



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

Manifestaciones conductuales del estrés
prequirúrgico en niños en un Hospital General
de Pediatría

Nº 29

María Jimena Thomann

Tutora: Beatriz Gómez

Departamento de Investigación
Julio 2002

Agradecimientos

Debo agradecer en primer lugar a la Lic. Beatriz Gómez por su inestimable generosidad y colaboración en este trabajo, más allá de sus exigencias al asumir la responsabilidad de dirigirme.

Al Lic. Fernando García le debo también mi especial gratitud por sus certeras sugerencias y su asesoramiento en los aspectos metodológicos del trabajo.

Ambos me brindaron permanentemente su orientación y conocimiento, esclareciendo todas mis dudas y guiándome en la selección bibliográfica y de todos los materiales necesarios.

Al departamento de Salud Mental del Hospital de Pediatría Garrahan que, dentro de las limitaciones jurídicas de las normativas del Hospital, me permitió el acceso permanente a la documentación, información y a los ámbitos específicos de tarea que requería ésta investigación.

En particular, debo agradecer al director del Servicio de Salud Mental: Dr. David Patín y a las coordinadoras del Equipo de Prevención en Cirugía y Sala de Juegos del Hospital Dra. Liliana Ongaro y Lic. María José Férrea por la buena predisposición, dedicación y gentileza para con mi trabajo.

Por último, quiero agradecer a todas las personas que me acompañaron en éste proceso, que me facilitaron bibliografía, que leyeron el trabajo y me brindaron sus comentarios, opiniones y conocimiento. En especial, entre ellos, a mi familia y amigos por su incondicional y constante apoyo.

Índice

A- Introducción	7
B- Capítulos:	
Cap. 1 Planteo del Problema	8
I. Acerca de la Psicoprofilaxis Quirúrgica	8
II. Definiendo el Marco Teórico	9
III. Etapas del Desarrollo Infantil	10
Cap. 2 Metodología	16
I. Muestra	16
II. Instrumentos	16
III. Procedimiento	17
Cap. 3 Sistema de tabulación	18
I. Selección de las categorías	18
II. Cómo se componen las categorías	19
III. Confiabilidad de la Clasificación	21
Cap. 4 Presentación y Análisis de los Datos	21
I. Análisis de los resultados	21
II. Gráficos	24
C- Conclusión	25
D- Apéndice	27
Cuestionario a Padres	27
Inventario de Conductas Infantiles - Cuestionario para su evaluación	29
E- Bibliografía	30

Introducción

1- Planteo del Problema:

Toda intervención quirúrgica produce un impacto emocional desde el mismo momento en que se indica la operación. No sólo cuenta el estrés asociado a la presencia de una enfermedad, sino también la internación en un ambiente extraño, el conocimiento de los riesgos de la anestesia y la cirugía, más los peligros imaginados por el paciente y su familia. Todo ello configura una situación de estrés psicológico a la que cada individuo responde de manera particular. La experiencia de enfermedad y hospitalización crea en el niño la necesidad de comprensión y de adaptación y, consecuentemente, reacciona ante ellas.

La necesidad de preparación psicológica de los niños hospitalizados que tienen que ser sometidos a cirugía, ha sido asumida en la práctica clínica desde hace varias décadas. Debido a que, desconocer y/o desestimar los efectos de esta situación estresante, podría causar complicaciones perioperatorias en el niño, favorecer actitudes negativas hacia los médicos y los servicios de salud e influir en su evolución y su desarrollo psíquico y físico posterior.

Existen numerosas evidencias que documentan el serio impacto psicológico que la hospitalización y la cirugía pueden producir. Los estudios de Giacomantone y Mejía (1997), por ejemplo, han demostrado que una adaptación psicológica ineficaz frente al estrés pre-operatorio determina un riesgo quirúrgico adicional. Autores como Glocer (1971); Rinaldi y Goldberg (1969); además de los mencionados por Giacomantone y Mejía: Baudry y otros (1966); Rockwell y Rockwell (1979), han señalado que es conveniente la asistencia psicológica de los enfermos que van a ser operados, dado que el impacto emocional de las intervenciones quirúrgicas puede influir en la evolución pre y posoperatoria.

Por esto, resulta de suma importancia evaluar eficazmente cuáles son los efectos que produce esta situación estresante (la cirugía) y desarrollar intervenciones adecuadas con el objetivo de prevenir las alteraciones que pueda provocar la no elaboración del proceso quirúrgico. A medida que se van conociendo más y mejor las necesidades del niño hospitalizado y su modo particular de adaptación a la situación, se van perfeccionando los programas pre-quirúrgicos de preparación infantil.

2- Objetivos:

El presente trabajo tiene como principal objetivo hacer un aporte al campo de la prevención en cirugía infantil.

Fue llevado a cabo con la colaboración del Servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría Garrahan, en especial, con el apoyo de su equipo de psicoprofilaxis quirúrgica que me facilitó el acceso a esta población. Así fue posible estudiar la repercusión psicológica de la situación quirúrgica en los niños y sus manifestaciones conductuales según las distintas etapas del desarrollo.

Los **objetivos** primordiales del trabajo son:

- a- Describir el comportamiento de los niños frente a una situación estresante: la cirugía.
- b- Construir un sistema de tabulación de las diferentes conductas que permita:
 - Identificar su naturaleza
 - Comparar los diferentes comportamientos en función de la edad de los niños.
- c- En caso de que el comportamiento de los niños fuese diferente según sus etapas del desarrollo, analizar de qué manera son diferentes.
- d- Proponer alternativas para futuras investigaciones sobre el tema.

Esta es una investigación de campo descriptiva realizada con datos secundarios, que parte de la siguiente **hipótesis**:

“Las manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico de los niños de 3 a 7 años son significativamente distintas a las de los niños de 8 a 12 años”.

