



Programa de Preparación Psicológica en Cirugía Infantil Programada.

Juliana Alonso López *

Abstract

The objective of this article is to analyse the variables that influence success in pre-programmed infant surgery, considering effects such as hospital conditions, the disease, and the stress factors that affect the child and the parents. We propose a psychological preparatory program that requires active participation of the child and parent; and puts into practice numerous capacities and techniques. The objective is to reduce the psychological impact of surgery, in both the child and the parent to avoid permanent emotional and behavioral changes.

Key-words: Coping strategies, stress, psychological preparatory program.

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar las variables que influyen en la cirugía infantil programada, teniendo en cuenta las diferentes características del ámbito hospitalario, de la propia enfermedad, como los estresores que afectan a padres y a niños. Se propone un Programa de Preparación Psicológica ante la cirugía infantil programada, buscando que el niño, los padres y el ámbito hospitalario desempeñen un lugar activo, poniendo en práctica diferentes tipos de habilidades y técnicas. Como objetivo final se persigue reducir el impacto psicológico de la intervención quirúrgica, favoreciendo conductas adaptativas que permitan al niño y a su familia evitar alteraciones emocionales y comportamentales.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, estrés, programa de preparación psicológica.

1. Introducción

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentarse a situaciones desconocidas y que, además, implican riesgos ciertos. La hospitalización representa un acontecimiento relevante en la vida de un niño por la elevada carga estresante y ansiógena que comporta, incrementándose en relación directamente proporcional al tiempo que dura la hospitalización. La hospitalización puede originar en el niño un desequilibrio emocional de tal magnitud que altere su desarrollo evolutivo. La infancia es una fase del desarrollo humano de especial vulnerabilidad ante situaciones traumáticas, ya que sus funciones y capacidades psíquicas no están en plena evolución y porque el niño tiene menos desarrolladas las capacidades de afrontamiento. Por otro lado, el niño no solo se debe enfrentar a sus reacciones de ansiedad y depresión, sino que también a las de sus padres. A su vez la interrupción del proceso educativo en el niño supone una merma de sus potencialidades

* Enviar correspondencia a: jalonsolopez@hotmail.com (Juliana Alonso)

de desarrollo, lo que fomenta y hace más perdurable los efectos negativos de la hospitalización.

En el presente trabajo, se tendrá en cuenta el análisis de la problemática hospitalaria infantil, considerándola como un proceso emergente de las interacciones que se establecen entre el niño y la familia, con la organización hospitalaria. Se intentará dotar al paciente, a la familia y al personal sanitario, recursos psicológicos y ambientales para afrontar más satisfactoriamente la hospitalización de los niños.

El afrontamiento de la hospitalización para intervenciones quirúrgicas programadas requiere de estrategias cognitivo –conductuales para enfrentarlo de forma adaptada. Si no se afronta de manera adecuada se originan alteraciones emocionales y comportamentales desadaptativas a corto, medio y largo plazo tales como: problemas de alimentación, alteraciones del sueño, enuresis, ecopresis, regresión a niveles de comportamiento más primitivos, tics, depresión, ansiedad, terror a los hospitales, personal médico, agujas y procedimientos diagnósticos, etc.

Se intentará prevenir a nivel psicosocial, poniendo el acento en la interacción del sujeto con el entorno y no solo en las reacciones emocionales del primero.

El presente trabajo tiene como objetivo hacer un aporte al campo de la prevención en cirugía infantil programada, presentamos un Programa para preparar a la familia y al niño a afrontar dicha situación. A partir de diferentes técnicas y métodos se intenta reducir el impacto psicológico de la intervención. Se intentará ofrecerle al paciente, ya sea al niño como a la familia, un abanico de estrategias de afrontamiento para que se puedan enfrentar a la situación estresante que les acontece vivir.

1.2. Beneficios del programa de preaparación quirúrgica

Se intentará a partir del programa, la preparación del niño para la cirugía, siendo los principales objetivos la prevención de los desajustes emocionales que ésta origina y la promoción de estrategias para afrontarla de un modo adaptativo.

A partir de la revisión de diferentes investigaciones (J. Miró y otros, 1998; K. Cullen y otros 1990; M. Quiles 1999) se ha comprobado que la prevención y el control de la ansiedad y el estrés ante la cirugía infantil es de gran utilidad, ya que supone una disminución de dolor, complicaciones posquirúrgicas, de la recuperación física postoperatoria y del ajuste psicosocial posterior a la intervención. Ayudando a reducir molestias físicas, problemas de conducta posthospitalarias, hasta llegar a ser rentable, pues supone un menor consumo de servicios sanitarios, debido a que padres y niño poseen herramientas para enfrentarse a los diferentes momentos de la intervención quirúrgica.

