítica. Hay una regresión del desarrollo motor y 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, llegando a un estado de dificultad física próximo a la caquexia* que facilita el marasmo* y la mortalidad.

¹³ SPITZ, Rene “El primer año de vida del niño”, Ediciones Fondo de Cultura Económica. México, 1965, p. 199.

¹⁴ SPITZ, Rene “El primer año de vida del niño”, Ediciones Fondo de Cultura Económica. México, 1965, p. 202.

Hospitalismo (Depresión emocional total)

El hospitalismo es un término derivado de la hospitalización infantil. Este término fue creado por el psiquiatra y psicoanalista Rene Spitz, en 1945 para designar un síndrome depresivo con consecuencias negativas, manifestado en niños/as pequeños privados de los afectos de su madre. Al respecto el autor menciona:

“En la privación total, las cosas varían del todo. Si se priva a los infantes, durante el primer año, de todas las relaciones de objeto por periodos que duren más de cinco meses, darán muestras de los síntomas cada vez más graves de un empeoramiento, que parece ser en parte, al menos irreversible.”¹⁵

El síndrome del hospitalismo se caracteriza por un conjunto de alteraciones físicas y psíquicas, que aparecen como consecuencia de una prolongada hospitalización, que implica alejamiento más o menos prolongado de la madre del niño/a menor de 15 meses de edad, tras seis meses de normales y buenas relaciones de los niños con sus madres.

Rene Spitz, después de haber observado niños/as criados por sus madres o sustitutas afectivas, durante los tres primeros meses, posterior a este tiempo eran separados de sus madres quedando al cuidado de una enfermera la cual tenía a su cuidado 11 niños/as más.

Los pequeños estaban habidos de cariño. Posterior a la separación se evidenciaba el

*Marasmo: enflaquecimiento sumo del cuerpo humano, debida a una malnutrición, que se produce principalmente en niños pequeños, caracterizado por una pérdida progresiva de tejido sub cutáneo y muscular. Hace referencia a la delgadez extremada de todo el cuerpo provocado por una larga enfermedad.

*La caquexia es un estado de extrema desnutrición, atrofia muscular, fatiga, debilidad y anorexia (pérdida significativa del apetito) en personas que no están tratando activamente de perder peso.

¹⁵ SPITZ, Rene “El primer año de vida del niño”, Ediciones Fondo de Cultura Económica. México, 1965, p. 204.

cuadro de la depresión anaclítica, después de tres meses aparecía un nuevo cuadro clínico, en el que se evidenciaba: retraso motor completo (no lograban darse la vuelta de boca arriba a boca abajo), niños/as completamente pasivos, rostro inexpresivo, coordinación ocular defectuosa, índice de desarrollo detenido. En este cuadro no mejoraban los niños/as ante el advenimiento de la madre tal como sucede en las guarderías.

Con los aportes de Rene Spitz, podemos aludir a la importancia de poder implementar el protocolo de intervención psicológica que permita fortalecer los vínculos afectivos entre padres e hijos, más aun cuando la seguridad de los menores se ve amenazada ante los cambios que genera la hospitalización infantil.

Cabe señalar además que ante las diferentes reacciones emocionales que surgen durante la hospitalización, es necesario contar con una intervención psicológica oportuna para prevenir la aparición de síntomas de depresión infantil, angustia de los niños/as generados ante la separación de los padres, evitando así la permanencia prolongada de los pequeños/as en el servicio de hospitalización de urgencias pediátricas.

CAPITULO II

EL APEGO EMOCIONAL

2.1. EL APEGO

El apego, es un término que hace referencia al afecto, al amor a la inclinación, hacia otra persona, es la necesidad de mantener proximidad y cercanía hacia una persona, o figura importante ya que representara fuente de seguridad, y protección.

Jhon Bowlby, médico y psicoanalista ingles, es uno de los máximos representantes de la teoría del apego, difundiéndose con éxito desde los años 50. Se refiere al apego, como una tendencia fuertemente básica y primaria, y la relaciona como la necesidad de comer u otros similares.

Esta teoría ha sido tan bien aceptada, que la situación de internalización infantil actual, ya sea en hospitales, orfanatos u otros lugares de acogidas a menores generalmente habidos de afecto, han incluido dentro de los procesos de recuperación de la salud física y psíquica, al componente emocional.

Así, la hospitalización acompañada de la enfermedad, genera cierto grado de alteración en la recuperación de los niños; en relación a lo señalado Bowlby manifiesta:

*“Ha quedado demostrado desde tiempos remotos creándose conciencia de ello desde mediados del siglo XIX, cuando se observaba que la ausencia de estímulos positivos en niños/as, resultaba en una mayor tasa de mortalidad, debido principalmente a la separación de los padres y al trato poco afectivo entregado por el personal de salud hacia los niños”*¹⁶

Con los postulados de la teoría del apego, se replanteo, la forma de cómo mejorar la situación hospitalaria infantil, logrando la recuperación de los pequeños pacientes en menor tiempo, al permitir que la conducta de apego, expresada mediante el llanto, y las llamadas que realiza el menor hacia sus padres, sean atendidas inmediatamente,

¹⁶ BOWLBY, John; “Vínculos afectivos”, Ediciones Morata, Madrid, 1986, p. 201

permitiendo mantener una base segura, y por tanto ayudando a fortalecer la personalidad del menor en estructuración.

2.2 TEORIA DEL APEGO DE JHON BOWLBY

Para Jhon Bowlby “ el apego” es la conducta que se produce entre las personas que proporcionan protección y cuidado desde el nacimiento al ser humano, siendo la madre especialmente quien hará de regulador entre el niño y el medio satisfaciendo las necesidades primarias del individuo, ya que este no nace con la capacidad de regular sus reacciones emocionales. Además menciona en relación al apego: *“El Apego es el lazo afectivo fuerte y duradero que establece el niño con su figura vincular”*¹⁷.

Jhon Bowlby, hace hincapié en la importancia que tienen las relaciones vinculares en edades tempranas, al influir en la capacidad de hacerle frente a ciertas situaciones o eventos estresantes en el futuro del individuo.

En los postulados de 1958, Bowlby, plantea cuatro teorías fundamentales referentes a la naturaleza y origen de los vínculos infantiles, importantes en el fortalecimiento del apego:

“1. El niño tiene una serie de necesidades fisiológicas que deben quedar satisfechas (en especial, la necesidad de recibir alimentos y calor). El hecho de que el bebé acabe por interesarse y apegarse a una figura humana (en especial, la madre) se debe a que ésta satisface sus necesidades fisiológicas y a que el pequeño aprende, en un momento dado, que la madre es la fuente de gratificación. A esta teoría la denominaron “teoría del impulso secundario”, expresión que proviene de la teoría del aprendizaje. También se la ha denominado “teoría del amor interesado” de las relaciones objetales.

¹⁷ BOWLBY, John; “Vínculos afectivos”, Ediciones Morata, Madrid, 1986, p. 43

2. *En los bebés existe la propensión innata a entrar en contacto con el pecho humano, succionarlo y poseerlo oralmente. También en un momento dado, el bebé aprende que ese pecho pertenece a la madre, lo que hace que se apegue a ella. A esta teoría la denominaron “teoría de succión del objeto primario”. La madre introduce al niño a lo placentero.*

3. *En los bebés existe una propensión innata a entablar contacto con otros seres humanos y aferrarse a ellos. En este sentido, existe una “necesidad” de un objeto independiente de la comida, “necesidad” que, sin embargo, posee un carácter tan primario como la del alimento y el calor. A esta teoría la llamaron “teoría de aferramiento a un objeto primario”.*

4. *Los bebés están resentidos por haber sido desalojados del vientre materno y ansían regresar a él. Esta teoría se denomina “teoría del anhelo primario de regreso al vientre materno”¹⁸.*

Entre las pautas de conducta que contribuyen a desarrollar el apego se describe a la succión, aferramiento, seguimiento, llanto y sonrisa, cuando estas conductas fracasan al intentar llamar a su figura vincular, el niño puede experimentar inseguridad.

El apego en niños pequeños, se traduce en búsqueda de proximidad, especialmente desea estar cerca de su madre, la busca con la mirada, la solicita mediante gritos y a través del llanto; otra forma de involucrarse es, protestando frente a la separación con la madre, ya que la necesita para sentirse seguro mientras explora. Su madre se convierte en una base segura.

Jhon Bowlby, en 1969, describe las etapas del desarrollo del apego:

- Fase de pre-apego, comprendida antes de los dos meses, ya existen presencia de conductas diferenciadas.

¹⁸ BOWLBY, John; “El apego y la pérdida-1”, Ediciones Paidós, Barcelona, 1998, p. 248.

- Fase de apego en construcción, comprendida entre los 2 a los 7 meses, existe diferencia de fines y medios, diferencia a las personas y es posible sustituir la figura de apego.
- Fase de apego, se da a partir de los 7 meses y ya la separación no es posible; se empiezan a producir síntomas de ansiedad ante la separación. La figura de apego se representa como figura total; aparte de la figura total, pueden existir figuras secundarias; el niño puede intentar influir sobre la figura de apego (pertenencia ajustada).

Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby, en sus investigaciones, menciona que para la existencia de la seguridad del apego, está relacionada a la sensibilidad materna. Entendiendo a la sensibilidad materna como: la habilidad de la madre para percibir las señales de su bebe, interpretarlas con precisión y responder rápidamente y adecuadamente a las necesidades emocionales del niño. (Ainsword, Bell y Station 1974).

Ainsworth, comprobó que el apego difiere de un niño a otro, en su estudio realizado en una población de niños de un año de edad, al cual llamo “situación extraña” elaborado para evaluar las diferencias individuales con respecto a la organización de la conducta de apego hacia la madre.

En el estudio se evaluaba al niño cuando entraba junto con su madre a un cuarto extraño pero lleno de juguetes, se observo primero a los niños con la madre y luego sin ella provocando una situación de tensión acumulativa, en la que se manifestaba como los bebes se sirven de su madre o cuidadora como base para la exploración, algunos niños se despejaban fácilmente de la madre para explorar los objetos externos mientras que otros lo trataban de hacer pero con su madre de la mano, al retirarse la madre y llegar una persona extraña la conducta de los niños cambia, reduce la exploración y empiezan lloros en los niños que no exploraron solos, las reacciones diferenciales se vuelven mucho más evidentes¹⁹.

¹⁹ BOWLBY, John.. “El Apego y la Pérdida” 1. Ediciones Paídos Ibérica.S.A. Barcelona, España 1998. pág. 440

Ainsworth evaluó a los niños que exploraron fácilmente y no se observó llanto en ausencia de la madre como niños con apego seguro mientras que a los niños que no exploraron ni siquiera cuando la madre estaba presente y la presencia de un extraño causa alarma que se derrumban en la desesperanza por ausencia de la madre como niños con apego muy inseguro.

Con estos parámetros Mary Ainsworth descubrió tres modelos de apego:

“1-Pauta B: La principal característica de los niños clasificados como con un apego seguro a la madre- es que estos son activos en el juego y buscan el contacto, incluso cuando se han angustiados después de una separación breve; enseguida quedan consolados y vuelven muy pronto a absorberse en el juego.

2-Pauta A: Los niños clasificados como un apego ansioso a la madre y esquivos, rehúyen a esta cuando vuelve, algunos tratan al extraño de un modo más amistoso que a la propia madre.

3-Pauta C: Los niños clasificados como un apego ansioso a la madre y rechazantes oscilan entre buscar la proximidad y el contacto con esta y oponerse al contacto y a la interacción con ella. Algunos son descritos también como más coléricos que los demás niños; y unos pocos, más pasivos”²⁰.

Los niños clasificados dentro del modelo “apego seguro” mostraron que para jugar y explorar su entorno se servían de su madre como base segura, incomodándose ante su ausencia pero no mostrando llanto ni desesperación, lo cual mostraba equilibrio en la exploración y el apego hacia la madre.

Los niños ansiosos no mostraron equilibrio, su conducta era tranquila, pasivos exploraban muy poco, no se separaban de la madre y mostraron movimientos estereotipados, repetitivos.

²⁰ BOWLBY, John. “El Apego y la Pérdida” 1. Ediciones Paidós Ibérica.S.A. Barcelona, España 1998. pág. 510

Los del grupo C, ansiosos y rechazantes eran menos llamativos entre estos dos grupos, mostrando rabia con la madre cuando intentaba que se interesara por algún juego o al salir del cuarto donde se encontraban, estos niños no evidenciaron el equilibrio que se pudo observar en los niños del grupo con apego seguro.