3- Importancia del Estudio:

Este trabajo se considera importante porque brinda a los profesionales que trabajan en el área una aproximación sistematizada a una forma específica de manifestación del estrés prequirúrgico en niños: su conducta. Al adquirir mayor conocimiento sobre ella, podrán seleccionar el modo de intervenir más efectivo y adecuado según el caso.

Por otro lado, esta clasificación y categorización, abre el camino a otras investigaciones que se propongan avanzar en este campo dado que propone un sistema de tabulación de los datos que permite ordenarlos, agruparlos y compararlos.

Otro aspecto importante a conocer en este estudio es si existen diferencias entre las conductas de los niños de 3 a 7 años (pre-operatorios) y las conductas de los niños de 8 a 12 años (operatorios concretos).

Ya es ampliamente aceptado en evaluación infantil la necesidad de tener en cuenta variables como la edad y el estadio evolutivo del niño porque condicionan no sólo la selección de los procedimientos y métodos de evaluación que se vayan a utilizar, si no también la misma consideración de una conducta como problema (Ollendick y Green, 1990). De modo que si podemos establecer y describir diferencias entre los dos grupos de niños, sería de utilidad para los profesionales que trabajan en el tema.

4- Limitaciones del Estudio:

Este trabajo fue realizado con datos secundarios, es decir que se utilizaron datos recogidos por otros profesionales de la salud mental. En este caso, se tomaron las entrevistas de admisión del Equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgica del Hospital Pediátrico Garrahan de los últimos dos años y medio. Estas entrevistas son realizadas por las terapeutas que integran el equipo.

Si bien la entrevista es pautada y se toma un cuestionario estandarizado, las preguntas son abiertas, lo que dificulta al control de variables como: el estilo personal del entrevistador y del entrevistado para registrar y responder las preguntas respectivamente. Esto también dificultó el análisis sistematizado de los datos porque cada padre nombra de manera particular la conducta que ve en su hijo/a y al unificar estas respuestas se corre el riesgo de desdibujar diferencias entre las respuestas.

Aun habiéndose tomado un muestreo exhaustivo de la población quirúrgica del Hospital Pediátrico Garrahan, es sabido que los resultados obtenidos corresponden al universo seleccionado y pueden no ser representativos de la población quirúrgica infantil en general.

5- Definición de Términos - Palabras Clave:

- * Psicoprofilaxis Quirúrgica: Procedimiento terapéutico cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica, y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y posoperatoria y la prevención de conflictos futuros (Glasserman, 1969).
- * Estrés prequirúrgico: El estrés es una respuesta del organismo ante estimulaciones que tienden a romper su homeostasis, las que pueden ser de origen ambiental, interno o ambas. Esta respuesta es de tipo sistémico e integra los niveles psicológico, neurológico y endocrino. El carácter estresante de un estímulo no lo da el estímulo como tal, sino la significación atribuida a dicho estímulo por el sujeto, unido a experiencias previas, grado de control sobre el ambiente, etc. (Alvarez González 1987).
El período prequirúrgico es el tiempo que transcurre entre el instante en que el paciente conoce la indicación de cirugía y el momento que se realiza la operación.
- * Manifestaciones Conductuales: Signos del comportamiento registrables a través de la observación directa (no tienen que ser inferidos). Comprende tanto las respuestas motoras externas (lo que el sujeto hace, dice, etc.), como también las fisiológicas (tasa cardíaca, tensión muscular, etc.) y cognitivas (pensamientos, sentimientos, etc.). Lo conductual o comportamental se refiere a la actividad del organismo observable y mensurable. (R. Fernández Ballesteros, J.A.I. Carrobes 1988).
- * Etapas del Desarrollo: Período en la vida de un individuo, caracterizado típicamente por un agrupamiento específico de rasgos. Las diferencias individuales determinan que la edad cronológica de esas etapas sea variable, y la asociación de algunos rasgos con un determinado período es demostrable sólo parcialmente. (L. C. Béla Székely).

Capítulo 1: “Planteo del problema”

I. Acerca de la psicoprofilaxis quirúrgica

El paciente pediátrico posee necesidades muy distintas a las de los adultos. Para el niño, la experiencia hospitalaria es generadora de gran ansiedad, angustia y sufrimiento. Su inmadurez y su limitada capacidad de adaptación a gran número de factores del ambiente hospitalario y la situación quirúrgica, lo pone en franca desventaja frente al paciente adulto. Algunos de los factores que hacen del hospital un lugar potencialmente estresante para el niño son:

- La separación del niño de sus padres y hermanos.
- Las fantasías sobre oscuridad, monstruos y animales salvajes que, si bien no son propias del hospital, surgen en los niños por encontrarse en una situación desconocida.
- El aislamiento.
- El dolor y otras complicaciones de la cirugía.
- Procedimientos médicos estresantes (especialmente tratamientos muy dolorosos o invasivos).
 - El miedo a quedar discapacitado o a morir.

La consideración de estos factores llevó a que la situación de los niños hospitalizados cambiara drásticamente. Principalmente, porque dejaron de ser tratados como “adultos pequeños” y comenzaron a atenderse sus necesidades particulares: se permite a los padres permanecer junto a sus hijos, se flexibilizaron los horarios de visita, se abrieron espacios de juego y esparcimiento para los niños internados, se les permite traer sus juguetes, walkman, etc.

Ya en 1959, la Organización de las Naciones Unidas proclamó los “Derechos del niño hospitalizado”, enfatizando que su falta de madurez física e intelectual hace indispensable un cuidado adecuado pensado especialmente para él. Algunos de éstos derechos son:

- 1- A no sufrir hospitalizaciones evitables o innecesariamente prolongadas.
- 2- A estar en compañía de alguno de sus padres durante la internación.
- 3- A que se calme su dolor.
- 4- A que sus padres participen activa e informadamente en sus cuidados.
- 5- A recibir explicación de los cuidados que se le van a dar.
- 6- A tener información sobre el pronóstico de su enfermedad.