La preparación por parte de los padres ayuda a reducir la ansiedad y estrés ante la intervención, ya que se les asigna un papel activo; y como consecuencia transmiten tranquilidad a sus hijos.

El programa se centrará en la intervención y preparación a tres niveles, de manera que la interacción entre los tres se de forma positiva y activa:



1.2. Medio hospitalario:

Es importante que el medio hospitalario ofrezca los recursos necesarios para afrontar en mejores condiciones el estresor de la intervención quirúrgica programada. Éste es como “un país extranjero”, cuyas costumbres, lenguaje, y horarios hay que acostumbrarse y adaptarse necesariamente, ya sea para el niño como para los padres. Ante este acontecimiento, se produce una doble situación: Por un lado, la separación y la pérdida del hogar, de sus cosas, personas (hermanos amigos, compañeros de la escuela), todo esto agravado por la situación sorpresiva de la enfermedad y su ansiedad que conlleva. Por el otro, la necesidad de tener que adaptarse a nuevas personas, horarios, aparatos, nuevas rutinas de baños, comidas. Ante ésta cantidad de estresores, va a ser importante que el grado de comunicación entre el médico y el niño con sus padres sea de forma clara en la que se dé espacio para responder preguntas por parte del niño y de sus padres.

Por otro lado, es mucho lo que el personal de enfermería puede hacer –y hace cotidianamente- para ayudar a los enfermos en los distintos avatares de su proceso de adaptación psicológica a la cirugía. El personal sanitario y las enfermeras, en su trato deben comportarse de forma cálida, ya que ellas son las que conocen, mejor que los médicos, los vaivenes del estado anímico del paciente. Ello es atribuible a que mantienen con los enfermos un trato más prolongado, que incluye la intimidad del contacto cotidiano con el paciente y sus necesidades corporales, compartir muchas horas con él y su familia, y el hecho de ser las primeras personas que son llamadas ante cualquier dolor o problema. Todo esto otorga una gran trascendencia a la calidad que tenga la atención de las enfermeras; dicha atención puede ser fuente de tranquilización y reaseguramiento para muchas personas que, por estar enfermas y tener que ser operadas, suelen hallarse bastante desconcertadas o angustiadas.

El estrés quirúrgico, hace que los enfermos tengan reacciones muy variadas. En los niños se pueden dar conductas agresivas, regresivas, depresión, pasividad e inexpresividad. Pero la mala adaptación emocional de un paciente o de la familia, puede generar distintas dificultades en su relación con las enfermeras. En esos casos, una actitud profesional adecuada requiere el conocimiento de los procesos psíquicos que determinan la conducta del enfermo, y también de la mejor manera de abordarlos. Es de gran utilidad que la enfermera destine un tiempo para jugar y hablar con el niño, ayudando a permitir la descarga afectiva del enfermo abrumado por la angustia, lo cual ayuda al control psíquico de todos los elementos traumáticos que lo amenazaron o lo amenazan todavía.

1.3. La familia del paciente quirúrgico

La cirugía constituye una situación de estrés psicológico también para la familia de cualquier paciente. La internación hospitalaria implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro temen los restantes miembros del grupo familiar. Se agregan también muchas dificultades prácticas: mayores gastos económicos, problemas en el manejo del hogar o la atención de los hermanos, la alteración del ritmo de vida familiar por la necesidad de acompañar y cuidar al paciente durante su recuperación, etcétera. El apoyo del grupo familiar en su interacción con el enfermo puede favorecer mucho su recuperación. Es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico, pero a la vez corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones.

En el periodo preoperatorio, la cirugía promueve ansiedades y temores en toda familia, y cada uno de sus integrantes los controlan según sus posibilidades. Aparecen muchos temores irracionales vinculados al recuerdo de historias familiares (enfermedades, complicaciones o muertes que amenazan con repetirse). Esos recuerdos y temores son compartidos por todos, aunque no sean explicitados. Cuando hay una adaptación familiar normal frente al estrés preoperatorio, la ansiedad del paciente es conocida y compartida por el grupo; constituye todo un tema y ocupa un "lugar" en la familia. También cada integrante puede reconocer y tolerar su propia preocupación, sin recurrir a conductas defensivas rígidas. En condiciones favorables, la familia contribuye al control emocional del paciente en su recuperación tras la cirugía, pues le ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza y adaptarse al duelo, las inevitables privaciones psicofísicas de todo postoperatorio.

La dinámica de la interacción entre el enfermo quirúrgico y su familia durante la internación depende del tipo de vínculos preexistentes, y en este sentido un factor limitante de los efectos beneficiosos de la acción del grupo familiar, lo constituye la falta de comunicación o su distorsión, al igual que una estructura familiar aglutinada o con roles fijos e inflexibles.