Con este estudio se refuerza lo postulado por la teoría del apego, la que sostiene que el estado de seguridad, y ansiedad de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (madre o cuidador sustituto). Cuando Bowlby se refiere a presencia de la figura de apego quiere decir no tanto presencia real inmediata sino accesibilidad inmediata. La figura de apego no sólo debe estar accesible sino responder de manera apropiada dando protección y consuelo al menor.

2.3 APEGO Y LA HOSPITALIZACION INFANTIL

Durante el proceso de hospitalización, al que son expuestos los niños/as para su recuperación física, en el servicio de hospitalización de urgencias pediátricas, como ya se ha señalado en este trabajo, manifestaran una serie de reacciones emocionales, situando al menor en un estado de vulnerabilidad y en otros casos en situación de crisis.

Uno de los factores que contribuirá en esta situación de amenaza, es el papel pasivo que desempeñaran los padres frente a los procedimientos médicos, los cuales verán relegadas sus funciones de cuidado y protección al equipo de salud, siendo estos quienes manejen con frecuencia el cuerpo enfermo de los niños/as.

Ante este evento los menores activaran su conducta de apego, protestando, llorando, buscando a sus figuras vinculares, enfrentándose a un nuevo evento, sus padres no pueden lograr evitar la situación, en reiteradas ocasiones son solo espectadores. Un caso muy común es cuando se debe extraer sangre del menor, es el equipo medico quien lo hace.

Otra situación frecuente, hace referencia a los momentos en que los padres no pueden permanecer junto a los menores por razones diversas como: obligaciones laborales,

internamientos hospitalarios de los cuidadores a la vez que los niños/as y cuidado en casa de otros menores, o incluso ausencias temporales dentro del hospital, al tener que ir a comprar medicamentos u otros productos fuera de la casa de salud, activando y experimentando un abanico de reacciones emocionales, manifestando la necesidad urgente de mantener proximidad con las figuras de apego u otros cuidadores, para recuperar con ello el equilibrio emocional alterado, que genera no poder gozar de la seguridad y protección que ellos les proporcionan, incidiendo en el tratamiento médico y por tanto prolongando el internamiento hospitalario.

Al respecto Jhon Bowlby sostiene que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego es de por sí perturbadora y suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso, exponiendo las etapas de separación del niño de su cuidador en 1946:

Fase de protesta.- Se inicia poco después de partir la madre, y dura desde unas pocas horas hasta una semana, aproximadamente. Durante esta fase, el niño está ansioso, nervioso, excitado, llora intensa, larga y fuertemente, golpea y sacude su cuna, busca a su madre, tiene expectativas de que vuelva pronto, pregunta por ella y se niega a recibir ayuda o consuelo de otras mujeres que se le acerquen, rechazándolas. Cuando mejor es la relación con la madre, mayor es el grado de ansiedad que el niño muestra en esta etapa. La ausencia de la etapa de protesta es indicadora de una relación insatisfactoria previa con la madre.

Fase de desesperación.- Durante esta fase su excitación psicomotriz empieza a disminuir, llora con menos intensidad, en forma más monótona, está distante e inactivo y su conducta sugiere desesperanza, empieza a dudar de que su madre vaya a volver. Nada le interesa, no se conecta con el medio que lo rodea y se pasea de acá para allá sin objetivos, como sintiéndose profundamente deprimido.

Fase de desapego.- En esta fase desaparece la excitación psicomotriz, el niño/a deja de llorar y empieza nuevamente a interesarse por el medio que lo rodea; parece como si se estuviera recuperando. Ya no rechaza a las personas desconocidas a su cargo: acepta

sus cuidados, la comida, y los juguetes que le ofrecen y a veces hasta sonrío y está más sociable. Pero cuando la madre viene a visitarlo se encuentra con un niño cambiado, que parece no reconocerla, se mantiene indiferente, apático y distante. Sin embargo, periódicamente se observan sollozos, ataques de agresividad, no desea compartir sus juguetes con los otros niños y los esconde para que no se los quiten. Si su estadía es suficientemente prolongada, poco a poco puede llegar a perder interés en las personas e interesarse cada vez más en los objetos materiales, juguetes, caramelos y comida. Ya no se ve ansioso frente al cambio de enfermeras, idas y venidas de los padres, ya no le tiene miedo a nadie, ni le importa nadie. Las reacciones de los niños muestran la influencia que la separación de la madre tiene sobre ellos y los mecanismos psicológicos defensivos que se movilizan para sobreponerse a la pérdida.

Se debe tener en cuenta que aunque estas tres fases se observan en todos los casos, su duración e intensidad individual variará según el entorno en el que el niño transcurre su período de separación de la madre. Para el niño es muy diferente si queda al cuidado de un pariente conocido, y en su propia casa, que si es trasladado a una institución o un hogar para niños, y lo mismo ocurre con la persona o personas destinadas a su cuidado: resulta mucho más traumático para el niño no contar con una figura estable que lo cuide, tal como sucede en las guarderías.

El vínculo afectivo y central del infante se dirige hacia la madre, salvo algunas excepciones en que el rol es asumido por el padre, abuelos, u otros familiares, quienes brindan el cuidado al menor, por tal motivo tomamos en cuenta en este proyecto el poder fortalecer los vínculos con estos cuidadores, para lograr recuperar en el niño/a la seguridad necesaria que le permita afrontar la situación de hospitalización con éxito, prevenir disfunciones en cuanto a las relaciones posteriores que establezcan los menores, y afianzar los vínculos con los progenitores.

CAPITULO III

INTERVENCION PSICOLOGICA

3.1. INTERVENCION

Este término hace referencia a la acción de mediar, asistir, interceder, examinar y realizar una operación. Como vemos el objetivo de la intervención es tomar parte en un asunto con un fin específico.

Entre las actividades básicas del psicólogo, esta “la intervención psicológica” la cual consiste, en desarrollar un conjunto de actividades, a través de las cuales, trata de mejorar el estado emocional, los comportamientos de los individuos, que solicitan su intervención o asistencia.

Uno de los escenarios frecuentes, donde la intervención psicológica toma carácter de urgente, es en la hospitalización pediátrica o infantil, población en la que inciden con mayor fuerza los efectos de la internación hospitalaria, al encontrarse el/la menor en proceso evolutivo, donde el aparato psíquico se encuentra estructurándose y la seguridad de los menores está relacionada con la presencia y acción de sus progenitores.

En consecuencia, no cuentan con los recursos psicológicos adecuados, para hacerle frente a los eventos que se presentan abruptamente en la vida de los pequeños/as pacientes.

El proceso de hospitalización es una situación especial, por la que atraviesan los niños/as hospitalizados y sus padres, al implicar de forma “inesperada”, es decir no se esperada, una situación que implica discontinuidad, resultando una gran variedad de reacciones emocionales como miedo, angustia, temor a ser abandonados, tristeza, pérdida de apetito, desesperanza, alteración en el sueño, entre las más frecuentes.

El menor que es hospitalizado ve interrumpida sus actividades a las que estaba acostumbrado, como las relacionadas con el ámbito educativo, al que le costó muchas

veces adaptarse, alejamiento del medio familiar, ingreso a un lugar desconocido, con personas ajenas a su medio: otros niños/as que lloran, personas adultas vestidas de un solo color, cuartos grandes y fríos, ambiente sin mayor estimulación sensorial y mucho menos afectivo.

Durante el proceso de hospitalización, los niños/as experimentan una serie de factores que le resultan amenazantes. Por otra parte, su misma condición de disminución física y psíquica debido a la enfermedad trae como resultado una condición de vulnerabilidad, la cual dificulta lograr un estado de bienestar y una disminución de la capacidad de respuesta a éstas condiciones. De este modo, frecuentemente, los niños y niñas se encuentran sintiéndose desvalidos y sin recursos personales para hacer frente a los eventos que conllevan la hospitalización; en consecuencia, el pequeño/a puede caer en una situación de crisis. Al respecto Alfredo Moffat señala: “la crisis se manifiesta por la invasión de una experiencia de paralización de la continuidad del proceso de la vida”²¹.

En relación a los padres o cuidadores de los menores hospitalizados, ellos también se ven afectados con la hospitalización, ya que sus hijos/as deben ser ingresados de inmediato, desviando la dinámica de lo que ya tenían previsto en el curso del futuro inmediato en sus vidas, y para empeorar la situación, el no saber exactamente el diagnóstico médico por el que ingresa el menor, genera altos niveles de ansiedad ya que deben esperar los resultados de los exámenes médicos, los cuales pueden demorarse según la complejidad hasta por una semana.

Dada la situación de hospitalización es necesaria la intervención psicológica durante el proceso de internamiento médico, que permita ayudar a las personas a regresar lo antes posible al equilibrio psicológico y a sus funciones adaptativas.

Alfredo Moffat propone en su teoría temporal del psiquismo, un esquema de intervención psicológica en situación de crisis, la que nos permitirá entender y sostener la problemática por la que pasa un niño/a hospitalizado.

²¹ MOFFAT Alfredo, *Terapia de Crisis, Teoría temporal del psiquismo*, Ediciones Busqueda, Buenos Aires, 1982. pág. 8

3.2 TEORIA TEMPORAL DEL PSIQUISMO

Alfredo Moffatt, en su libro “Teoría de Crisis”, 1982, postula como un hecho trascendental la vivencia de continuidad yoica, en la que el ser humano genera y organiza una identidad, se proyecta y anticipa, haciendo el entorno más previsible.

Para Alfredo Moffat la vivencia de continuidad yoica, hace referencia a la construcción imaginaria que realiza el ser humano, instante por instante, (yos continuos), con ello se afirma la existencia puntual de la consciencia a lo que denomino “tiempo”.

Señala además que este proceso no puede estar separado del proceso simbólico, refiriéndose a la cultura, como una construcción importante en la elaboración de las vivencias de continuidad, ya que esta nos otorga los sistemas de sostén e integración del yo al ayudar a crear ilusión de sucesión, permitiendo proyectos de vida, y así nos protegemos de la ansiedad que genera la consciencia de la muerte futura.

Cuando se da la desintegración de la trama de continuidad yoica; la enfermedad mental es la consecuencia de la pérdida de este sostén, disolviéndose la vivencia de existencia individual. La persona queda paralizada por el vacío y la restitución neurótica o psicótica se convierte en una nueva trama de continuidad, pero esta vez no compartida socialmente.

En la intervención psicológica en situación de crisis, una tarea clave para el psicólogo/a es reconstruir la historia, la continuidad perdida y junto con esto, elaborar un proyecto, en tanto el presente no es más que la historia pasada y el proyecto de vida planificado-imaginado de lo que vendrá. El sentimiento de futuro vacío es el disparador de las crisis y un desorganizador de la temporalidad.

La teoría temporal del psiquismo, se basa en el supuesto de consciencia puntual, que postula la existencia de presentes discontinuos. Moffatt argumenta que el proceso de continuidad yoica se produce a través de un sistema externo estable como son los sistemas sociales, culturales y, con ellos, la capacidad de establecer vínculos emocionales.

Así, cuando los proyectos de vida planteados por los individuos se ven interrumpidos por situaciones adversas, inesperadas, da paso a las crisis, que son irrupciones en la sucesión de yos continuos. Alfredo Moffat hace una clasificación en relación a las crisis:

1. Crisis evolutivas, las que se producen al arribo de nuevas etapas previstas. Propone las siguientes: el parto, el destete (al año), el ingreso a la escuela (y simultáneamente la crisis edípica) (a los cinco años), la pubertad (a los 12 años), la separación de la familia de origen (la exogamia) (a los 20 años), la crisis de la mitad de la vida (midlife crisis) (a los 40 años), la jubilación y por último la decrepitud y la muerte.
2. Crisis traumáticas, las cuales surgen ante un accidente inesperado.

Siendo así, la situación para los menores hospitalizados se torna compleja, ya que como se ha mencionado, frente a la hospitalización el niño/a, no proyecto, no se imagino a futuro estar en esta situación, sobre todo para los que por primera vez asisten a una casa de salud, no logran entender lo que pasa, estos eventos lo confunden, le provocan miedo, y malestar, el menor atraviesa por un estado de crisis. Cabe mencionar que en los menores es característico el pensamiento concreto, por lo les resulta complicado entender que la internación es necesaria para que en un futuro próximo este recuperado de la dolencia física, ellos viven en el presente.