Esto, junto con las múltiples investigaciones que dan cuenta del impacto psicológico de la hospitalización, la cirugía y su eventual influencia en la evolución pre y posoperatoria (entre las que se destacan las de Jarast, 1964; Goldberg y Rinaldi, 1973; Rinaldi, 1978; Giacomantone y Mejía 1999; entre otras) impulsó el diseño de *Programas de Asistencia Psicológica* para preparar a los niños que serán operados.

Estos programas varían de acuerdo a si se concentran en (i) la preparación general del niño y su familia a la hospitalización, (ii) la preparación para un procedimiento médico específico (por ejemplo: la cirugía), (iii) la preparación en enfermedades crónicas severas (por ejemplo: cáncer) y para tratamientos específicos de dichas enfermedades (por ejemplo: quimioterapia).

En general, incluyen los siguientes componentes:

- a- *Proporcionar información al niño*: debe ser veraz, completa, clara, gradual y acorde al nivel de comprensión del niño. Es muy importante la honestidad, no mentir.
El punto no es tanto “decir” sino más bien, cuándo se dice, porqué se dice y quién lo dice (Bluebond - Langer 1989).
- b- *Estimular la expresión emocional*: mediante el juego, la interpretación psicodinámica, la inversión de roles, etc.
- c- *Establecer relaciones de confianza entre el niño, el personal y el ambiente hospitalario*: pueden realizarse visitas a las distintas salas del hospital, mostrarse videos, y/o tener entrevistas con los cirujanos, anestesiastas, etc.
- d- *Proporcionar información a padres*: aclarar dudas y fantasías, mantener buena comunicación. Pueden prepararse folletos informativos, videos, etc.
- e- *Proporcionar estrategias de afrontamiento adecuadas al niño y a los padres*: para contrarrestar el miedo, el estrés y la ansiedad ante la cirugía y para que se produzca una mejor adaptación a la situación.

El objetivo principal de la preparación es que el paciente comprenda cómo será la intervención, qué le ocurrirá antes y después de la cirugía y principalmente, que viva la operación como un hecho que lo llevará a un mejor estado de salud (a veces el niño experimenta los dolores como un ataque, se siente agredido y en peligro) y logre estar relativamente tranquilo.

Así, desarrollando Programas de Asistencia Psicológica en los hospitales, favorecemos que el mismo medio que genera el estrés facilite los aportes necesarios para superar dichas situaciones estresantes.

II. Definiendo el Marco Teórico

Existe numerosa bibliografía y estudios que abordan el tema de la psicoprofilaxis quirúrgica infantil desde una perspectiva psicodinámica.

El hecho de que los niños tengan menor capacidad de simbolización verbal y de comprensión que los adultos, llevó a los profesionales a utilizar técnicas como el juego y el análisis de dibujos como medios a través de los cuales los niños expresan sus ansiedades y fantasías relacionadas con la operación.

Hay, según Giacomantone y Mejía (1999), varios autores argentinos que han desarrollado técnicas de psicoprofilaxis quirúrgica sobre técnicas psicoanalíticas para niños, por ejemplo: Glasserman, 1969; Merea, 1981; Vázquez y Marcovich, 1993; entre otros, utilizan una caja de juegos y el cambio de roles como principales técnicas de trabajo con los niños. En este grupo también pueden incluirse los trabajos de Rinaldi y Goldberg, 1969. Arminda Aberastury (1996), en su libro “El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones”, desarrolla su técnica de preparación psicoterapéutica en cirugía (cap. 2), en la que utiliza principalmente el dibujo. En ese mismo libro, Goldberg y Rinaldi (cap. 3y4) presentan sus experiencias de trabajo con un grupo de patologías específicas: las cardiovasculares congénitas.

Debido a la gran cantidad de trabajos y al amplio desarrollo del tema desde esta perspectiva, y al tipo de datos a los que tuve acceso en el Hospital de Pediatría Garrahan; el presente trabajo intenta focalizar el estudio desde otra perspectiva teórica: la cognitivo-conductual.

Por lo tanto, la unidad de análisis a evaluar es **la conducta** de los sujetos. Es importante aclarar que en la “evaluación conductual” son tenidas en cuenta tanto las *conductas motoras externas* como las *internas*, también llamadas cognitivas y las *respuestas psicofisiológicas*. Se entiende por respuestas motoras aquellas actividades objetivamente observables (lo que el sujeto hace o dice). Entre las conductas internas (o modalidad cognitiva de respuesta) se ubican los pensamientos, sentimientos, expectativas del sujeto, cómo percibe el sujeto su ambiente, sus creencias, entre otras. Las respuestas psicofisiológicas son aquellas actividades del sistema nervioso autónomo (como la tasa cardíaca, la tensión muscular, etc.) que pueden ser amplificadas y examinadas objetivamente a través de aparatos, gracias a los desarrollos de la instrumentación.

A diferencia de la “evaluación psicodinámica”, no se buscará inferir de la conducta atributos internos de los sujetos que puedan explicar las respuestas obtenidas si no que las respuestas serán más bien entendidas como una muestra de lo que el sujeto hace en circunstancias de ese tipo. Según R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobles (1988):

“... En la evaluación tradicional¹ las respuestas de los sujetos son signos de la existencia de una característica psicológica, dinámica subyacente en el sujeto. En evaluación conductual², la respuesta de un sujeto supone una muestra de los que ejecutará el sujeto en el vida real (...) Las respuestas de un individuo en evaluación tradicional son interpretadas como indicadores o signos de la existencia de una disposición o atributo interno estable a través del tiempo y generalizable a otras situaciones (...) Por el contrario, desde la evaluación conductual, las respuestas de un sujeto son consideradas como una muestra de una determinada clase de conducta que se produce en función de unos estímulos ambientales que provocan y mantienen tales respuestas (...) y son consideradas como capacidad de respuesta que se encuentra en el repertorio de conducta de un sujeto.”