Las familias más normales tienen con respecto al cuidado del paciente un funcionamiento naturalmente autorregulado, y su presencia es gratificante. Atienden al operado de una manera flexible, a veces lo acompaña un integrante del grupo, a veces otro, y saben captar las necesidades del enfermo (cuándo dejarlo solo, cuándo estar en silencio, cómo tranquilizarlo cuando sufre).

En cambio, las familias más aglutinadas suelen ejercer una acentuada sobreprotección, con roles fijos (siempre la misma persona cuida de forma exagerada y asfixiante al paciente, a quien jamás lo deja solo). Tampoco permiten un adecuado manejo de la atención médica y de enfermería, controlando permanentemente la tarea de las enfermeras en busca de errores, o verifican el goteo del suero o los horarios de administración de los medicamentos. En muchas ocasiones, detrás de estas actitudes existe fuerte ambivalencia, y junto al amor y los aparentes cuidados solícitos hay reproches, agresión o sentimientos de culpa. No es raro que, de pronto, ello derive en conflictos y peleas, y por etapas el enfermo sea abandonado en mayor o menor grado por su familia.

En su gran mayoría, la hospitalización produce en los padres incertidumbre e intranquilidad sobre su papel en el hospital y sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento de las labores de cuidado. Estas preocupaciones provocan altos niveles de ansiedad, que afectan negativamente al niño. La relación padres –hijos influye notablemente en el ajuste psicológico y social del paciente pediátrico en la situación hospitalaria. Durante ésta experiencia los padres desempeñan un doble papel en la hospitalización infantil, funcionando como figuras de apoyo y como modelos que los hijos imitan. Su comportamiento es un referente para los niños, por lo que un repertorio de conductas paterno adecuado contribuye al bienestar psicológico de los niños.

Como hace referencia Richmond (1982) se dan ciertas reacciones en los padres y familias ante el conocimiento de una enfermedad en un hijo:

- Un shock inicial, que suele originar sentimientos de enfado. La fase previa al diagnóstico constituye un periodo de incertidumbre, dudas y continua formulación de hipótesis. Los padres son los primeros en conocer el diagnóstico, ante el cual responden con sorpresa y les cuesta aceptar el hecho de una enfermedad en sus hijos. Las reacciones en éste momento son muy variadas, sentimientos muy fuertes de incredulidad, rabia, culpa, temor, dolor, desamparo, autocompasión, etc.
- Periodo de tristeza y desequilibrio emocional: Suelen aparecer en los padres sentimientos de depresión, malestar físico, e incapacidad para seguir funcionando con normalidad . Se trata de una fase de miedo y frustración, junto con sentimientos culpa y autorecriminación.
- Una progresiva restauración del equilibrio normal, que puede conducir a la participación activa de los padres en el proceso de recuperación de su hijo; o la rebeldía y resentimiento final y constante.

Si los dos primeros momentos se mantienen en el tiempo, interferirá muy negativamente en la vida de cada día y en la recuperación del niño.

Cuando el equilibrio familiar normal se altera debido a la enfermedad y hospitalización de un hijo, con seguridad surgirán cambios en los padres, en sus comportamientos, reacciones, actitudes y relaciones. Las distintas reacciones suelen ir desde un continuo que va desde la sobreprotección y el excesivo consentimiento, hasta comportamientos de rechazo, olvido y maltrato.

Mostrar conductas de sobreprotección y rigidez, pueden llegar a obtener en los niños respuestas de extremado apego y dependencia, hasta llegar a producir en ellos una invalidez crónica, la cual, a su vez, es reforzada por beneficios secundarios, tales como abundancia de juguetes, eliminación de responsabilidades, la preocupación constante por parte los padres y exceso de atención. Muchas veces, se puede llegar a una evitación de la disciplina para con el niño, incluso, a expensas de otros hijos, impidiendo la adaptación adecuada del niño enfermo a su entorno familiar social y escolar. Estos tipos de comportamientos pueden “aprisionar” y estresar a los padres, a la vez que, reducir el sentido de auto eficacia, el significado de la responsabilidad y autonomía infantil, llegando incluso a que el niño se resista a su curación y quiera seguir estando enfermo.

Otra forma de reacción es la opuesta a la sobreprotección, es la ira, la rabia y el rechazo. Estos tipos de reacciones en muchas ocasiones va dirigida a Dios, al personal sanitario o contra su propio hijo.

Algunos padres reaccionan negando la enfermedad del niño, ésta reacción suele llevar a la búsqueda de otras opiniones médicas, con la esperanza de que otros médicos proporcionen una explicación diferente a los síntomas.