Alfredo Moffat plantea para la intervención en crisis, cuatro etapas, que le permitirán al psicólogo/a orientar el proceso de intervención psicológica, estas son:

1.- La contención

En esta etapa se pretende apoyar al paciente. El psicólogo le ayuda al paciente a sostener su miedo frente al evento estresante, permitiéndole rescatar energías y organizar una estructura de sostén.

2.- La exploración

En esta etapa se permitirá recrear y revivir lo que fue y también imaginar lo que será.

Para esta etapa Alfredo Moffat, propone la utilización de lo que él denomina como “máquinas del tiempo”, mediante la utilización de técnicas de exploración de los sentimientos, entre ellas psicodrama, el ensueño dirigido, y técnicas gestálticas.

3.- El proyecto

Hace referencia a la explicación compartida. En esta etapa del trabajo terapéutico es cuando después de recorridos diversos niveles de exploración (dramáticos, corporales y otros) se llega a la palabra como el instrumento básico que ordena, que permite al paciente abandonar la subjetividad en la que estaba encerrado y volver al mundo de las explicaciones compartidas.

4.- La actividad

Representa la salida del proceso terapéutico, en la que se pretende que el paciente ya cuente con la capacidad necesaria de poder mirar hacia atrás, y estar seguro de que la intervención fue necesaria, y que esta situación no fue necesariamente una tragedia.

3.1 ESQUEMA DE INTERVENCION PSICOLOGICA

Como ya se ha mencionado, durante el proceso de hospitalización, el menor experimenta situaciones nuevas que le generan miedo, angustia, depresión, cuyo agravamiento puede, en muchos casos generar situaciones de crisis emocional. Estas crisis, resumiendo lo ya dicho, tienen que ver con estímulos desencadenantes como los siguientes: la separación de sus figuras de apego, inclusión en un medio desconocido, personas ajenas a su medio habitual, procedimientos médicos dolorosos e invasivos, entre otros.

Frente a esta situación especial, cada niño/a va a reaccionar ante los eventos de distinta forma, dependiendo de factores como: sensibilidad materna, tipo de apego establecido entre el menor y su madre, proximidad de la madre, temperamento, manejo de la situación en la hospitalización, entre otros.

Con el protocolo de intervención psicológica, se pretende asistir a los menores y a sus padres en el momento adecuado, es decir desde que es asignado-a a la sala de hospitalización, para ayudar a orientar y comprender la situación, como lo manifiesta

Alfredo Moffat en su propuesta de Teoría de las crisis en 1982,

“La intervención de urgencia se basa justamente en que el periodo más plástico de una enfermedad psicológica es la crisis de comienzo, pues aun no hay sino confusión y soledad; no se ha estructurado todavía el delirio protector (o el mecanismo neurótico), que a la vez que protege al enfermo de la desorganización psicológica, lo aísla de los demás y lo cronifica en su rol de enfermo”²².

La intervención psicológica, por parte del profesional de salud mental, se la realizara desde la cama de hospitalización. Los padres, y el equipo médico, no tendrán que solicitar por medio de inter consulta la asistencia, ya que el psicólogo-a estará pendiente de cada nuevo ingreso.

A esta forma de asistencia psicológica, Alfredo Moffat la denomino, Intervención Asistencial, la cual consiste en asistir al enfermo desde el lugar donde ocurren los acontecimientos, que en este caso es desde la sala de hospitalización o en un primer momento en la consulta externa de urgencias pediátricas, donde se determina el ingreso.

La intervención psicológica pretende, prevenir y contener estados de crisis emocional en los niños y niñas hospitalizados, puesto que una intervención oportuna que “sostenga al niño” evitará, la presencia de la crisis y contribuirá a que el niño/a recupere su salud perdida.

Basados en los postulados de Rene Spitz, se puede establecer que la carencia de relaciones cercanas y de confianza, especialmente cuando el cuidado del menor ha sido relegado a personas extrañas, imposibilita en el niño la descarga de los impulsos agresivos, experimentados por la situación, interiorizando estos sentimientos de ira y frustración sobre sí mismo.

Por tanto para efectos de la intervención, se trabajara en el fortalecimiento del vínculo

²² MOFFAT Alfredo, “Terapia de Crisis”, Teoría Temporal del Psiquismo, Ediciones Busqueda, Buenos Aires, 1986. Pág. 18.

con los padres u otros cuidadores, al significar para los menores, fuentes de apego, de protección, y seguridad, como lo menciona Jhon Bowlby. Se considera que al apoyar psicológicamente a las figuras de apego, ganaremos control emocional en estos, por lo tanto tendremos padres menos ansiosos, y más estables, con gran oportunidad de apoyar emocionalmente a los infantes y por tanto disminuir los días de permanencia hospitalaria, evitar el agravamiento y lograr una mejora pronta.

CAPITULO IV

MARCO INSTITUCIONAL

4.1. HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN DE LA CIUDAD DE QUITO

El Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito es una institución de prestación de servicios médicos para los afiliados y no afiliados, con una variedad de especialidades, a favor de la salud de los usuarios. Está ubicado en la calle 18 de Septiembre 3220 y Ayacucho (esq.), Quito, Ecuador.

VISION

Ser un hospital líder en la atención de salud a nivel nacional e internacional. Con autonomía económica y administrativa, enmarcado en los principios legales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con un modelo de organización dentro del Sistema de Salud, que preste asistencia integral y especializada.

MISION

Brindar atención médica integral, ética, actualizada y especializada, mediante la utilización de tecnología de punta y capacitación continua en beneficio de la calidad de atención y la satisfacción de las necesidades de sus afiliados y usuarios.

OBJETIVOS:

- 1.- Lograr excelencia en sus servicios para satisfacer y superar las necesidades y expectativas del cliente con el uso racionalizado de los recursos disponibles.
- 2.- Llegar a ser la unidad de mayor complejidad de la red de servicios de salud del IESS.

RECURSOS HUMANOS:

Entre el equipo administrativo y el equipo técnico, los clientes internos lo conforman cerca de 2.500 empleados.

SERVICIOS MEDICOS QUE OFERTA:

- Área Materno Infantil
- Servicio de Estomatología
- Servicio de Oncológica y Radioterapia
- Servicio de Neurología
- Servicio de Nefrología
- Servicio de Urología
- Servicio de Gastroenterología
- Servicio de Oftalmología
- Servicio de Obstetricia
- Servicio de Cardiología
- Servicio de Rehabilitación
- Cirugía General
- Centro de Alto Riesgo Obstétrico
- Comité Infectología

El Área Materno Infantil tiene a su cargo:

1. Servicio de Ginecología
2. Centro de Alto Riesgo Obstétrico
3. Servicio de Obstetricia
4. Servicio de Neonatología
5. Servicio de Pediatría

4.2 SERVICIO DE PEDIATRIA

4.2.1 Urgencias Pediátricas

En este Servicio son atendidos los niños/as desde 1 mes hasta 16 años de edad (hijos de afiliadas/os) del seguro social urbano y del Seguro Campesino.²³

El servicio está constituido por las siguientes áreas:

²³ Datos obtenidos de los archivos del Departamento de Publicidad del HCAM.

Consulta externa pediátrica.- En la que se brinda atención a cuadros médicos ligeros como gripes, vacunas, y seguimiento del desarrollo evolutivo.

Consulta de urgencias pediátricas.- En este servicio se atienden casos clínicos de importancia inmediata como neumonías, gastroenteritis, fracturas, convulsiones, asfixias, entre otros y es aquí donde se determina la importancia de la hospitalización. Una vez proporcionada la orden de la hospitalización según el diagnóstico médico, el niño/a, puede ser ingresado a:

Hospitalización general.- Atendiendo al 80% del total de los pacientes, en la cual la enfermedad más frecuente son las infecciones respiratorias altas, en lactantes mayores (6 meses a 1 año) que implica una permanencia de 8 días promedio.

Hospitalización en terapia intensiva.-, Atendiendo al 20% del total de los pacientes ingresados, cuya permanencia es de 15 días promedio, siendo las patologías más frecuentes trauma craneoencefálico grave, afecciones respiratorias bajas, intoxicaciones, y manejo posquirúrgico de cirugía cardíaca.

Equipo de salud de urgencias pediátricas

Cuenta para su atención con: 9 médicos tratantes, 5 médicos Post gradistas de las Universidades: Central del Ecuador e Internacional, 4 internos rotativos, 36 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería, 1 Trabajadora Social, 1 paramédico, y 1 Secretaria.

En el servicio de Pediatría del Hospital Carlos Andrade Marín, ingresan 65 niños promedio mensual, siendo el 56% de género masculino y 44% género femenino²⁴.

Cuando el médico tratante considera la necesidad de intervención de otros especialistas, solicita interconsulta de otros servicios como medicina interna, nutricionista, neurólogo, cardiólogo, psicólogo, etc.

²⁴ Datos obtenidos de los archivos del Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito.

CAUSAS DE INGRESOS SEGÚN DIÁGNÓSTICO MÉDICO, DATOS OBTENIDOS DE ENERO 2011 A MARZO DEL 2011, EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS²⁵

DIAGNOSTICO		
MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neumonía	41	21%
IVU	22	11%
Fractura	14	7%
Gastroenteritis	19	10%
Hernioafia	7	4%
Hidrocefalia	7	4%
Asma	12	6%
Osteomielitis	3	2%
Meningitis	9	5%
Apendicitis	8	4%
Cardiopatías	10	5%
Bronquiolitis	15	8%
Criptorquidia	6	3%
Cirugías	22	11%
Fallecidos	0	0%
TOTAL	195	100%

Datos tomados de Carpeta de Base de datos del servicio de pediatría del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito.

El cuadro médico por el que más ingreso se ha dado a los niños/as es por neumonía, representando el 21 % de los ingresos en este servicio, este cuadro se caracteriza por una inflamación en los pulmones acompañada de fiebre y tos, generalmente se da en lactantes.

Representando al 11% tenemos a las Infecciones en vías urinarias (IVU), caracterizadas

²⁵ Los datos estadísticos fueron tomados de la carpeta de registros estadísticos de la Jefatura del servicio de urgencias pediátricas (marzo a abril del 2011).

por fiebre, malestar general, dolor en órganos excretores. Se desarrolla generalmente en niñas lactantes mayores, es decir de 6 meses a 1 año de edad.

Las cirugías como diagnóstico de internamiento representa al 11 % de los ingresos en los menores. Este cuadro se caracteriza por operaciones en los niños/as, en donde sus pequeños cuerpos son expuestos a una invasión dolorosa que les limita la movilidad. Se presenta usualmente en niños/as de 1 a 3 años de edad.

Representando al 9.74% se encuentran los ingresos por gastroenteritis caracterizado por vomito, diarreas, deshidratación, debido a una inflamación en la mucosa gástrica y el intestino delgado. Se evidencia en mayor número en niños/as de 7 meses a 2 años de edad.

Como se puede observar en el cuadro precedente da cuenta del número de niños que son hospitalizados en el servicio de urgencias pediátricas y los diferentes diagnósticos que determinan su hospitalización. En todos los casos se plantea una situación para los y las niñas, ajeno a la cotidianidad, un ambiente diferente y a frecuentemente amenazante, con el agravante de que el estado físico y emocional del niño/a está disminuido. La situación se complica más debido a las ausencias temporales de sus adultos significativos.

En consecuencia los niños se encuentran en condiciones de vulnerabilidad y en medio de estímulos altamente estresantes que en muchos casos pueden ocasionar una crisis emocional.

CAPITULO V

PROTOCOLO DE INTERVENCION PSICOLOGICA PARANIÑAS/OS DE ENTRE 0 A 6 AÑOS, EN EL AREA DE HOSPITALIZACION DE URGENCIAS PEDIATRICAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN DE LA CIUDAD DE QUITO

El presente Protocolo de intervención psicológica, está dirigido a apoyar a los niños y niñas durante el proceso de hospitalización en el servicio de hospitalización de Urgencias Pediátricas del Hospital Carlos Andrade Marín.

Se entiende por Protocolo de Intervención Psicológica, a la guía especializada, procesual y metódica, que brinda las pautas necesarias para orientar y apoyar psicológicamente a la población involucrada en el proceso de internación hospitalaria.

Por otra parte, considerando que en el transcurso de la hospitalización tienen un rol importante los padres o cuidadores primarios y el equipo de salud que atiende al niño y niña, este protocolo incluye una guía para estos actores intervinientes.