Es decir que, se tomará la conducta de los niños frente a la cirugía sin inferir de ella mecanismos de defensa o rasgos de personalidad. Se considerará la conducta como simple muestra o ejemplo y no como un signo de un rasgo subyacente en el sujeto. Este trabajo, entonces, intenta ofrecer una primera aproximación a las manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en niños, clasificando las distintas **conductas** que presenten los niños pero no clasificando los niños.

Considerando a “la situación quirúrgica” como un estímulo de la modificación de la conducta, se busca describir cuáles son las modificaciones más comunes y compararlas según distintas etapas del desarrollo infantil. Las variables evolutivas implicadas en el desarrollo infantil resultan importantes porque pueden afectar la consideración misma de una conducta como problemática o no y la necesidad de intervención terapéutica o no. Así como también qué resultará más efectivo en cada momento.

Desarrollar un sistema de clasificación de las manifestaciones conductuales permite discriminarlas de un universo de conductas, ordenarlas y cuantificarlas para poder compararlas. Se espera que este trabajo pueda aportar a los terapeutas una herramienta más para seleccionar el tratamiento más adecuado para cada niño e implementar técnicas específicas de acuerdo a cada caso.

III. Etapas del Desarrollo Infantil

En niños, las variables relacionadas con la edad (variables evolutivas) afectan no sólo a la selección de los procedimientos y métodos de evaluación que se van a emplear, si no también a la misma consideración de una conducta como problema (Ollendick y Green 1990). Las variables de crecimiento y desarrollo durante la infancia (y también la adolescencia) impulsan variaciones comportamentales que, por su intensidad y velocidad, deben ser tenidas especialmente en consideración. Por lo tanto, la edad y el estadio evolutivo del niño deben tenerse en cuenta tanto para el diagnóstico como para el pronóstico y el tratamiento.

Estudios de Veldtman, G. R.; Matley, S. L.; et. al. (2000) han demostrado que una comprensión adecuada de la enfermedad en pacientes de cualquier edad está asociada con:

(1) Fernández Ballesteros y Carrobles incluyen en éste término “evaluación tradicional” test psicométricos y/o proyectivos a través de los cuales puede llegarse a describir, clasificar y en el caso más extremo, explicar la conducta de un ser humano en base al análisis de su estructura de personalidad en la que se articulan *construcciones internas* (necesidades, defensas, rasgos, etc.) subyacentes en el sujeto, inobservables y que le predisponen a la acción.

(2) Estos mismos autores consideran “evaluación conductual”, aquel modelo que pretende el análisis objetivo de los comportamientos relevantes de un sujeto (comprendiendo tanto respuestas motoras como fisiológicas y cognitivas) así como la detección de las variables tanto personales como ambientales, que provocan o mantienen tales comportamientos.

- Menor distress.
- Menor confusión.
- Mayor satisfacción con los cuidados médicos.
- Mayor compromiso en el cumplimiento de los tratamientos.

Por otro lado, la falta de información y/o comprensión llevan a una sensación general de confusión, ansiedad y falta de control.

Ahora bien, cada momento evolutivo determina un nivel de comprensión distinto que debe ser considerado para llevar a cabo adecuadamente el acompañamiento y la contención. Estudios como el de Beales, Holt, Keem y Mellos (1983), demuestran diferencias en las explicaciones que los niños pueden dar sobre la "enfermedad", según sus edades. Los niños más pequeños ofrecen explicaciones muy simples, sencillas, mientras que los niños más grandes, ante preguntas como: "¿Qué es estar enfermo?, ¿Cómo te das cuenta si alguien esta enfermo?" ofrecen descripciones más organizadas, completas y detalladas.

"La psicología del desarrollo se interesa particularmente por los mecanismos de progreso del comportamiento y del conocimiento, porque estudia los cambios que intervienen en la organización y el funcionamiento de las conductas afectivas, motrices e intelectuales" (L. Vera, J. Leveau 1991).

J. Piaget (1969) ha intentado describir y comprender el funcionamiento cognitivo del niño y las diferentes etapas de su desarrollo. Su teoría proporciona un marco de referencia que permite pronosticar el modo y el grado de comprensión de un individuo en todo el curso de su desarrollo. Basándonos en sus estudios (del desarrollo cognitivo), tomamos dos de los momentos evolutivos que él desarrolla para realizar un análisis comparativo:

- Preoperatorio (3 a 7 años)
- Operatorio Concreto (8 a 12 años)

La hipótesis de la que parte este estudio, sostiene que dado que estos grupos de niños poseen distinta capacidad de comprensión y elaboración, y se encuentran en distintos momentos del desarrollo, reaccionarán de diferente manera ante la cirugía. Es importante aclarar que la edad cronológica es utilizada como una guía general pero no debe entenderse como un criterio riguroso para juzgar los niveles de progreso y desarrollo de un niño.

Repasaremos brevemente las características principales de estos períodos de desarrollo del pensamiento, enfatizando en las ideas del niño en relación a la enfermedad y la muerte; temas centrales de este trabajo. Según J. Piaget, el desarrollo cognitivo del niño puede dividirse en cuatro grandes períodos:

- a- Sensorio-motor (0 a 2 años)
- b- Preoperatorio (2 a 7 años)
- c- Operatorio Concreto (8 a 12 años)
- d- Operatorio Formal o Abstracto (12 años en adelante)

Cada uno de éstos tiene su génesis en el período anterior y a su vez se constituirá en génesis del siguiente. Esta integración de estructuras sucesivas cumple los siguientes criterios:

- su orden de sucesión es constante
- son integrativas: no se sustituyen unas a otras sino que cada una resulta de la precedente y prepara para la posterior.