Otra dificultad añadida con la que se encuentran los padres, es la de no saber manejarse con los beneficios secundarios reportados por la enfermedad y la hospitalización infantil. A los niños en éstos momentos se les dedica más tiempo, se les compran mas cosas y se les consienten más y con posterioridad a la enfermedad los niños intentan mantener esos beneficios.

Ante las diferentes reacciones que pueden llevar a cabo los padres, sería importante remarcarles que, aunque el niño esté viviendo una situación de mayor tensión (su ingreso en el hospital), tiene las mismas necesidades básicas emocionales, cognitivas y sociales; por eso sería aconsejable la máxima normalización en el trato. Esto reduciría el grado de estrés en el niño como en los padres.

1.4. Características personales del niño

La experiencia hospitalaria, a la vez nueva y estresante para el niño, en la cual se encuentra desprovisto del soporte parental, plantea un desafío desproporcionado. La repuesta inmediata de cualquier niño a una enfermedad, lesión y/ hospitalización puede variar según los órganos afectados y sus correspondientes repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Existen algunos modelos amplios de respuesta que son característicos de todos los niños, debiéndose sus variaciones a las diferencias individuales y al nivel de desarrollo de cada niño. Según Ochoa (1999), los bebés de 6/7 meses de edad no se inquietan de modo alguno en el hospital. Sin embargo, durante el período de los seis meses a los cinco años el niño es muy vulnerable psicológicamente a la experiencia hospitalaria, siendo la edad más peligrosa la comprendida entre los seis meses y los dos años. Durante éste período, el niño debido a su pensamiento egocéntrico y mágico, se atribuye a sí mismo la causa de su enfermedad y del abandono por haber sido malo. Estos niños son mas vulnerables a mostrar regresiones, rechazos, depresiones, etc. como consecuencia de los efectos emocionales ocasionados por la separación materna, la enfermedad y su tratamiento. Entre los dos años y la edad de la entrada en la escuela, la significación psicológica de la enfermedad y su tratamiento puede ser mas grave que el efecto de la separación de su madre. El niño en edad escolar avanzada comprende la naturaleza de la experiencia de hospitalización de forma más amplia, pero puede mostrar una regresión o ansiedad sobre el funcionamiento de ciertos órganos, relacionados con ideas corporales incompletas.

Entre las reacciones más típicas ante la hospitalización del niño se encuentran:

1. La regresión: Es frecuente que el niño exhiba conductas propias de una edad menor a la que en realidad se encuentra. Ejemplo: enuresis, ecopresis,

- alteraciones del lenguaje, trastornos de la alimentación, problemas de la disciplina, cuando ya se habían superado estas etapas.
2. Depresión: Es otra forma de respuesta del niño que puede surgir por efectos directos de una enfermedad, debido a la restricción en el ambiente hospitalario o, por la separación de los padres como consecuencia de la hospitalización. Se suelen producir trastornos físicos con equivalentes depresivos: cambios en la conducta motora, trastornos digestivos (rechazo de los alimentos, diarrea infantil), trastornos del sueño, etc.
 3. Ansiedad, nerviosismo e inquietud: Esta es la respuesta más común del niño ante la enfermedad y la hospitalización, normalmente provocada: o por los conflictos psicológicos que se producen en el niño, consecuencias de la inadecuada comprensión del significado de su enfermedad; o por los estados de indefensión y desesperanza que conducen a una baja autoestima. También se pueden producir concomitantes fisiológicos de la ansiedad: taquicardias, palpitaciones, diarrea, vómitos, sudoración, sensaciones de frío y calor, cefaleas, disfonías, alteraciones del sueño, etc. El temor que un niño puede sentir hacia la hospitalización, hace que se vuelva exigente con sus padres, demandando no solo su presencia física, sino también su constante cariño y aliento.
 4. También se pueden añadir las reacciones como: malestar, dolor, ira, agresividad e irritabilidad, aumento del comportamiento estereotipado de naturaleza compulsiva o ritualista, aparición de miedos o fobias y sentimientos de culpabilidad e inseguridad, cambios en la imagen corporal, temores evocados de pérdida de autocontrol, apatía, actitudes de rechazo, comportamientos de gran dependencia, un débil control sobre sus impulsos y una tenue autoimagen, conflictos de independencia/ dependencia que se manifiestan en una tendencia hacia el aislamiento y en una gran desconfianza o problemas de interacción social.

Ante esta cantidad de cambios a los que se tiene que enfrentar el niño, es importante entrenarlo en habilidades de afrontamiento, las cuales utilizará en futuras situaciones evocadoras de ansiedad o productoras de estrés.

1.5. Características del estresor:

Es necesario tener en cuenta las características de la enfermedad y de la hospitalización. Habrá que considerar la naturaleza, cronicidad y grado de severidad de la enfermedad; historia y pronóstico de la enfermedad; duración de la estancia en el hospital.