El desarrollo del protocolo considera los siguientes fundamentos teóricos:

1. La consideración del fenómeno del “Hospitalismo y la Depresión Analítica”, como consecuencia de la hospitalización, estudiada por el psiquiatra y psicoanalista René Spitz; quien refiere en su publicación denominada “El primer año de vida del niño”, en 1946, que el **hospitalismo es**:
*“un conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen como consecuencia de una prolongada hospitalización del niño menor de 15 meses de edad. Es un síndrome de consecuencias psíquicas negativas que se manifiestan sobre todo en niños pequeños y en niños mayores tras una larga permanencia en instituciones sanitarias”*²⁶.

La hospitalización durante la infancia implica para el niño: un alejamiento de su

²⁶ SPITZ Rene. “El primer ano de la vida del niño”. Fondo de cultura económica 1946, pág. 211

cotidianidad; separación de sus figuras de apego y una condición física y psíquica disminuida que plantea una condición crítica. Los estudios realizados por Rene Spitz muestran la presencia del fenómeno del hospitalismo como una consecuencia de las circunstancias de la hospitalización, mismas que resultan adversas para el niño/a, pudiendo ocasionar consecuencias que afectan la condición de salud del niño.

2. Los estudios del psicoanalista inglés Jhon Bowlby, quien destaca la importancia de la conducta de apego entre padres e hijos como fuente de seguridad y bienestar psicológico. Durante la hospitalización la conducta de apego se ve influenciada ante las separaciones producidas entre niños/as y sus figuras vinculares, tornándose en crítica la situación experimentada por los menores, frente a la ausencia de sus cuidadores, proveedores de estabilidad y confianza. Bowlby señala que: *“El Apego es el lazo afectivo fuerte y duradero que establece el niño con su figura vincular”*²⁷.

Se observa que en la situación de hospitalización, frecuentemente las figuras vinculares no están siempre cerca del niño/a debido a las propias obligaciones familiares y laborales, debido a trámites administrativos y en otros casos a compras de medicamentos. Estas circunstancias ocasionan que los niños queden junto a personas desconocidas o poco familiares para ellos como son el personal de salud u otros padres que se encuentran con otros menores. Frente a la ausencia de las figuras de apego que le garantizan al niño seguridad y protección, en medio de un ambiente extraño y amenazante, el niño/a experimenta un estado de ansiedad y miedo que puede implicar que los pequeños hospitalizados experimenten una situación de crisis. Al respecto el psicólogo argentino Alfredo Moffat, en su publicación “Terapia de crisis” en 1982, refiere:

*“La crisis se manifiesta por la invasión de una experiencia de paralización de la continuidad del proceso de la vida”*²⁸

En este escenario, la situación de crisis, implica un desequilibrio psíquico que tiene

²⁷ BOWLBY, John. “Vínculos afectivos”, Ediciones Morata, Madrid, 1986, p. 43

²⁸ MOFFAT Alfredo. “Terapia de crisis”, Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, 1982, p.15.

múltiples implicaciones. En lo inmediato, sobre su estado de salud física y emocional quebrantada, así como sobre su recuperación posterior.

A partir de esta situación, la intervención psicológica oportuna puede lograr evitar la presencia de crisis o apoyar para que el niño pueda enfrentar la situación de hospitalización. De allí que el desarrollar un protocolo de intervención psicológica se vuelve indispensable en estas circunstancias.

Ante la problemática planteada proponemos el siguiente Protocolo* de intervención* psicológica, el cual permitirá orientar el apoyo psicológico a niños/as y sus figuras vinculares, tomando en cuenta la situación actual por la que atraviesan los pequeños pacientes, sus cuidadores y el equipo médico que presta su servicio en este servicio de atención médica.

OBJETIVO

- Apoyar la intervención psicológica del niño/a hospitalizado, y sus cuidadores, frente a la situación de crisis generada por la internación hospitalaria, mediante el uso del presente.

PROTOCOLO DE INTERVENCION PSICOLOGICA

Niños y niñas de 0 a 6 meses de edad

Características

El lactante a esta edad se caracteriza por adquirir sus primeros movimientos motores como: sonreír como respuesta a la voz de un adulto, emitir sonidos, controlar la cabeza, tomar objetos, rodar de boca arriba a boca abajo. Es necesario

* Protocolo: Relación estricta de un conjunto de datos. Se define además como una serie ordenada de escrituras y otros documentos. Acta o cuaderno de actas relativos a un acuerdo o conferencia.

* Intervención: En psicología médica, ayuda terapéutica urgente en situaciones de crisis. Conjunto de actividades a través de las cuales el profesional de psicología trata de mejorar los comportamientos humanos y el curso de los acontecimientos de la sociedad.

para el lactante el deseo de amamantamiento, el chupete, el apego materno, la tranquilidad del ambiente familiar, la entrega de cariño y cuidado permanente. Antes de los dos meses, los bebés responden sin discriminación ante cualquier persona, entre los dos y tres meses, los bebés lloran, sonrían y balbucean más ante la madre que ante cualquier otra persona, pero todavía responden antes los demás. La Doctora María Eugenia Moreta, manifiesta: *“Los bebés están genéticamente predispuestos a querer acceso a una figura vincular, buscando confort cuando están asustados”*²⁹ Bowlby por su parte, señala que el bebé al mirar a la madre sonrío, balbucea y la sigue con la mirada durante un tiempo mayor que al resto de las otras personas, generando confianza. Menciona: *“La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida”*³⁰.

Causas frecuentes de hospitalización

Según diagnóstico elaborado, en el Servicio de urgencias pediátricas, en estas edades los menores ingresan en un 4.41% por afecciones respiratorias, especialmente neumonías, el 2.94% por mal formaciones congénitas, y el 1 % restante por: reflujo, retraso en el desarrollo psicomotor.

Objetivos de la intervención psicológica

- Fortalecer sensibilidad en los padres, mediante contacto físico, frecuente y sostenido con los niños/as, para que puedan calmarlos cuando se presenten angustiados.
- Disminuir los niveles de ansiedad que experimentan los padres durante la hospitalización de sus hijos/as.

Intervención psicológica:

1.- Antes del ingreso a la sala de hospitalización

²⁹ MORETA, María Eugenia; “El apego”, Ediciones Cuatro Vientos, Santiago de Chile 2003, p. 21

³⁰ BOWLBY, John; “Vínculos afectivos”, Ediciones Morata, Madrid, 1986, p. 53

Con los Padres u otros cuidadores primarios

- Acérquese a los padres o cuidador con trato cordial
- Mirar, sonreír y hablar al menor, mientras hablamos con los cuidadores
- Identifíquese y preséntese
- Pregunte el motivo de la hospitalización del menor
- Escuche con atención lo que manifiestan los cuidadores
- Ofrezca su apoyo frente a la situación de hospitalización
- Oriente a los padres en la ubicación de la sala de hospitalización, donde permanecerán hasta el alta
- Brinde la información necesaria como: días promedio de permanencia, lugares que frecuentaran dentro del hospital como ubicación de farmacias, legalización de documentos, laboratorios, etc.

Durante la hospitalización

Con los Padres u otros cuidadores primarios

En esta etapa de desarrollo evolutivo en el que se encuentran los niños/as, es muy importante el rol que desempeñen los cuidadores frente a la situación de hospitalización, por eso consideramos que la mejor manera de ayudar a los menores es precisamente apoyando a sus padres, por tal motivo se recomienda:

1.- Acercarse a la cama, donde se encuentra el menor y sus padres

Importante: Si ha mantenido acercamiento con los padres, antes del ingreso a la sala de hospitalización, es decir en el consultorio de urgencias pediátricas, pasar al ítem No. 4.

2- Salude cordialmente, con trato amable y preséntese a los padres.

3.- Propicie el dialogo preguntando el motivo del ingreso del niño/a, con esta acción los padres podrán expresar sus miedos, dudas y otros sentimientos relacionados con la hospitalización. Es necesario comentarles a los padres que necesitamos registrar datos del niño/a, mientras dialogamos con ellos (registro de psicología, otorgado por el servicio de pediatría).

4.- Escuche con atención lo que manifiestan, tomando en cuenta además el lenguaje corporal utilizado, por ejemplo, la expresión en la mirada, movimientos en las manos, nerviosismo.

5.- Responda con mucha claridad todo aquello que preguntan durante el dialogo, para de esta manera cambiar ciertos pensamientos erróneos que tienen de la internación hospitalaria.

6.- Informe o repita donde están ubicados lugares a los que asistirán con regularidad mientras dure la hospitalización, como: farmacias, laboratorios, u otro servicio médico, con esta acción lograra que el usuario no pierda turnos, ni se extravíe ya que el hospital es muy grande y hay usuarios que no saben leer, los mensajes de las señaléticas.

7.- Mencione la dinámica del servicio: horarios de alimentación, visita, baño, quienes deben permanecer junto al menor.

8.- Brinde apoyo emocional a los cuidadores, y menciónale lo importante que es para el niño/a hospitalizado, que ellos traten de permanecer tranquilos frente a la situación para poder ayudarlos y tomar las mejores decisiones.

9.- Motive a los padres u otro cuidador en ser parte del equipo de trabajo, para que no sientan que han relegado el cuidado de sus hijos/as a otros, tomando en cuenta lo siguiente:

- Genere participación en los padres en el manejo medico del niño/a, previa aprobación y entrenamiento por parte del equipo médico, por ejemplo tomar la temperatura, poner mascarillas, dar aviso cuando se esté acabando el medicamento, etc.
- Mencione a los padres lo importante que es estimular afectivamente al niño/a hospitalizado, recomendándoles lo siguiente:
- Mantener contacto físico a través de la lactancia, recuérdale que hay partes del cuerpo del menor, que no han sido lastimadas por los procedimientos médicos y que pueden ser estimuladas a través de caricias como sobar la cabecita, y tomarlo en brazos.
- Mantener contacto visual, acompañado de sonrisas, arrullarlo y pronunciarle

palabras cargadas de afecto como “te quiero mucho”, “vas a estar bien”.

- Sugiera a los padres que sean ellos quienes permanezcan junto al niño/a hospitalizado de preferencia.

10.- Pasar visita de preferencia todos los días, para garantizar resultados óptimos.

Durante el alta:

- Sugiera que continúen con las actividades que estuvieron desarrollando en el hospital en relación al fortalecimiento del vínculo con el infante, para generar seguridad.
- Recomiende que no amenace a su hijo/a, con aspectos relacionados con el estado de salud (si no te portas bien te llevaré al hospital y te pincharán), ya que ante posibles reingresos los niños se mostraran temerosos y poco colaboradores.
- Señale que ante posibles hospitalizaciones, preparen a sus hijos/as ante un nuevo internamiento, enfocándose en lo positivo de la hospitalización: nuevos amigos, juegos, la cercanía física con los cuidadores y la recuperación.
- Fortalecer el esfuerzo realizado por el niño/niña, durante la hospitalización.

Recomendaciones al Equipo Medico

El equipo médico, es el grupo humano que mantiene mayor contacto con los usuarios, por lo tanto deben tener en cuenta la situación especial por la que atraviesan los niños/as hospitalizados y sus padres, que generalmente se traduce en elevados niveles de ansiedad, por tanto el profesional de salud mental debe recomendar al equipo médico lo siguiente:

- 1.- Acercarse con trato amable e identificarse ante los cuidadores.
- 2.- Dar la información de rutina lo más clara como sea posible.
- 3.-Expresar afecto en el contacto con el niño/a hospitalizado y sus padres.
- 4.- Abrir canales de comunicación para que los usuarios puedan expresar sus miedos, como darles la oportunidad de preguntar mientras les abren la historia clínica, así se lograra aclarar pensamientos erróneos y disminuir la ansiedad experimentada por los padres ante el internamiento.
- 5.- Utilizar un lenguaje claro, entendible y que no confunda o deje más preocupado a

los cuidadores acerca de la situación y de sus posibles soluciones.

6.- Tratar de dar información clara sobre los diagnósticos para ganar seguridad y confianza en los padres.

7.- Cuando tenga que dar un diagnóstico desfavorable, mantener contacto físico con los usuarios como poner una mano sobre el hombro mientras da la noticia, un abrazo cuando termine de hablar.

8.- Durante el examen físico del menor, ser sutiles, tomarlos con suavidad, evitando tocar lo lastimado por los procedimientos médicos.

9.- Acordar el espacio de intervención del psicólogo en el proceso de internamiento.

10.- Estar alertas a los cambios de humor y conducta de los padres de los menores. Frente a ello pedir ínter consulta con especialista del área de Salud Mental.