Características principales del pensamiento infantil en cada período*:

Período Sensorio-Motor

- Comprende desde los 0 hasta los 2 años aproximadamente.
- En esta etapa no puede comunicarse verbalmente, depende de que el adulto lo cuide e interprete sus necesidades. Carece de función simbólica.
- Las primeras formas de inteligencia en el desarrollo humano, según Piaget, estarían dadas por la inteligencia práctica, empírica, pre-verbal, propias de este período en el que se da una *inteligencia en acción*: en acciones exteriores sobre el campo perceptual del niño.
- En el período sensorio-motor lo que el niño no ve, no existe, pues no tiene aún la posibilidad de representación mental, de evocar objetos ausentes por medio de la imagen mental.

(*) **NOTA:** Se desarrollarán con mayor detalle sólo los períodos comprendidos en este estudio. Los otros sólo se describirán brevemente.

Período Preoperatorio

- Comprende desde los 2 hasta los 7 años aproximadamente. Período preescolar y primer y segundo grado de la escuela primaria.
- Son capaces de usar símbolos como el lenguaje o representaciones mentales, es decir, son capaces de interiorizar y de evocar objetos ausentes mediante objetos presentes. Con la capacidad de representación, el niño pasa “de la manipulación de objetos a la manipulación de ideas”. La función semiótica o simbólica hace posible la aparición del lenguaje y del pensamiento.
- Pueden ver sólo un aspecto del fenómeno por vez, no pueden generalizar de una experiencia de observación a otra similar. Por ejemplo: “Está enfermo porque le duele la panza” y no todo dolor de panza implica que está enfermo.
- El pensamiento en este período es *mágico-fenomenológico*, es decir, que para el niño cualquier cosa puede producir cualquier otra. El niño a esta edad todavía no puede estructurar mucho las relaciones causales.
- Otras características del pensamiento infantil de este período son:
 - El *animismo*: para el niño todo tiene vida e intencionalidad y siente como él. Por eso puede decirle a una mesa “mala” después de haberse golpeado con ella.
 - Es egocéntrico: está centrado en sí mismo, en su punto de vista y en su experiencia anterior. No tiene posibilidad de ponerse en el lugar del otro.
 - Es intuitivo: se basa en las leyes de percepción, excluye cualquier tipo de análisis y razonamiento. Se centra en un atributo perceptivo del objeto y deja de lado otros.

Período Operatorio Concreto

- Comprende desde los 8 hasta los 12 años aproximadamente. Abarca de 3º a 7º grado de la escuela primaria.
- El logro mayor de esta etapa es la clara diferenciación entre él y los otros, el poder distinguir los fenómenos internos de los externos a pesar de que aún se focaliza en estos últimos.
- El niño se vuelve menos egocéntrico y es capaz de entender los fenómenos desde varios puntos de vista, siempre que estos fenómenos los vea en el mundo real (que sean concretos) y no se trate de construcciones hipotéticas.
- Focaliza menos en partes, pudiendo especificar relaciones entre eventos y objetos. Puede clasificarlos en categorías y entender sus transformaciones. Hay inclusión de los elementos en un todo. Estos logros le permiten reconocer la relatividad y la multiplicidad de las relaciones causa-efecto y conceptualizar su reversibilidad.
- Usan la lógica elemental para resolver problemas.

Período Operatorio Formal

- Comprende desde los 12 años en adelante.
- Pueden trascender las experiencias concretas del “aquí y ahora”, liberarse de lo concreto y comienzan a pensar en forma abstracta o a imaginar alternativas posibles frente a determinados fenómenos o situaciones.
- En este período los chicos ya piensan hipotéticamente, siendo capaces de llenar los “agujeros” de sus conocimientos con generalizaciones de experiencias concretas previas. En el niño de pensamiento concreto lo posible está subordinado a lo real. En cambio, como resultado de la separación del pensamiento con relación a los objetos, el adolescente puede tener en cuenta no sólo los datos reales si no que también puede imaginar una serie de situaciones y relaciones posibles. Así, en el pensamiento formal, *lo real está subordinado a lo posible*.
- El pensamiento adquiere carácter hipotético deductivo. Formula un conjunto de explicaciones posibles para después someterlas a verificación empírica.

Nos centraremos ahora en las ideas respecto de la enfermedad y la muerte en los niños de 3 a 7 años y de 8 a 12 años, que constituyen la población para esta investigación. Tomando la descripción de las Lic. Medín y Dussell en su texto “Ideas del niño en relación a la enfermedad y la muerte” (1996), comentaremos también algunas de sus sugerencias para el trabajo de estos temas con los niños.

Período Preoperatorio (3 a 7 años)

- Ideas respecto de la enfermedad:

Sabe los nombres de las distintas partes del cuerpo. A menudo sabe la localización del corazón y el estómago. El interior del cuerpo es desconocido. Puede localizar e identificar verbalmente su dolor.

En relación a la enfermedad, la define a partir de signos externos tales como: tenés que quedarte en cama.

Cree que está enfermo a causa de una acción concreta que hizo o dejó de hacer, tomándola como castigo hacia sí mismo. De la misma manera, al focalizar en sólo un aspecto de las experiencias o los objetos sin referencia al todo, no pueden entender procesos y mecanismos, y piensa recobrase de su enfermedad automáticamente o adhiriendo rígidamente a las reglas que le indiquen. Hacia el final de este período comienza a pensar que la misma es causada por eventos externos.

- Ideas respecto de la muerte:

La muerte es experimentada como separación y ausencia de movilidad. Nota que las cosas muertas desaparecen. Piensa que la muerte es temporaria, causada por factores externos y que es posible de revertir y/o evitar.

Frecuentemente piensa a la muerte como resultado de agresión o asesinato y cree que la gente muerta come, respira y se mueve.

Los niños, en esta etapa, pueden sentirse responsables por la muerte de otros.