2. Programa de intervención

Como ya se ha comentado el programa de preparación para la cirugía infantil programada, está orientado a una intervención psicosocial.

Con respecto a los recursos que se habilitarán en el MEDIO HOSPITALARIO, estos van a estar orientados a:

- Entrevista con el médico, donde se informa específicamente, según cada tipo de cirugía los momentos de la operación, las sensaciones que va a tener, la propia enfermedad, los instrumentos y aparatos que verá, las conductas que se esperan del niño, etc.
- Que haga una recorrida por todo el hospital, conociendo las personas y lugares característicos. La recorrida incluirá las habitaciones, lugares donde el niño se tendrá que hacer pruebas, como por ejemplo rayos, análisis, etc. En éste recorrido, el niño podrá también ver y tocar los diferentes materiales, los cuales va a tener que usar o que le van a poner, como por ejemplo barbijos, jeringas, etc.
- Que se le asigne una enfermera que lo acompañe desde el momento en el que le dan la noticia de la necesidad de que se realice una intervención quirúrgica, hasta el período postoperatorio. Será a ella a la que se recurrirá en el momento en que necesite algo o tenga alguna duda. A partir de ésta atención individualizada se intenta dar lo máximo posible la información exacta y tranquilizadora que se necesite, generando expectativas adecuadas sobre los eventos hospitalarios, posibilitando al niño la anticipación de situaciones amenazantes. Se buscará que el contexto hospitalario brinde apoyo emocional tanto al niño como a su familia.
- Que el niño pueda decorar su habitación con sus objetos personales. Se acondicionará la habitación para que no la sienta extraña, el niño podrá dormir con sus sábanas, poner sus adornos, que tenga sus juguetes.
- Dotar al personal sanitario de medios adecuados para afrontar y saber manejar la intervención quirúrgica con niños. Que conozcan las diferentes reacciones del niño y su familia, con el fin de que puedan llevar a cabo conductas tranquilizadoras. Se entrenarán a los profesionales de la salud en las técnicas de afrontamiento enseñadas a padres y niños, para que se actué del mismo modo y si en algún momento el niño no lo sabe aplicar, que pueda llevarlo a cabo.
- Entrenamiento en la transmisión de información de modo tranquilizador, ya que en el caso de la enfermera, es uno de los primeros contactos del paciente con el hospital. En esos primeros diálogos, algunos de los temores y ansiedades podrán ser atenuados.

2.1. Entrenamiento a los padres:

El Programa para padres comienza con una entrevista del médico sólo con los padres, aproximadamente quince días antes de la fecha de la intervención.

En esta entrevista, se tocarán temas como:

- Abordaje de los miedos previos: Los miedos mas comunes que presentan los padres generalmente en esta situación son: Anestesia, dolor, separación – abandono, sensación de “no control” de la situación, incertidumbre sobre las propias limitaciones. Se debe identificar qué miedos concretos tienen los padres en cada caso y poner en práctica una serie de técnicas para desmontarlos. Que puedan reconocer sus reacciones, que sentimientos surgen ante la enfermedad de su hijo, que los puedan expresar, elaborarlos y encauzarlos; de modo que puedan actuar de forma correcta como apoyo

emocional. Se buscará que los padres puedan transmitir dudas y miedos, para que sean aclarados por los médicos, cuando sea necesario, de forma tranquilizadora.