11.- Otorgar altas transitorias, cuando no se realizan procedimientos o tratamientos

12.- Enseñar con mucha paciencia el nombre de los implementos médicos y su funcionamiento a los padres, para que estos puedan dar la información correcta cuando se necesite preguntarles sobre algo en especial.

13.- Permitirles a los cuidadores, participar en el cuidado y recuperación de sus hijos, motivándolos a aprender y ayudar en ciertos procedimientos como: tomar la temperatura, poner mascarillas, etc.

Niños y niñas de 6 meses a 12 meses

Características

A esta edad el niño/a, ha adquirido grandes logros en el desarrollo psicomotor como sentarse a los seis meses, dar vueltas completas con su cuerpecito a los siete meses, hacer pinza a los ocho meses, gatear a los nueve meses, pararse por momentos a los diez meses, dar sus primeros pasos a los once meses y a los doce muchos ya han conseguido la marcha.

En lo referente al área emocional, a los seis o siete meses, los bebés muestran un vínculo afectivo claro con la madre, y disminuyen su expresión de amistad hacia los demás, sobrepuesto lo anterior, los bebés desarrollan un vínculo afectivo con otras personas familiares, como el padre o los hermanos. El miedo a los extraños puede aparecer entre los seis y ocho meses, al respecto René Spitz en su obra “El primer año

de vida del niño” señala:

*“Ahora el infante distingue claramente entre el amigo y el extraño. Si uno de estos se acerca a el, hará que entre en funciones una conducta típica, característica e inconfundible del infante, dará muestras de diversas intensidades de recelo y de angustia y rechazara al desconocido”*³¹

Al respecto Jhon Bowlby manifiesta:

*“Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no posean tal grado de confianza”*³²

Causas frecuentes de ingreso

Según diagnostico elaborado, en el Servicio de urgencias pediátricas, en estas edades los menores ingresan en un 4.41% por neumonía, el 1.15% por gastroenteritis, y transgresiones alimentarias.

Objetivos de la intervención psicológica

- Fortalecer los vínculos afectivos entre los padres y los niños/as hospitalizados.
- Disminuir los niveles de ansiedad experimentados en los niños/as hospitalizados, generados por la presencia de personas extrañas al medio habitual del menor.

Intervención psicológica

1.- Antes del ingreso a la sala de hospitalización

Con los Padres u otros cuidadores

- Acérquese al cuidador con trato cordial

³¹ SPITZ Rene. “El primer año de vida del niño”, Ediciones, Fondo de cultura económica, p.118

³² BOWLBY, John; “Vínculos afectivos”, Ediciones Morata, Madrid, 1986, p. 53

- Mirar, sonreír y hablar al menor, mientras hablamos con los cuidadores
- Identifíquese y preséntese
- Pregunte el motivo de la hospitalización del menor
- Escuche con atención lo que manifiestan los cuidadores
- Ofrezca su apoyo frente a la situación de hospitalización
- Oriente a los padres en la ubicación de la sala de hospitalización, donde permanecerán hasta el alta
- Brinde la información necesaria como: días promedio de permanencia, lugares que frecuentaran dentro del hospital como ubicación de farmacias, legalización de documentos, laboratorios, etc.

2.- Durante la hospitalización

Con los padres u otros cuidadores

1.- Acérquese a la cama, donde se encuentra el menor y sus padres

Importante: Si ha mantenido acercamiento con los padres, antes del ingreso a la sala de hospitalización, es decir en el consultorio de urgencias pediátricas, pasar al ítem No. 4,

2- Saludar cordialmente, con trato amable y presentarse ante los padres.

3.- Propicie el dialogo preguntando el motivo del ingreso del niño/a, con esta acción los padres podrán expresar sus miedos, dudas y otros sentimientos relacionados con la hospitalización. Es necesario comentarles a los padres que necesitamos registrar datos del niño/a, mientras dialogamos con ellos (registro de psicología, en el anexo 1).

4.- Escuche con atención lo que manifiestan, tomando en cuenta además el lenguaje corporal utilizado, por ejemplo, la expresión en la mirada, movimientos en las manos, nerviosismo.

5.- Responda con mucha claridad todo aquello que preguntan durante el dialogo, para de esta manera cambiar ciertos pensamientos erróneos que tienen de la internación

hospitalaria.

6.- Informe o repita donde están ubicados lugares a los que asistirán con regularidad mientras dure la hospitalización, como: farmacias, laboratorios, u otro servicio médico, con esta acción lograra que el usuario no pierda turnos, ni se extravíe ya que el hospital es muy grande y hay usuarios que no saben leer, los mensajes de las señaléticas.

7.- Mencione la dinámica del servicio: horarios de alimentación, visita, baño, quienes deben permanecer junto al menor.

8.- Brinde apoyo emocional a los cuidadores, y méncionele lo importante que es para el niño/a hospitalizado, que ellos traten de permanecer tranquilos frente a la situación para poder ayudarlos y tomar las mejores decisiones.

9.- Motive a los padres u otro cuidador en ser parte del equipo de trabajo, para que no sientan que han relegado el cuidado de sus hijos/as a otros, tomando en cuenta lo siguiente:

- Genere participación en los padres en el manejo medico del niño/a, previa aprobación y entrenamiento por parte del equipo médico, por ejemplo tomar la temperatura, poner mascarillas, dar aviso cuando se esté acabando el medicamento, etc.
- Mencione a los padres lo importante que es estimular afectivamente al niño/a hospitalizado, recomendándoles lo siguiente:
- Mantener contacto físico a través de la lactancia, recuérdle que hay partes del cuerpo del menor, que no han sido lastimadas por los procedimientos médicos y que pueden ser estimuladas a través de caricias como sobar la cabecita, y tomarlo en brazos.
- Mantener contacto visual, acompañado de sonrisas, arrullarlo y pronunciarle palabras cargadas de afecto como “te quiero mucho”, “vas a estar bien”.
- Sugiera a los padres que sean ellos quienes permanezcan junto al niño/a hospitalizado de preferencia.
- Mencione a los padres que es importante que incluya juegos acordes a la edad y movilidad del menor. Se sugiere consultar en los anexos.

Durante el alta:

- Sugiera que continúen con las actividades que estuvieron desarrollando en el hospital en relación al fortalecimiento del vínculo con el infante, para generar seguridad.
- Recomiende que no amenace a su hijo/a, con aspectos relacionados con el estado de salud (si no te portas bien te llevaré al hospital y te pincharán), ya que ante posibles reingresos los niños se mostraran temerosos y poco colaboradores.
- Señale que ante posibles hospitalizaciones, preparen a sus hijos/as ante un nuevo internamiento, enfocándose en lo positivo de la hospitalización: nuevos amigos, juegos, la cercanía física con los cuidadores y la recuperación.
- Fortalecer el esfuerzo realizado por el niño/niña, durante la hospitalización.

En esta edad el niño/a, ya está en capacidad de generar vínculos con personas ajenas a su medio familiar por lo que debe tener presente:

- Pasar visita de preferencia todos los días, para generar vinculo y empatía con los menores.
- Jugar a las escondidas con los pequeños/as pacientes, para generar percepción de permanencia y afianzar vínculos de confianza.
- Proporcionarle al menor sonajeros, juegos de apilar, instrumentos de percusión como tambores, panderetas, utilizar títeres.
- Mantener contacto físico con los niños/as hospitalizados, respetando si estos no desean establecer contacto físico.
- Facilitar el vínculo del niño con los profesionales (médicos, enfermeras/os, etc.).

Durante el alta con el niño/a

- Fomentar despedida en relación al proceso de hospitalización, con los amigos, doctores entre otros.
- Mencione al niño/a que esta mejor, que se recupero y que ahora debe ir a su casa.
- Felicite a los/as menores por su esfuerzo, valentía, y por haber superado el proceso hospitalario.

Permita el uso de objetos transicionales, pueden ser guantes de uso médico inflados y dibujados caritas, o un dibujo, esto le permitirá elaborar mejor su ansiedad.

- Acérquese al menor y despídase, si él se lo permite manteniendo contacto físico: abrazo, beso, sonrisa.

Recomendaciones al Equipo Medico

- 1.- Acercarse con trato amable e identificarse ante los cuidadores.
- 2.- Dar la información de rutina lo más clara como sea posible.
- 3.-Expresar afecto en el contacto con el niño/a hospitalizado y sus padres (proporcionar algún juguete, hablarle al niño/a con mucha ternura).
- 4.- Abrir canales de comunicación para que los usuarios puedan expresar sus miedos, como darles la oportunidad de preguntar mientras les abren la historia clínica, así se lograra aclarar pensamientos erróneos y disminuir la ansiedad experimentada por los padres ante el internamiento.
- 5.- Utilizar un lenguaje claro, entendible y que no confunda o deje más preocupado a los cuidadores acerca de la situación y de sus posibles soluciones.
- 6.- Tratar de dar información clara sobre los diagnósticos para ganar seguridad y confianza en los padres.
- 7.- Cuando tenga que dar un diagnostico desfavorable, mantener contacto físico con los usuarios como poner una mano sobre el hombro mientras da la noticia, un abrazo cuando termine de hablar.
- 8.- Durante el examen físico del menor, ser sutiles, tomarlos con suavidad, evitando tocar lo lastimado por los procedimientos médicos.
- 9.- Acordar el espacio de intervención del psicólogo en el proceso de internamiento.

10.- Estar alertas a los cambios de humor y conducta de los padres de los menores.
Frente a ello pedir ínter consulta con especialista del área de Salud Mental.

11.- Otorgar altas transitorias, cuando no se realizan procedimientos o tratamientos

12.- Enseñar con mucha paciencia el nombre de los implementos médicos y su funcionamiento a los padres, para que estos puedan dar la información correcta cuando se necesite preguntarles sobre algo en especial.

13.- Permitirles a los cuidadores, participar en el cuidado y recuperación de sus hijos, motivándolos a aprender y ayudar en ciertos procedimientos como: tomar la temperatura, poner mascarillas, etc.

El equipo de salud y el alta de los niños/as

Se recomienda:

- Motivar a que se despedida del niño/a y de los padres, tomando en cuenta que las enfermeras y las auxiliares mantuvieron un mayor acercamiento a los niños/as, por lo tanto la despedida debe estar cargada de afecto.
- Dar las recomendaciones médicas de forma clara y sencilla.
- Permita que los padres despejen sus dudas, en relación al estado de salud del menor antes de ir a casa.

Niños y niñas de 1 a 3 años de edad

Características

A esta edad el niño/a, ya puede beber solo de un vaso, aumenta su vocabulario, salta en dos pies, ya puede lavarse y secarse las manos, dice su nombre, a los tres años copia un círculo, se balancea en un solo pie más de cinco segundos.

A esta edad se muestran con miedo a la separación y al abandono, su pensamiento

esconcreto y egocéntrico. Jhon Bowlby en su obra “El Apego” plantea que el vínculo que une al niño con su madre no puede evidenciarse claramente en el primer año de vida, sin embargo durante el segundo año el infante adquiere mayor movilidad por lo que fácilmente se observan conductas que revelan los vínculos creados. Al respecto Jhon Bowlby señala:

“Un niño que sabe que su figura de apego es accesible y sensible a sus demandas les da un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alimenta a valorar y continuar la relación”.

Es característico a esta edad que se presenten las rabietas* infantiles, que son una manifestación de ira, expresada corporalmente y es muy común además la necesidad de tener cerca de ciertos objetos como un peluche, una cobija, entre otros, todo esto como mediadores entre sus sentimientos y su realidad externa, al que el pediatra y psicoanalista Donald Winnicott los nombra como objetos transicionales refiriéndose a ellos como un fenómeno extendido entre los niños/as, el cual se instaura en el curso del primer año de vida. El niño/as quiere el objeto transicional en los momentos importantes del día como antes de irse a dormir. Los objetos de transición representan la protección que el niño/a experimenta ante la angustia de separación al enfrentarse con la realidad de que el y la madre son dos seres distintos.

Causas frecuentes de ingreso

Según diagnóstico elaborado, en el Servicio de urgencias pediátricas, en estas edades los menores ingresan en un 4.41% por infección en vías urinarias y meningitis, en un 2.94% por neumonía y traumatismo y con el 1.475 % restante por asma, y sinusitis.