- Para enseñar sobre su enfermedad:

Es muy útil usar esquemas corporales, muñecos y otros medios audiovisuales. Los niños mayores de cinco años pueden comprender conceptos básicos de anatomía y fisiología mediante dibujos del interior del cuerpo, por ejemplo. También es muy útil jugar con todo el equipamiento médico, (cofia, guantes, barbijo, etc.) haciendo dramatizaciones de los distintos pasos de la cirugía.

Si el niño adquiere mayor conocimiento de lo que le pasa, aumenta su orgullo personal y su seguridad. En este grupo, es especialmente importante reasegurar que “nadie tiene la culpa” de lo que sucede.

Período Operatorio Concreto (8 a 12 años)

- Ideas respecto de la enfermedad:

En cuanto al cuerpo, conoce la localización de algunos órganos internos, empieza a correlacionar funciones con órganos específicos.

Define la enfermedad por un conjunto de síntomas concretos, que es atribuible primariamente a gérmenes que tienen un predeterminado, poderoso y casi mágico efecto en sus cuerpos. Cree que la enfermedad puede ser prevenida simplemente evitando estos gérmenes, por ejemplo: “no estar cerca de gente enferma”.

Un chico típico de este período espera recobrase de su enfermedad como resultado de cuidarse y permitiendo que los remedios y todo lo que el doctor diga actúen sobre él/ella. Es probable que tenga una actitud pasiva mirando las cosas que suceden en su cuerpo en tanto producen o curen la enfermedad, con un entendimiento limitado del rol del cuerpo en el proceso de curación.

- Ideas respecto de la muerte:

Comprende mejor el concepto de muerte. Comprende las limitaciones físicas de la muerte y refiere causas lógicas y/o biológicas de la misma, por ejemplo: “no vivir es no tener pulso y no poder respirar”. Mantiene aún pensamientos mágicos acerca de la muerte, puede percibirla como un espíritu o un ángel.

Adquiere la noción de que puede morir pero lo negará ante la confrontación, supone que la muerte es selectiva y sólo los ancianos pueden morir. Hacia el final de este período, comienza a aceptar que tanto él como sus seres queridos inevitablemente morirán algún día.

- Para explicar:

En esta etapa, los niños buscan mucho el reconocimiento de los pares. Comienzan las amistades y la socialización, por lo que es fundamental promover, en la medida de sus posibilidades, rutinas sociales, habilidades artísticas, oportunidades para hacerse amigos.

Pueden utilizarse esquemas corporales para anatomía, fisiología y apariencia externa. También es bueno enseñarle al niño palabras médicas para nombrar las partes del cuerpo, siempre atendiendo de qué manera las nombra él/ella. Enseñarles es más fácil ya que verbalizan más, comprenden más causa/efecto y tienen una orientación científica.

Es importante aclarar al paciente que el resto de su cuerpo no está enfermo. Pueden tener conceptos erróneos que habrá que corregir. Es saludable discutir el tema, hablar frontalmente y reforzar la confianza del niño en el equipo de salud.

El desarrollo desde otras perspectivas teóricas:

Existen diferentes teorías y diferentes autores que estudian el tema del desarrollo en los niños. Cada una se ocupa de enfoques distintos, pero todas contribuyen en algo a la comprensión del individuo como un todo.

Comentaremos a continuación, la mirada de diferentes autores: (i) **Sears**, R. (ii) **Gesell**, A. y (iii) **Wallon**, H. sobre esta etapa de la vida de los niños que va de los 3 a los 12 años de edad (período en el que se centra esta investigación). La intención de la autora no es desarrollar en profundidad ni teóricamente los aportes de estos autores ya que dicho trabajo excede los objetivos de esta investigación. Simplemente, tomaremos algunos aspectos de sus trabajos para brindar un marco más completo para comprender lo que sucede en esta etapa de la vida de los niños.

(i) **Robert Sears** (1969) considera el desarrollo del niño como una cadena continua de hechos que se suman a las adquisiciones anteriores y en parte las reemplazan, como si el niño renunciara a modos de conducta que ya no son apropiados y adquiriera nuevas formas de acción adecuadas a su edad y condiciones de vida.

En su libro "Tres teorías sobre el desarrollo del niño", **Henry Maier** (1969) expone la concepción de Sears en tres fases del desarrollo:

- 1- La fase de la conducta rudimentaria, que se funda en las necesidades innatas y en el aprendizaje propio de la infancia temprana (comprende los primeros meses de vida del niño: 10 a 16 meses aproximadamente).
- 2- La fase de los sistemas motivacionales secundarios basados en el aprendizaje centrado en la familia (comprende la niñez temprana: entre la segunda mitad del segundo año de vida y la edad en que el niño ingresa a la escuela).
- 3- La fase de los sistemas motivacionales secundarios basados en el aprendizaje extrafamiliar (comprende aproximadamente el período que va desde el comienzo de la escolaridad (5 o 6 años) hasta el comienzo de la pubertad).

Comentaremos sólo la segunda y tercer fase porque coinciden con el período de edades tomado para este estudio.

* Fase 2: (2½ a 5/6 años)

Durante esta fase se inicia la socialización del niño, los aspectos de la vida indisciplinada del infante comienzan a someterse a los rigores de la educación impartida, en principio, por los progenitores. El niño cobra conciencia de que su felicidad personal depende de su disposición a actuar como se espera que lo haga, y con el tiempo tiende a incorporar los actos que le procuran satisfacción y que complacen a sus padres. La socialización implica aprender a comunicarse con otros (sobre todo a relacionarse verbalmente).