- Determinación del perfil de riesgo de los padres: Detectar las distorsiones cognitivas de los padres, explicarles la importancia de la flexibilidad ante estos momentos y la importancia de la participación de ambos padres. Se intentará identificar que actitudes toman hacia el niño, de sobre protección, desamparo, ansiosa, etc; y sus consecuencias tanto para el niño como para ellos. Es importante identificar estos factores de riesgo, para dar pautas concretas de modificación.
- Concienciación de la importancia de su papel: En este momento se les explica: la importancia de su figura, que pueden tener un papel activo en la intervención de su hijo y en función a como resuelvan sus ansiedades y miedos van a ser un modelo para su hijo.
- Se le va a dar información sobre el recorrido hospitalario (preoperatorio, período operatorio, postoperatorio) dándole instrucciones del comportamiento deseado en ese momento. De modo que ayude a prevenir y controlar la ansiedad. Esto ayudará a eliminar falsas expectativas y a fomentar sentimientos de control sobre el entorno hospitalario.
- Se les oferta que formen parte en todo momento del programa de preparación como de los diferentes momentos de la intervención. Se buscará que los progenitores actúen como paraprofesionales durante la experiencia médica, enseñando, facilitando y reforzando las habilidades de afrontamiento necesarias para superarla. Por otro lado, se intentará que los padres acompañen al niño durante toda la internación, al dormirse con la anestesia y durante la recuperación posquirúrgica.
- Que actitud deben tomar con su hijo: Que la actitud que tomen se encuentre entre un continuo entre la sobreprotección y excesivo consentimiento y el maltrato y rechazo. Que se busque el punto medio para que no influya o tenga mas consecuencias negativas la enfermedad y la intervención quirúrgica. Aunque el niño esté viviendo una situación de mayor tensión (su ingreso en el hospital), tiene las mismas necesidades básicas emocionales, cognitivas y sociales. Aquí se los puede entrenar para llevar a cabo un programa de Encomia de Fichas, de manera que lleven cabo con su hijo un contrato donde se especificarán las conductas esperadas y sus reforzadores correspondientes.
- Modelado: Explicación de la técnica de Modelado, para que tomen un papel activo durante la intervención. Tanto los padres como el niño van a ver un video, donde podrán ver los momentos más importantes de la intervención y las diferentes habilidades de afrontamiento.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: A parte de ser tratadas en el video, se reforzarán las habilidades como: relajación, respiración, discusión de pensamientos automáticos, auto instrucciones. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretende incrementar el refuerzo de los padres, aumentar las respuestas activas para reducir la interpretación de peligro, promover la habituación a las sensaciones corporales y acentuar las sensación de control. Los padres son entrenados para que enseñen a sus hijos y para ayudarles a asistir a sus hijos durante los momentos más estresantes. La finalidad de la intervención es el incremento de las habilidades maternas y paternas con el objetivo de, por un lado, facilitar la enseñanza de estrategias positivas para sus

hijos, actuando ellos como modelos. Por otro lado, que ellos puedan controlar el estrés a lo largo de la intervención.

- Entrenamiento en asertividad y en habilidades sociales: Se intentará que lo padres puedan obtener información de un modo adecuado, que puedan manifestar sus preocupaciones y miedos lo mas asertivamente posible, y que puedan hacer peticiones y pedir cambios de una manera correcta.
- Entrenamiento en detectar pensamientos automáticos negativos: Se buscará que los padres aprendan a detectar pensamientos automáticos negativos y que tengan habilidades para reestructurárselos.
- Destacar la importancia del régimen de visitas, Importancia de las visitas de familiares, amigos, mascotas, mientras se encuentra internado el niño. Es importante que se dé de forma ordenada, y que esté presente a lo largo de la internación.