Objetivos de la intervención psicológica

- Promover seguridad y confianza en el niño/a y sus padres

* La rabieta es el comportamiento característico que surge en el infante cada vez que se ve rebasado su umbral de tolerancia a las frustraciones: cuando desea hacer una cosa y el adulto se lo prohíbe o impide; cuando pide algo y se le niega; cuando llama a alguien y no acude; en estas y similares actuaciones estalla la pataleta, acompañada de fuertes llantos y revolcones en el suelo.

- Facilitar la expresión de emociones y sentimientos en los niños/as hospitalizados a través de medios lúdicos.

Intervención psicológica

1.- Antes del ingreso a la sala de hospitalización

Con los Padres u otros cuidadores

- Acérquese al cuidador con trato cordial
- Mirar, sonreír y hablar al menor, mientras hablamos con los cuidadores
- Identifíquese y preséntese
- Pregunte el motivo de la hospitalización del menor
- Escuche con atención lo que manifiestan los cuidadores
- Ofrezca su apoyo frente a la situación de hospitalización
- Oriente a los padres en la ubicación de la sala de hospitalización, donde permanecerán hasta el alta
- Brinde la información necesaria como: días promedio de permanencia, lugares que frecuentaran dentro del hospital como ubicación de farmacias, legalización de documentos, laboratorios, etc.

2.- Durante la hospitalización

Con los padres u otros cuidadores

1.- Acérquese a la cama, donde se encuentra el menor hospitalizado y sus padres.

Importante: Si ha mantenido acercamiento con los padres, antes del ingreso a la sala de hospitalización, es decir en el consultorio de urgencias pediátricas, pasar al ítem No. 4,

2- Salude cordialmente, con trato amable y presentarse ante los padres.

3.- Propicie el dialogo preguntando el motivo del ingreso del niño/a, con esta acción los padres podrán expresar sus miedos, dudas y otros sentimientos relacionados con la

hospitalización. Es necesario comentarles a los padres que necesitamos registrar datos del niño/a, mientras dialogamos con ellos (registro de psicología, en el anexo 1).

4.- Escuche con atención lo que manifiestan, tomando en cuenta además el lenguaje corporal utilizado, por ejemplo, la expresión en la mirada, movimientos en las manos, nerviosismo.

5.- Responda con mucha claridad todo aquello que preguntan durante el dialogo, para de esta manera cambiar ciertos pensamientos erróneos que tienen de la internación hospitalaria.

6.- Informe o repita donde están ubicados lugares a los que asistirán con regularidad mientras dure la hospitalización, como: farmacias, laboratorios, u otro servicio médico, con esta acción lograra que el usuario no pierda turnos, ni se extravíe ya que el hospital es muy grande y hay usuarios que no saben leer, los mensajes de las señaléticas.

7.- Mencione la dinámica del servicio: horarios de alimentación, visita, baño, quienes deben permanecer junto al menor.

8.- Brinde apoyo emocional a los cuidadores, y menciónale lo importante que es para el niño/a hospitalizado, que ellos traten de permanecer tranquilos frente a la situación para poder ayudarlos y tomar las mejores decisiones.

9.- Motive a los padres u otro cuidador en ser parte del equipo de trabajo, para que no sientan que han relegado el cuidado de sus hijos/as a otros, tomando en cuenta lo siguiente:

- Genere participación en los padres en el manejo medico del niño/a, previa aprobación y entrenamiento por parte del equipo médico, por ejemplo tomar la temperatura, poner mascarillas, dar aviso cuando se esté acabando el medicamento, etc.
- Mencione a los padres lo importante que es estimular afectivamente al niño/a hospitalizado, recomendándoles lo siguiente:

Mantener contacto físico, recuérdale que hay partes del cuerpo del menor, que no han sido lastimadas por los procedimientos médicos y que pueden ser

estimuladas a través de caricias como sobar la cabecita, y tomarlo en brazos.

- Mantener contacto visual, acompañado de sonrisas, pronunciarle palabras cargadas de afecto como “te quiero mucho”, “vas a estar bien”, y explicarle con palabras acorde a su edad lo que está pasando.
- Sugiera a los padres que sean ellos quienes permanezcan junto al niño/a hospitalizado de preferencia, incluyendo chequeos en otros servicios dentro y fuera del hospital.
- Mencione a los padres que es importante que incluya en la interacción juegos acordes a la edad y movilidad del menor como contar historias, cuentos, canciones. Se sugiere consultar en los anexos.
- Proponga a los padres que traigan al hospital objetos queridos por el niño/a como: juguetes, cobijas, almohadas, fotos de familiares, para ayudarles a recuperar su equilibrio emocional ya que sirven al menor como fuente de confianza, seguridad y familiaridad en la transición del entorno del hogar al entorno del hospital.
- Permítale al padre o madre que fomenten la comunicación del menor hospitalizado con familiares cercanos como sus hermanos, abuelos, por medio del celular.
- Explique a los padres, que es posible que durante la hospitalización sus hijos presenten conductas regresivas, a pesar de su esfuerzo por apoyarlos, para que no sientan esto como fracaso personal.
- Recuerde a los padres u otros familiares que son ellos quienes facilitarán en mayor o menor medida la integración del niño.
- El psicólogo-a debe acompañar a los padres ofreciendo representaciones y palabras en algunos momentos y silencios en otras.

Durante el alta:

- Sugiera que continúen con las actividades que estuvieron desarrollando en el hospital en relación al fortalecimiento del vínculo con el infante, para generar seguridad.
- Recomiende que no amenace a su hijo/a, con aspectos relacionados con el estado de salud (si no te portas bien te llevaré al hospital y te pincharán), ya que ante posibles reingresos los niños se mostraran temerosos y poco colaboradores.

- Señale que ante posibles hospitalizaciones, preparen a sus hijos/as ante un nuevo internamiento, enfocándose en lo positivo de la hospitalización: nuevos amigos, juegos, la cercanía física con los cuidadores y la recuperación.
- Fortalecer el esfuerzo realizado por el niño/niña, durante la hospitalización.

Intervención psicológica con niños/as hospitalizados

Al momento de intervenir al niño/a hospitalizado se sugiere:

- Crear un vínculo con el niño/niña hospitalizado, mediante interacciones con él/ella y sus figuras de apego, a través de conducta afectiva: sonrisas, palabras, acercamiento físico, y dialogo, respetando si estos no desean establecer contacto físico.
- Pasar visita de preferencia todos los días, para generar y fortalecer vinculo con los menores.
- Favorecer programas recreativos, antes y después de intervenciones, que ayuden a los niños a expresar la ansiedad jugando, como los siguientes:
- Jugar a las escondidas con los pequeños/as pacientes, para generar permanencia y afianzar vínculos de confianza.
- Proporcione juguetes, al niño/a, permita que el elija de la caja de juguetes del servicio el que necesite (a manera de préstamo de juguetes) y juegue con el/ella.
- Proporcione al menor, hojas y lápices para que raye y exteriorice sus emociones y sentimientos.
- Se recomiendan además como medios de expresión y de cómo entender la hospitalización el uso de: títeres, modelado, dátilo-pintura, disfraces.
- Se recomienda ver la utilización de las diferentes técnicas lúdicas en los anexos.

Durante el alta:

- Fomentar despedida en relación al proceso de hospitalización, con los amigos, doctores entre otros.
- Mencione al niño/a que esta mejor, que se recupero y que ahora debe ir a su casa.
- Felicite a los/as menores por su esfuerzo, valentía, y por haber superado el

proceso hospitalario.

- Permita el uso de objetos transicionales, pueden ser guantes de uso médico inflados y dibujados caritas, o un dibujo, esto le permitirá elaborar mejor su ansiedad.
- Acérquese al menor y despídase, si él se lo permite manteniendo contacto físico: abrazo, beso, sonrisa.
- Mediante juegos con marionetas fomente la despedida con el menor, recomendando que debe tomar los medicamentos a la hora señalada por el galeno.
- Mencione a los menores que se quedan, que pronto serán ellos los que se van a casa, y móvelo a despedirse de su compañerito/a.

Recomendaciones al equipo médico

1.- Acercarse con trato amable e identificarse ante los cuidadores.

2.- Dar la información de rutina lo más clara como sea posible.

3.-Expresar afecto en el contacto con el niño/a hospitalizado y sus padres (proporcionar algún juguete, hablarle al niño/a con mucha ternura).

4.- Abrir canales de comunicación para que los usuarios puedan expresar sus miedos, como darles la oportunidad de preguntar mientras les abren la historia clínica, así se lograra aclarar pensamientos erróneos y disminuir la ansiedad experimentada por los padres ante el internamiento.

5.- Utilizar un lenguaje claro, entendible y que no confunda o deje más preocupado a los cuidadores acerca de la situación y de sus posibles soluciones.

6.- Tratar de dar información clara sobre los diagnósticos para ganar seguridad y confianza en los padres.

7.- Cuando tenga que dar un diagnostico desfavorable, mantener contacto físico con los

usuarios como poner una mano sobre el hombro mientras da la noticia, un abrazo cuando termine de hablar.

8.- Durante el examen físico del menor, ser sutiles, tomarlos con suavidad, evitando tocar lo lastimado por los procedimientos médicos.

9.- Acordar el espacio de intervención del psicólogo en el proceso de internamiento.

10.- Estar alertas a los cambios de humor y conducta de los padres de los menores. Frente a ello pedir ínter consulta con especialista del área de Salud Mental.

11.- Otorgar altas transitorias, cuando no se realizan procedimientos o tratamientos

12.- Enseñar con mucha paciencia el nombre de los implementos médicos y su funcionamiento a los padres, para que estos puedan dar la información correcta cuando se necesite preguntarles sobre algo en especial.

13.- Permitirles a los cuidadores, participar en el cuidado y recuperación de sus hijos, motivándolos a aprender y ayudar en ciertos procedimientos como: tomar la temperatura, poner mascarillas, etc. El acompañamiento del padre o la madre en pre y post-anestesia, da al niño/a la sensación de continuidad.

14.- Interactuar con los niños/as hospitalizados mediante miradas, sonrisas, hablarles, cantarles, proporcionarle algún juguete, etc.

Durante el alta

- Despedida del niño/a y de los padres, tomando en cuenta que las enfermeras y las auxiliares mantuvieron un mayor acercamiento a los niños/as, por lo tanto la despedida debe estar cargada de afecto.
- Dar las recomendaciones médicas de forma clara y sencilla.

Permita que los padres despejen sus dudas, en relación al estado de salud del menor antes de ir a casa.

Niños y niñas de 3 a 6 años de edad

Características:

Los niños y niñas en este periodo han adquirido destrezas muy importantes a nivel motor fino y grueso como escribir, andar en bicicleta, son más conscientes de las causas de la enfermedad por lo que les genera mayor temor y culpa. Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros/as y de la capacidad de mantener su relación en el grupo, ya que a esta edad son seres muy sociables.

Causas frecuentes de ingreso

Según diagnóstico elaborado, en el Servicio de urgencias pediátricas en estas edades los menores ingresan en un 4.41% por neumonía seguido con el 2.94% por amigdalitis, infección en las vías urinarias y osteomielitis, representando el 1.45 % laringitis y asma.

Objetivos de la intervención psicológica

- Ayudar al niño y niña hospitalizado, entender la situación de hospitalización.
- Fomentar canales de comunicación que permitan al niño y niña hospitalizada, expresar sus emociones.
- Disminuir los niveles de ansiedad en niños y niñas generados por la hospitalización.

Intervención psicológica

1.- Antes del ingreso a la sala de hospitalización

Con los Padres u otros cuidadores

El Psicólogo/a procurará:

- Acercarse al cuidador con trato cordial

- Mirar, sonreír y hablar al menor, mientras hablamos con los cuidadores
- Identificarse y presentarse
- Mencionarle al menor que estará unos días y que hará muchos amigos durante su permanencia.
- Preguntarle a los padres el motivo de la hospitalización del menor
- Escuchar con atención lo que manifiestan los cuidadores
- Ofrecerles nuestro apoyo frente a la situación de hospitalización
- Orientarlos en la ubicación de la sala de hospitalización, donde permanecerán
- Brindar la información necesaria como: días promedio de permanencia, lugares que frecuentaran dentro del hospital como ubicación de farmacias, legalización de documentos, laboratorios, etc.

2.- Durante la hospitalización

Con los padres u otros cuidadores

1.- Acérquese a la cama, donde se encuentra el menor hospitalizado y sus padres.

Importante: Si ha mantenido acercamiento con los padres, antes del ingreso a la sala de hospitalización, es decir en el consultorio de urgencias pediátricas, pasar al ítem No. 4,

2- Saludar cordialmente, con trato amable y presentarse ante los padres.