A medida que el niño crece, la madre contempla la excesiva dependencia emocional como una forma de conducta que debe cambiar porque tiene, en cierto punto, carácter infantil. Entonces, es preciso desecharla en favor de formas más maduras de expresión de afecto. *"El fin último del proceso de socialización, en lo que atañe a la dependencia, es que el niño quiera a la madre y no que se adhiera a ella... El niño aprende lentamente a gratificar su impulso de dependencia ejecutando actos que antes esperaba y exigía de su madre."* (Maier, pág. 188). En general, la dependencia disminuye con la edad, a medida que el chico aprende a apoyarse en un creciente número de adultos y, con el tiempo, en sus pares.

Según Sears, la agresividad es parte de la socialización. Primero, la agresión aparece como un resultado de la frustración inherente al proceso de crecimiento. El niño aprende que su agresión provoca incomodidad en otros y que suscita respuestas tendientes a reducir esa incomodidad. Así, el niño aprende que con actos agresivos puede lograr la satisfacción de sus necesidades. El manejo de la agresión se vincula con el desarrollo de criterios y valores en el niño; éste aprende cuándo, cuánto y qué modos de agresión serán tolerados en diferentes áreas de su vida.

Alrededor de los dos años, el niño comienza a adquirir cada vez más control sobre sus impulsos.

* Fase 3: (6 a 11 años aproximadamente)

Cuando el niño pequeño se encuentra en condiciones de asistir a la escuela, está preparado para absorber elementos de un mundo que excede el ámbito de su familia. El medio social adquiere ahora una participación más importante en la socialización del niño.

Aproximadamente a la edad de 5 años, la dependencia del niño se reduce a áreas específicas de la vida familiar (por ejemplo: alimentarse, aunque ahora no lo alimentan con cuchara). La base de la dependencia va ampliándose, porque si antes se apoyaba en una persona, en este momento lo hace en más. Generalmente, el maestro se convierte en uno de estos nuevos recursos de dependencia. El grado en que el niño depende de su familia varía tanto en modo como en intensidad, y gradualmente va dependiendo más de su grupo de pares.

A medida que el niño abandona los límites de su hogar, el nuevo y más amplio ambiente le ayuda a obtener ciertos valores (personales, sociales, religiosos).

(ii) Los trabajos de **Arnold Gesell** (1953) en los Estados Unidos han influido mucho en la psicología infantil. Gesell y su equipo realizaron una descripción minuciosa de las secuencias del desarrollo psicológico. Por medio de la observación llegaron a elaborar un “perfil de comportamiento” para las distintas edades, una especie de inventarios del comportamiento de cada edad (de 0 a 10 años).

P. A. Osterrieth (1979) en el libro “Los estadios en la psicología del niño”, comenta que, las descripciones de Gesell sobre las características de los niños alrededor de los 2 años y medio y hasta los 6 (aproximadamente) se podrían agrupar en un estadio donde:

“El dominio motor y la gracia del movimiento, la frondosidad verbal y la estructuración del universo por el lenguaje, (...) y, finalmente, un esbozo de cooperación social, es lo que dominaría este estadio.”

El niño se introduce en el campo verbal, comenta, plantea preguntas. Su mundo se extiende, el niño se informa y establece más relaciones. De todas maneras, las reacciones afectivas se expresan, sobre todo, por la motricidad. Surgen grandes progresos en el pensamiento, puede comprender una argumentación simple pero la acción está antes que la reflexión. El niño está bien integrado en el grupo familiar aunque sigue muy ligado a la madre.

Hacia los 6 años, con el comienzo de la escolarización y hasta los 10 años (edad en que se detienen las observaciones de Gesell) puede describirse otro estadio; cuyas principales características según P.A. Osterrieth (1979) serían:

“La afirmación, la expresión y la profundización del yo, la superación del cuadro familiar y el valor y la importancia crecientes dados a los demás.”

Durante estos años el niño es activo y enérgico, está inclinado a valorizarse y a superarse continuamente. Las reacciones afectivas se expresan aún por la motricidad pero la reflexión comienza a preceder la acción. El pensamiento está orientado hacia lo concreto.

Hacia el final de este período comienza un momento en que el individuo ya no es un niño, pero tampoco es aún un adolescente (10/11 años). Aquí comienza a aparecer la individualidad, la autodeterminación y la iniciativa. El niño se vuelve capaz de organizar y planear su actividad. En general, padres y adultos pierden mucho su prestigio y autoridad y son, de alguna manera, relativizados. Establece relaciones de igual a igual con sus pares, es la edad de los clubes y de los grupos, con el desarrollo moral y social que de ellos se desprende: sentido de la lealtad y de la responsabilidad.

Esta es, a grandes rasgos, y tratando de agruparla por etapas, la evolución descrita por Gesell para los niños de este período.

(iii) El pensamiento de **Henri Wallon** (1959) toma como directriz la idea de que el hombre, desde el punto de vista biológico, es un ser necesariamente social. La prematuridad del niño en su nacimiento lo introduce completamente en una red relacional que le asegura su supervivencia. Entonces, Wallon, describe las etapas de la vida del niño en torno a las modalidades de relación con los otros.

Comentaremos sólo aquellas etapas que coinciden, en edad cronológica, con las edades de los niños analizadas en esta investigación.

A partir de los 3 años, el niño comienza el camino de independencia y enriquecimiento del yo. En el empleo más adecuado de los pronombres, por ejemplo, se observa la conciencia que va adquiriendo de sí mismo: ya no habla de sí mismo en tercera persona, el “yo” y el “mi” adquieren en adelante todo su sentido. De todas maneras, de los 3 a los 5 años, el niño aún permanece profundamente inserto en su medio familiar. Sus relaciones con los suyos, el lugar que ocupa entre sus hermanos y hermanas forman parte de su propia identidad personal.

En el estadio siguiente, que va de los 6 a los 11 años aproximadamente, el comienzo de la escuela va dando lugar a las diferenciaciones. Las relaciones, exigidas por la camaradería y por la disciplina, son mucho más variables que en la familia. Aprenderá a conocerse, ajustando su conducta a distintas circunstancias. Progresivamente va identificándose, diferenciándose y adquiriendo un conocimiento más preciso y completo de sí mismo.