2.2. Entrenamiento con el niño:

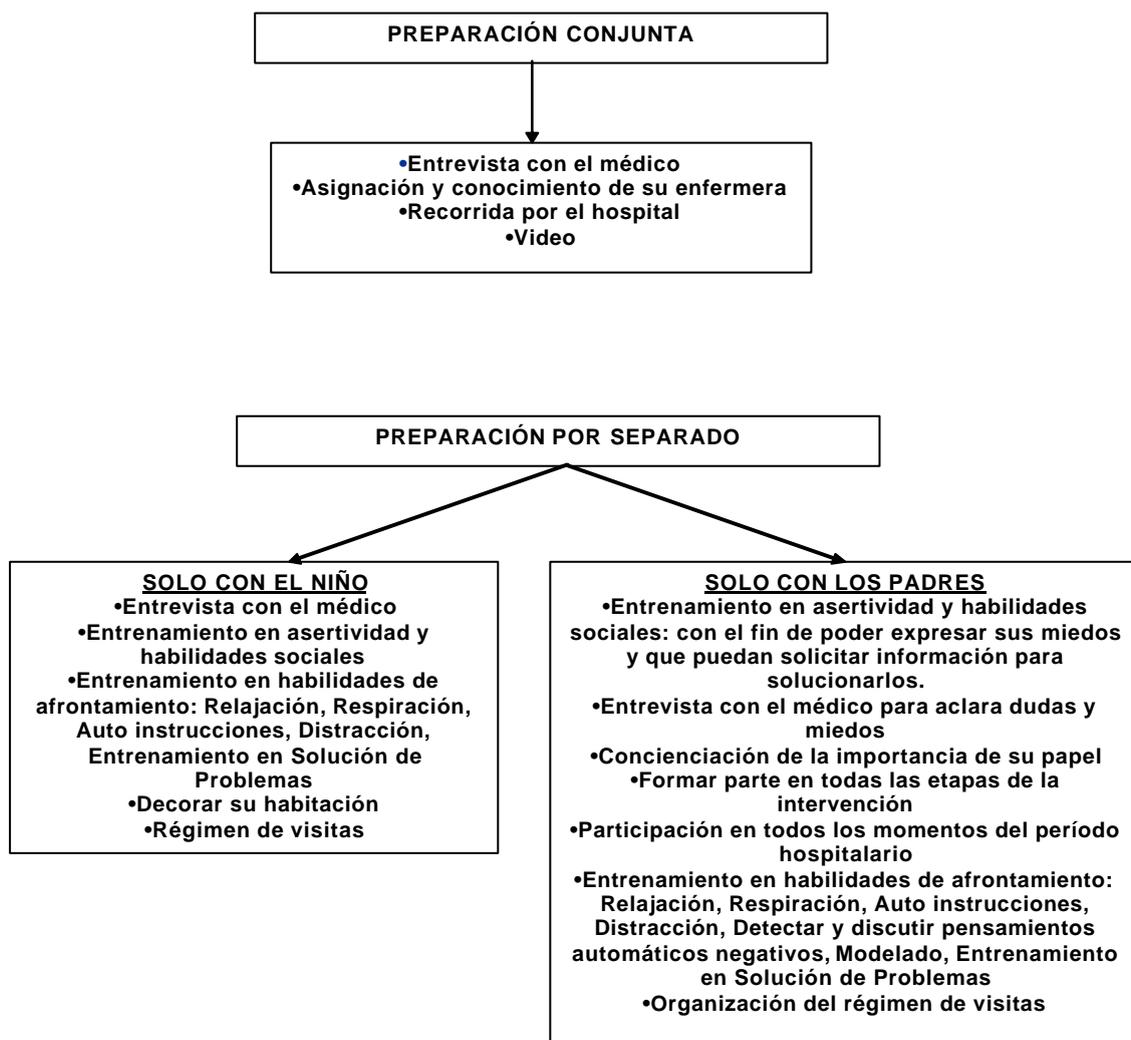
- Explicación por parte del médico de los diferentes momentos de la intervención, la cual se puede realizar mediante el juego. Este tipo de método es apropiado para el nivel de desarrollo del niño y facilita que pueda expresar sus temores.
- Recorrida por el hospital, donde conocerá las diferentes instalaciones y lugares del hospital; podrá conocer los diferentes instrumentos y materiales que verá durante su estancia en el hospital. Se le permitirá tocarlos, y jugar con ellos.
- Que pueda decorar su habitación a su gusto, con sus objetos, juguetes, música, ropa preferida, etc.
- Adelantarle al niño la presencia de los padres en todo momento (siendo entrenados antes para poder desempeñar un papel activo), ya que la presencia de ellos representa el apoyo necesario para que se sientan protegidos y seguros. Esto se realizará teniendo en cuenta que éstos han recibido una preparación previa y un modelo que los guiará en su comportamiento. En la medida en que ésta preparación específica no se dé, puede llegar a ser contraproducente, ya que las alteraciones emocionales de éstos ante la hospitalización de sus hijos pueden actuar como desencadenantes de la ansiedad infantil hospitalaria.
- Modelado: Generalmente se utiliza el modelado filmado, en el cual se facilita información sobre el acontecimiento estresante y se observan ejemplos de afrontamientos eficaz, ya sea para el niño como para los padres. La utilización de ésta técnica va a hacer que disminuya la ansiedad. La filmación va a abarcar los diferentes momentos de la hospitalización, desde que el niño es ingresado, hasta el día del alta, incluyendo extracciones de sangre, rayos X, inducción de la anestesia, sala de recuperación y retorno a la habitación. Esta información, pretende normalizar una situación. En las diferentes filmaciones realizadas hasta el momento, generalmente se muestran niñas y niños de diferentes edades y razas, que inicialmente muestran ansiedad, expresando, en voz alta y con voz de fondo, sus sentimientos negativos y sus preocupaciones y modelando estrategias de afrontamiento, como ejercicios de relajación, respiraciones profundas, pensamientos agradables, auto instrucciones, ante diversas situaciones estresantes. Por otro lado, el personal sanitario (pediatra, enfermera, anestesista, cirujano) informa, con el lenguaje apropiado, sobre las normas del hospital y procedimientos médicos de diagnósticos.

- Habilidades de afrontamiento: Aparte del abordaje a partir del video, estas técnicas se reforzarán en sesión. Las técnicas que se llevarán a cabo estarán relacionadas con: relajación, pensamientos e imágenes placenteras (distracción), auto instrucciones, reforzamiento de conducta, ensayo de conducta, entrenamiento en solución de problemas.
- Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales

Para ponerlo en práctica los objetivos enumerados con anterioridad, se manejan tres instrumentos:

- Entrevistas con el profesional de la Salud (Pediatra de Atención Primaria, Enfermeras, Psicólogo).
- Manual para los Padres, donde se les explica todo el Programa.
- Vídeo, donde una niña explica cómo fue su experiencia el día que le operaron.
- Juego como medio para enseñar técnica.