3.- Propicie el dialogo preguntando el motivo del ingreso del niño/a, con esta acción los padres podrán expresar sus miedos, dudas y otros sentimientos relacionados con la hospitalización. Es necesario comentarles a los padres que necesitamos registrar datos del niño/a, mientras dialogamos con ellos (registro de psicología, en el anexo 1).

4.- Escuche con atención lo que manifiestan, tomando en cuenta además el lenguaje corporal utilizado, por ejemplo, la expresión en la mirada, movimientos en las manos, nerviosismo.

5.- Responda con mucha claridad todo aquello que preguntan durante el dialogo, para de esta manera cambiar ciertos pensamientos erróneos que tienen de la internación

hospitalaria.

6.- Informe o repita donde están ubicados lugares a los que asistirán con regularidad mientras dure la hospitalización, como: farmacias, laboratorios, u otro servicio medico, con esta acción lograra que el usuario no pierda turnos, ni se extravíe ya que el hospital es muy grande y hay usuarios que no saben leer, los mensajes de las señaléticas.

7.- Mencione la dinámica del servicio: horarios de alimentación, visita, baño, quienes deben permanecer junto al menor.

8.- Brinde apoyo emocional a los cuidadores, y mencione lo importante que es para el niño/a hospitalizado, que ellos traten de permanecer tranquilos frente a la situación para poder ayudarlos y tomar las mejores decisiones.

9.- Motive a los padres u otro cuidador en ser parte del equipo de trabajo, para que no sientan que han relegado el cuidado de sus hijos/as a otros, tomando en cuenta lo siguiente:

- Genere participación en los padres en el manejo medico del niño/a, previa aprobación y entrenamiento por parte del equipo médico, por ejemplo tomar la temperatura, poner mascarillas, dar aviso cuando se esté acabando el medicamento, etc.
- Mencione a los padres lo importante que es estimular afectivamente al niño/a hospitalizado, recomendándoles lo siguiente:
- Mantener contacto físico, recuérdle que hay partes del cuerpo del menor, que no han sido lastimadas por los procedimientos médicos y que pueden ser estimuladas a través de caricias como sobar la cabecita, y tomarle la mano.
- Mantener contacto visual, acompañado de sonrisas, pronunciarle palabras cargadas de afecto como “te quiero mucho”, “vas a estar bien”, y explicarle con palabras acorde a su edad lo que está pasando.
- Sugiera a los padres que sean ellos quienes permanezcan junto al niño/a hospitalizado de preferencia, incluyendo chequeos en otros servicios dentro y fuera del hospital.
- Mencione a los padres que es importante que incluya en la interacción juegos acordes a la edad y movilidad del menor como contar historias, cuentos,

canciones. Se sugiere consultar en los anexos.

- Proponga a los padres que traigan al hospital objetos queridos por el niño/a como: juguetes, cobijas, almohadas, fotos de familiares, para ayudarles a recuperar su equilibrio emocional ya que sirven al menor como fuente de confianza, seguridad y familiaridad en la transición del entorno del hogar al entorno del hospital.
- Permítale al padre o madre que fomenten la comunicación del menor hospitalizado con familiares cercanos como sus hermanos, abuelos, por medio del celular.
- Explique a los padres en presencia del niño como ellos le tienen que explicar lo que le sucede y los procedimientos a realizar teniendo en cuenta que el lenguaje debe ser acorde a la edad del niño, es decir sencillo. De esa manera nos aseguramos que el niño reciba la información.
- Explique a los padres, que es posible que durante la hospitalización sus hijos presenten conductas regresivas, a pesar de su esfuerzo por apoyarlos, para que no sientan esto como fracaso personal.
- Recuerde a los padres u otros familiares que son ellos quienes facilitarán en mayor o menor medida la integración del niño.
- El psicólogo-a debe acompañar a los padres ofreciendo representaciones y palabras en algunos momentos y silencios en otras.

Durante el alta:

- Sugiera que continúen con las actividades que estuvieron desarrollando en el hospital en relación al fortalecimiento del vínculo con el infante, para generar seguridad.
- Recomiende que no amenace a su hijo/a, con aspectos relacionados con el estado de salud (si no te portas bien te llevaré al hospital y te pincharán), ya que ante posibles reingresos los niños se mostraran temerosos y poco colaboradores.
- Señale que ante posibles hospitalizaciones, preparen a sus hijos/as ante un nuevo internamiento, enfocándose en lo positivo de la hospitalización: nuevos amigos, juegos, la cercanía física con los cuidadores y la recuperación.
- Felicite al menor por el esfuerzo realizado, durante la hospitalización

Intervención psicológica con niños/as hospitalizados

- Crear un vínculo con el niño/niña hospitalizado, mediante interacciones con él/ella y sus figuras de apego, a través de conducta afectiva: sonrisas, palabras, acercamiento físico, dialogo, etc.
- Presente al niño-a los integrantes del equipo médico, que va a trabajar con el, mientras recorremos la sala de hospitalización junto al menor hospitalizado.
- Explicar la función del material técnico que ve y sobre todo, el que se va a utilizar con él, mediante lenguaje acorde a la edad del niño, indagando constantemente la comprensión de las palabras que utilizamos, como por ejemplo ¿Tú sabes que quiere decir...?
- Ante los procedimientos explicar al niño, en qué va a consistir y básicamente qué es lo que él va a vivir y sentir, ello reduce la ansiedad y aumenta por tanto la tolerancia al dolor.
- Motivar al niño/a a que el comente y exprese sus dolencias, para generar confianza y colaboración en el proceso.
- Favorecer al niño y niña, dentro de lo posible, que haga elecciones y tome decisiones sin afectar los objetivos planteados para su recuperación.
- Explicar a los niño/as hospitalizados, los procedimientos quirúrgicos que se seguirán con él antes de la intervención, con un lenguaje sencillo y acorde a la edad del niño/a mediante dos aspectos: debe conocer lo que se le va a extirpar como ejemplo amígdalas, apéndice, y que solamente eso se le va a extirpar.
- Cuando los menores manifiesten dolor, acercarse, preguntar cómo están donde les duele y tomar acciones inmediatas.

Buscar la colaboración del niño o niña motivándolo para que pueda ayudar en alguna manera al procedimiento medico, como ayudar a sostener mascarilla con esto permitiremos devolverle control a los niños y niñas y lo hace concentrarse en lo que tiene que hacer permitiendo disminuir la angustia.

- Ante los procedimientos explicar al niño, en qué va a consistir y básicamente qué es lo que él va a vivir y sentir, ello reduce la ansiedad y aumenta por tanto la tolerancia al dolor.
- Habilitar una vía de expresión de dolor: apretar una mano, morder algo, etc.
- Permitir que el niño pueda continuar con su forma habitual de expresión, como lo es el juego u otra actividad como pintar, dibujar, etc.

- Permitirle al niño-a continuar, dentro de lo posible, con las rutinas familiares y funciones en las áreas que ya había conseguido ser competente (asearse, comer, vestirse,)
- Ayudarlo y contenerlo cuando sea necesario, tanto en forma anímica como física como por ejemplo abrazos, mimos, besos, caricias, es decir, mostrando el afecto que en algunos casos es enriquecedor para superar diferentes traumas.
- Marcar junto al niño/a en una especie de planilla los días que va a requerir permanecer hospitalizado, ayudándolo a relativizar los tiempos, por ejemplo, utilizar algún referente que el niño ubique como: fechas de cumpleaños, Navidad, etc.
- Ayude a desculpabilizarse con ejemplos concretos como: muchas veces no hiciste caso y antes no te habías enfermado así, cuántas veces te peleaste con tu hermano y nunca te enfermaste, si lo niños se fueran a enfermar cada vez que hacen travesuras, todos los niños estarían enfermos todos los días.
- Propicie la interacción a través de juegos. Se recomienda que los juegos sean aquellos que no impliquen mayor movilidad, debido a la imposibilidad de permanecer fuera de la cama por el uso de sueros, vías, sondas, posibles contagios, etc.
- Se recomiendan los siguientes juegos, como medios de expresión de emociones, entretenimiento o para explicar la situación de hospitalización, especialmente los procedimientos a los que serán sometidos: Títeres, modelado, dátilo-pintura, dibujos, garabatos, disfraces, juegos de memoria, juegos de roles como: jugar al doctor y a la enfermera, cuenta cuentos, canciones, adivinanzas.

Durante el alta

- Acérquese al niño/a y coméntele con palabras sencillas, acorde a su edad, que su estado de salud ha mejorado, al punto de que ya puede ir a casa.
- Sugiera al menor, que debe tomar la medicación y continuar con todas las recomendaciones que envía el médico, para no tener una recaída en su salud.
- Motive al menor a despedirse del equipo de salud, mediante contacto físico como: un beso, un abrazo, tomarle de la mano, con un gesto; o mediante un

dibujo elaborado por el/ella.

- Motive al menor a despedirse de los niños/as que han permanecido junto a él en la misma habitación, mediante diálogo, dibujos, realización de tarjetas, entre otras actividades.
- Permita el uso de objetos transicionales, pueden ser guantes de uso médico inflados y dibujados caritas, o un dibujo, esto le permitirá elaborar mejor su ansiedad.
- Recuerde al menor que en el hospital deja muchos amigos/as (equipo de salud), y que estuvieron felices de haberlo podido ayudar.

Recomendaciones al equipo médico

El psicólogo/a, debe facilitar el vínculo del niño con el equipo médico (médicos, enfermeras/os, etc.).

1.- Acercarse con trato amable e identificarse ante los cuidadores.

2.- Dar la información de rutina lo más clara como sea posible.

3.- Expresar afecto en el contacto con el niño/a hospitalizado y sus padres (proporcionar algún juguete, hablarle al niño/a con mucha ternura).

4.- Abrir canales de comunicación para que los usuarios puedan expresar sus miedos, como darles la oportunidad de preguntar mientras les abren la historia clínica, así se lograra aclarar pensamientos erróneos y disminuir la ansiedad experimentada por los padres ante el internamiento.

5.- Utilizar un lenguaje claro, entendible y que no confunda o deje más preocupado a los cuidadores acerca de la situación y de sus posibles soluciones.

6.- Tratar de dar información clara sobre los diagnósticos para ganar seguridad y confianza en los padres.

7.- Cuando tenga que dar un diagnóstico desfavorable, mantener contacto físico con los usuarios como poner una mano sobre el hombro mientras da la noticia, un abrazo

cuando termine de hablar.

8.- Durante el examen físico del menor, ser sutiles, tomarlos con suavidad, evitando tocar lo lastimado por los procedimientos médicos.

9.- Acordar el espacio de intervención del psicólogo en el proceso de internamiento.

10.- Estar alertas a los cambios de humor y conducta de los padres de los menores. Frente a ello pedir ínter consulta con especialista del área de Salud Mental.

11.- Otorgar altas transitorias, cuando no se realizan procedimientos o tratamientos

12.- Enseñar con mucha paciencia el nombre de los implementos médicos y su funcionamiento a los padres, para que estos puedan dar la información correcta cuando se necesite preguntarles sobre algo en especial.

13.- Permitirles a los cuidadores, participar en el cuidado y recuperación de sus hijos, motivándolos a aprender y ayudar en ciertos procedimientos como: tomar la temperatura, poner mascarillas, etc. El acompañamiento del padre o la madre en pre y post-anestesia, da al niño/a la sensación de continuidad.

14.- Interactuar con los niños/as hospitalizados mediante miradas, sonrisas, hablarles, cantarles, proporcionarle algún juguete, etc.

Durante el alta

- Despedida del niño/a y de los padres, tomando en cuenta que las enfermeras y las auxiliares mantuvieron un mayor acercamiento a los niños/as, por lo tanto la despedida debe estar cargada de afecto.
- Dar las recomendaciones médicas de forma clara y sencilla.
- Permita que los padres despejen sus dudas, en relación al estado de salud del menor antes de ir a casa.

SITUACIONES ESPECIALES:

Muerte de un menor

Es sin duda una situación que involucra gran afectación emocional, al ser inesperada sobre todo para los pequeños pacientes, a los que siempre se les recuerda que todo estará bien, por lo que se recomienda lo siguiente.