El programa quedaría de la siguiente manera:



3. Conclusión

Algo que me ha sorprendido a partir de las investigaciones consultadas, es que en escasos hospitales se llevan a cabo programas de preparación para intervención quirúrgica programada en niños.

Me gustaría terminar con las palabras de Viktor E. Frankl, quien dice “...*El hombre no esta libre de condicionantes, sean biológicos.....Pero el hombre es y sigue siendo libre de tomar posiciones con respecto a éstos condicionantes; siempre conserva la libertad de decidir su actitud para con ellos...*”. Habla de la elección sobre la forma en la que nos queremos enfrentar a ese acontecimiento. Esta es una de las libertades que tenemos y creo que en el caso de las enfermedades que conllevan cirugía, nos da una posibilidad. De alguna manera con el siguiente trabajo se busca un proceso de educación para la salud, a partir del cual, tanto el niño como sus padres conozcan de antemano la situación quirúrgica, que formas de enfrentarlo son positivas y mejoran la recuperación, cuales negativas, y en que tipos de dificultades pueden ser ayudados, ya sea por los médicos, psicólogos o enfermeras.

El programa propone un modo de enfrentarse, haciendo que cada uno de nosotros como profesionales contribuyamos a que sea mas fácil para el niño y su familia. También se tienen en cuenta las limitaciones que van a surgir al aplicarlo en el ambiente hospitalario, ya que la sobrecarga de trabajo y urgencias, las cuales tiene que ser atendidas por el personal sanitario, hace que la calidad en la atención disminuya. En función a éstas características del ambiente hospitalario, vemos fundamental la preparación de los padres, de manera que ellos sepan cual es el camino correcto para la contención de su hijo.

Referencias

- Bereziartua Aguirre J., Viar Urieta M., Rodríguez Gutierrez R. (2003): *Programa de preparación psicológica para cirugía infantil*. www.mmhs.com/he_es_pe.htm.
- Cullen K., Mesa P., Martínez Caro A., Blanco A. (1990): *Formulación de un programa de preparación psicológica a la intervención quirúrgica en pediatría*. Análisis y modificación de conducta. Volumen 16, Número 48, pp. 209-228.
- Giacomantone E.; Mejía A. (1997): *El estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. El impacto emocional de la cirugía. Buenos Aires, Piados
- León Rubio J., Medina Anzano S., Cantero Sánchez F., Rueda Méndez S., Avargues Navarro M. (2000): *Diseño, aplicación y evaluación de un programa de*

preparación psicocail para la cirugía. Revista de psicología de la salud. Journal of Health Psychology. Volumen 12, Numero 2, pp. 15-53.

Miró J., Raich R.(1998): *Cirugía, estrés y estrategias de afrontamiento: un análisis exploratorio.* Anuario de psicología. Paidós. Volumen 29, Número 3 pp. 73-87.

Ochoa B., Polaina-Lorente A (1999): *El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos: una revisión.* Estudios de psicología. Numero 63-64, pp. 147-161.

Olivares J., Rosa A., Sánchez Meca J. (2000): *Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de la salud en España.* Anuario de Psicología. Volumen 3, Número 1, pp. 43-61.

Ortigosa J., Xavier Méndez F., Quiles M. (1996): *Preparación a la hospitalización infantil (II): Modelado filmado.* Psicología conductual. Volumen 4, Número 2, pp. 211-224.

Perez Nieto M., Cano Vindel A., Miguel Tobal J.J., Camuñas N., M.T. *La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario.* Ansiedad y estrés. Volumen 7 (2-3), pp. 231-257.

Quiles MJ., Méndez FX., Ortigosa JM. (1999): *El papel de los padres en la preparación psicológica a intervenciones médicas estresantes: Una revisión.* Revista de psicología de la salud Journal of Health Psychology. Volumen 11, Numero 1-2, pp. 3-36.

ANEXO 1

LECTURAS DE INTERES:

- Pelechano V. (1991): *Familia, stress y enfermedad*. Análisis y modificación de conducta. Volumen 17, Número 55, pp. 729-774.
- Pérez Martín D. (2001): *Voluntariado de la Cruz roja. Prestando ayuda. Programa de apoyo psicológico para afectados por las situaciones críticas*. Intervención Psicosocial. Volumen 10, Numero 2, pp. 151-156.
- Richard Martínez M., Cabrero García J., Reig Ferrer A. (1993): *Hospitalización y estrés en el paciente*. Análisis y Modificación de conducta. Volumen 19, Número 63. pp. 75-89.
- Sandín B., Chorot P., M. Santed M., Valiente R. (2002): *Estrés y salud: Relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad*. Ansiedad y Estrés. Volumen 8, Numero 1, pp. 73-87.