Con los padres de niños/as que han muerto

- Acompañe al padre o madre del niño/a que ha muerto, como sea necesario, ya sea a legalizar documentos, morgue, a realizar llamadas telefónicas a otros familiares, o acompañelo mientras un familiar va a ser los trámites antes señalados.
- Permita que lo abrace, y que llore con usted, de tal manera que sienta que no esta solo/a, que puede contar con otros en esta situación dolorosa.
- Escuche lo que le dice, y ayúdelo/a comprender lo que está pasando.
- Ayude a desculpabilizarse, recordando que lo que ocurrió no es culpa suya, y que hizo bastante con llevarlo al hospital.
- Coméntele que es normal que le duela la situación pero que una vez superada la situación estará mejor psicológicamente.
- Proporcione agua, u algún calmante si lo amerita por orden del Galeno.
- Sugiera a otros familiares que le ayuden a contener en todo momento.

Intervención con los niños/as frente a la muerte de menor hospitalizado

- Ayude a interpretar la fantasía: acérquese y señale que, no le va a ocurrir lo mismo.
- Ayude a comprender lo ocurrido, preguntando qué entiende por muerte, a donde cree que se fue, cree que a el le ocurrirá lo mismo?
- Fomente la expresión de emociones y de sus pensamientos experimentada en este momento, mediante técnicas lúdicas: dibujo, juego, etc.
- Explique a los niños/as, con términos sencillos, todas sus interrogantes, dando forma a lo que están sintiendo en relación a la muerte del niño/a como: que

ahora ya no sufrirá mas, que es un angelito y que esta con Dios, que sus padres estarán mejor dentro de cierto tiempo.

- Motive al menor a despedirse del menor que acaba de fallecer, mediante técnicas lúdicas como hacerle una carta, un dibujo, una oración, despedirse de los padres del niño/a muerto/a.

Recomendación a padres de niños/as hospitalizados

- De la oportunidad de que pregunten sobre lo sucedido y explique con términos sencillos lo que ocurrió.
- Sugiera que respondan con palabras acorde a la edad de los hijos/as lo que estos preguntan en relación a la muerte del menor, y que generen confianza recordándoles que a ellos no les ocurrirá lo mismo.
- Sugiera que se acerquen a los padres del niño/a muerto y que se despidan dando apoyo emocional, como un abrazo, diciendo palabras de aliento, escuchando simplemente.

ANEXOS

Técnicas que pueden ser usadas en la intervención con niños y niñas

A continuación se describen técnicas lúdicas adecuadas para cada edad, de acuerdo al nivel de desarrollo de los niños/as hospitalizados, con el objetivo de permitirles vías de expresión de emociones como son: contacto físico, gestualidad, la palabra, el juego y el dibujo y a la vez poder entrar en su mundo para ayudarles a entender la situación de crisis por la que están atravesando.

De 0 a 3 meses

Se recomiendan:

- Móviles con colores y sonidos, que les permitan estimular las áreas auditivas y visuales.

De 3 meses a 6 meses

Se recomiendan:

- Juguetes que puedan ser tomados por los lactantes, como sonajeros, muñecos pequeños con sonidos y luces, que incluyan algunas texturas, que le permitan desarrollar las áreas táctiles, motricidad fina y la interacción con los demás.

De 6 meses a 1 año de edad

En esta edad el niño juega con su propio cuerpo, con los objetos y al final del primer año también con personas.

Se recomiendan:

- Cuentos con figuras, texturas, colores, y sonidos, ya que en esta edad podrán imitar ciertos sonidos sobre todo de animales.
- Juguetes que sirvan para ser golpeados como tambores, bombos, pianos.
- Juguetes que al ser manipulados suenen: sonajeros, maracas.
- Incluir juegos como “las escondidas”, el cual consiste en taparse la cara y motivar al niño/a a que nos busque, y luego destaparnos mostrando cara de

sorpresa cuando nos volvemos a mirar con el menor.

De 1 año a 3 años de edad

En esta etapa predominan las actividades lúdicas exploratorias, manipulativas y sensoriales utilizando con mayor precisión sus manos y se empieza a instaurar el juego simbólico, es decir las representaciones, El niño juega con toda clase de objetos y de personas, por lo que se recomienda:

- Lápices de colores
- Crayones
- Papel
- Barro
- Arcilla
- Figuras geométricas
- Caja de juguetes con los siguientes:
 - Cubos
 - Instrumentos de percusión
 - Títeres
 - Puentes
 - Túneles y carros
 - Dragones, princesas
 - Animales como: vacas, chanchos, ovejas, leones, tigres, etc.
 - Cajas de carpintería que contenga:
 - Martillo
 - Clavos plásticos
 - Destornilladores
 - Cocina, ollas, platos
 - Pelotas
 - Juguetes para apilar y encajar
 - Cuentos con imágenes más que con textos
 - Canciones y videos infantiles

De 3 años a 6 años de edad

Es muy importante considerar que de tres a los seis años, la actividad lúdica por excelencia es el juego simbólico, en el que el niño inventa su mundo, a menudo frecuentemente utiliza objetos u otros móviles a los que les da vida, personificándolos.

Empiezan a tener cierta importancia los Juegos cooperativos, el niño cada vez participa en Juegos más complejos, participando con otros compañeros principalmente debido a su inclusión en instituciones escolares. Sobresalen los juegos de construcción, juego de roles sociales, y juegos de exploración sexual. Ante estos aspectos se recomienda:

- Juego del garabato.- Juego diseñado por Winnicott (1971) consiste en dibujar una línea con la forma que desee como un garabato y el niño/a debe completar el dibujo con lo que a él se le ocurra. A la inversa, el niño/a traza el garabato y el psicólogo/a completa el dibujo del niño/a.
- Juego de roles.- A esta edad los niños/as son muy colaboradores y tratan de imitar a los adultos, por lo que jugar asumiendo otros roles les va a permitir exteriorizar sus emociones, tener control de la situación que están experimentando y entender lo que esta pasando. Se le puede solicitar jugar a los médicos, enfermeras, e intercambiar los roles con el psicólogo o con la persona que esté jugando con el menor.
- Títeres o marionetas.- Este juego permitirá representar el mundo interno y concretizar en objetos las ideas o sentimientos. Consiste en utilizar títeres para las manos o dedos con ropa de médicos, de niños/as, sus padres, el psicólogo debe utilizar este recurso además para ayudar al niño/a a entender lo que le está pasando durante el proceso de hospitalización.
- Dibujo libre.- Solicitar al niño/a que dibuje lo que el desee. El dibujo aportara un fragmento útil de la vida del niño/a, rico en representaciones, además de permitir al psicólogo/a la oportunidad de dibujar la parte del niño/a que va a ser intervenida por el médico, y dar forma a los miedos del menor. Para esta actividad le proporcionaremos al menor: Lápices de colores, crayones, papel temperas, cartulinas, borrador.

- Los siguientes juguetes permitirán al menor expresar y reproducir sus miedos e interpretar la realidad.

Caja de juguetes con los siguientes elementos:

- Cubos
 - Instrumentos de percusión
 - Títeres
 - Puentes
 - Túneles y carros
 - Dragones, princesas
 - Animales de granja como: vacas, chanchos, ovejas y salvajes como leones, tigres, etc.
 - Cajas de carpintería que contenga:
 - Martillo
 - Clavos plásticos
 - Destornilladores
 - Una familia
 - Cocina, ollas, platos
 - Pelotas
-
- Cuentos, canciones y videos infantiles.- Estas actividades le permitirán al menor hospitalizado desconectarse de lo que esta viviendo y le ayudara a distraerse y reírse.
 - Realice actividades que le permitan crear y encontrar nuevas oportunidades de regular sus emociones como: realizar figuras como caretas, figuras con globos, figuras en plastilinas.
 - Una vez que el menor haya creado o dibujado, expóngalo en el servicio donde se encuentra hospitalizado para que sea halagado por otros niños/as, equipo médico y otros adultos, motivando el aplauso para devolverle la confianza en si mismo.

CONCLUSIONES

1. En nuestro medio en los últimos años, diversas instituciones de salud han dado a conocer cifras estadísticas que demuestran que, actualmente existe una alta incidencia de niños/as menores de 6 años, que son hospitalizados en el Ecuador.
2. El trabajo de John Bowlby y Rene Spitz, se configura en un intento de poder dar explicación a la necesidad básica, para el infante, de poder contar con su madre u otra figura vincular, como fuentes de seguridad, protección y bienestar, ante eventos que resultan amenazantes.
3. La intervención de crisis, de Alfredo Moffat, proporciona las técnicas psicológicas adecuadas para intervenir oportunamente, y de este modo prevenir y sostener a los niños/as hospitalizados ante el apareamiento de un estado de crisis.
4. La hospitalización infantil; tiene consecuencias negativas en el desarrollo emocional o psicológico; introduce a los niños/as en estados de depresión, cuadros de angustia, ansiedad, genera sentimientos de confusión, y agresión.

Los argumentos presentados, confirman que el proceso de hospitalización produce efectos en el estado emocional de los niños/as hospitalizados, interfiriendo en la pronta recuperación física de los menores, prolongando la estadía hospitalaria.

RECOMENDACIONES

1. Permitir a los padres, especialmente a la madre, permanecer junto a los niños/as hospitalizados, todo el tiempo como sea necesario, para lograr estabilidad emocional en los pequeños al experimentar el cuidado básico materno.
2. Fortalecer los vínculos afectivos, de tal manera que permitan fortalecer integralmente al menor y crear relaciones de confianza, para evitar la aparición de cuadros psicológicos y estados de crisis, durante la hospitalización.
3. Fomentar actividades y espacios lúdicos, que le permitan al menor expresar y canalizar sus emociones, miedos y ansiedades, durante el proceso de hospitalización infantil.
Explicar a los padres u otros cuidadores, de forma clara, sobre el estado de salud y tratamiento del niño.
4. Estar pendiente de las reacciones emocionales del menor hospitalizado y sus cuidadores, intervenir prontamente, para evitar estados de crisis.

BIBLIOGRAFIA

- AINSWORTH Mary, "NECESIDAD DEL CUIDADO MATERNO" Barcelona 1962
- BOWLBY, John; "El apego y la pérdida" 1, EL APEGO; Ediciones Paidós Iberica, S.A. Barcelona, España, 1998.
- BOWLBY, John; "El apego y la pérdida" 2, LA SEPARACION; Ediciones Paidós Iberica, S.A.; Barcelona, España, 1998.
- BOWLBY, John; "Vínculos afectivos" Formación, desarrollo y pérdida, Ediciones Morata, S.A. Madrid, 1986.
- BOWLBY, John; LOS CUIDADOS MATERNOS Y LA SALUD MENTAL (4ª ed.). Ediciones Humanitas, Buenos Aires, 1982
- DI CAUDO, María Verónica; "Expresión grafo plástica infantil", Ediciones Abya Yala, Ecuador 2007.
- FIORINI, Héctor; "Teoría y técnicas de psicoterapias", Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1973.
- LEDOUX, Michel; "INTRODUCCION A LA OBRA DE FRANCOISE DOLTO", Ediciones Amorrortu. Buenos Aires, 1990.
- MERANI, Alberto; "PSICOLOGIA", Editorial Grijalbo S.A. Buenos Aires, 1982
- MOFFAT, Alfredo; "TERAPIA DE CRISIS", Teoría Temporal del Psiquismo, Editorial Busqueda. Buenos Aires, 1982
- MONETA, María Eugenia; "EL APEGO", Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la díada Madre-Hijo, Editorial Cuatro Vientos. Santiago, Chile, 2003
- RANGEL, María Eugenia; "PSICOTERAPIA INFANTIL", Un enfoque psicoanalítico, Editorial Trillas. México, 2009.
- SOLNIT Albert; "TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y DEL DESARROLLO EN EL NINO", Editorial Pediátrica. Barcelona, 1971.
- SPITZ, René; "El primer año de vida del niño: Génesis De Las primeras relaciones objetales, Editorial, Aguilar, México 1966.
- SPITZ, René; "No y Si" , Editorial Paidós, México 1970.

INFORMACION OBTENIDA DE LA RED

- <http://www.monografias.com/trabajos16/teorias-piaget/teorias-piaget.shtml>
- <http://www.psicoactivae.com/comisfin/ponencia/106-11.doc>; Díaz Atienza

OTROS:

- CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, Ecuador 2010
- DORSCH Friedrich. Diccionario de Psicología, Editorial Herder. Barcelona 1985
- Diccionario de Pedagogía y Psicología, Editorial Cultural S.A. Madrid 1999
- Enciclopedia de Psicología y Pedagogía Infantil, Editorial Cultural S.A. España 1996
- Enciclopedia de la Psicología Océano. Ediciones Océano S.A. Barcelona