Capítulo 2: Metodología

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital de Pediatría Profesor Dr. Juan P. Garrahan, ubicado en Combate de los Pozos 1881, Buenos Aires, Argentina.

I. Muestra

Para configurar la muestra de este trabajo se tomaron todos los niños que asistieron al Servicio de Salud Mental del Hospital Garrahan durante los años 1999, 2000 y hasta mayo del 2001. Se incluyeron niños de ambos sexos que cumplieran con las siguientes características:

- 1- Que tuvieran entre 3 y 12 años.
- 2- Que no hubiesen tenido experiencias quirúrgicas anteriores.
- 3- Que no hubiesen tenido internaciones hospitalarias (en ésta u otra institución) anteriores.
- 4- Que no hubiesen sufrido cambios familiares importantes durante el último año (por ejemplo: mudanzas, separación de los padres, nacimiento de un hermanito, etc.)
- 5- Que no estuviesen atravesando una situación de duelo reciente (muerte de un ser significativo en el último año, por ejemplo).
- 6- Que hubiesen recibido información de la cirugía,
- 7- Que hubiesen asistido al servicio de psicoprofilaxis quirúrgica del hospital de una a tres semanas antes de la cirugía.

De esta manera, con los criterios 2, 3, 4 y 5, se buscaba eliminar otras variables que pudiesen dar cuenta de las modificaciones conductuales de los niños. Por ejemplo: buenas o malas experiencias quirúrgicas anteriores condicionarían la reacción de los niños. Montoya (1981) concluyó que los temores y fantasías preoperatorias, no están solo vinculadas a la realidad objetiva de la intervención que tendrá lugar, sino que suelen estar determinados también por las características de personalidad de cada paciente y *por sus experiencias sobre lo sucedido en operaciones anteriores* propias o de familiares o conocidos.

Con estos criterios, también se eliminaron de la muestra niños con patologías congénitas como las cardiovasculares dado que estas enfermedades, en general, implican largas internaciones hospitalarias desde muy pequeños.

Se consideró sólo los niños que asistieran al servicio de una a tres semanas antes de la cirugía porque menos de una semana es poco tiempo para realizar la entrevista y para que los padres hayan podido registrar modificaciones en el niño; más de tres semanas ubica la cirugía demasiado lejos del alcance cognitivo de los niños como para sentirla como un estresor.

De esta manera se unificaron las condiciones en las que los niños llegaban a la entrevista.

La gran cantidad de criterios de inclusión y exclusión disminuyó el número de la muestra a un total de 105 casos. Se dividió a los sujetos en dos grupos según su edad:

- Pre-operatorios (3 a 7 años)
- Operatorios concretos (8 a 12 años)

Sólo 40 casos del total pertenecían al grupo de niños de 8 a 12 años, los restantes 65 pertenecían al grupo de 3 a 7 años. Esta diferencia es comprensible considerando las exigencias de selección de la muestra, porque a medida que aumenta la cantidad de años de los niños, aumentan también las probabilidades de cirugías e internaciones anteriores (situación que eliminó de la muestra muchos casos). Por lo tanto, se resolvió tomar al azar 40 de los 65 casos del primer grupo para poder compararlos.

Del total de los niños que participaron de la investigación, el 61% eran varones y el 39% restante, mujeres. El 78,5% de éstos niños poseían un nivel de educación acorde a su edad, el 18% estaba por debajo de ese nivel y del 3,5% restante no se obtuvieron datos.

II. Instrumentos

La recolección de los datos se realizó a partir del cuestionario de admisión que el equipo de psicoprofilaxis quirúrgica del Hospital Garrahan realiza a con los padres y a los niños unas semanas antes de la cirugía (Ver Apéndice A para cuestionario completo, página 57).

Dicho cuestionario brinda la siguiente información:

- Datos Personales.
- Cirugía a la que será sometido.
- Cirugías y/o internaciones anteriores.
- Cambios en la alimentación, el sueño y/o la conducta del niño desde la información de la operación.
- Cambios significativos en el último año en la familia (mudanzas, nacimiento de un hermanito, separación de los padres, etc.).
- Pérdida de un ser significativo en el último tiempo.

Por cuestiones legales, no podía tener contacto directo con los pacientes ni intervenir en el circuito de trabajo ya establecido, por ello se recurrió a los archivos de las entrevistas de los últimos años y se diseñó la investigación en función de los datos que los terapeutas ya habían recolectado con esta herramienta.

La mayor dificultad que presenta esta herramienta es que, si bien está estandarizada, son preguntas abiertas, por lo que podemos obtener para la misma pregunta infinidad de respuestas. Ésta es otra de las razones por las que se buscó limpiar la muestra lo mejor posible de otras variables intervinientes y se concentró la investigación en un aspecto bien específico: las modificaciones en la conducta de los niños a partir de la indicación de la cirugía.

III. Procedimiento:

El circuito de prevención del Hospital Garrahan comienza en el mismo momento en que se da el diagnóstico y el cirujano anuncia al niño y a su familia la operación que debe realizar. Para poder ayudar al trabajo psíquico que comienza a partir de la información de la cirugía, se elaboró en el equipo de psicoprofilaxis quirúrgica el libro "Me voy a operar". El mismo, es entregado en la consulta, y es en blanco y negro, de modo que el niño pueda pintarlo y dibujar, responder las preguntas que allí figuran, anotar junto a su familia las dudas o preguntas que va a realizar al equipo tratante, etc. Consta de cuatro dibujos de la figura humana (varón, nena, de frente y de espalda) donde el cirujano marca en qué lugar del cuerpo será intervenido. El objetivo es que el paciente pueda utilizar el libro junto a su familia, permitiendo en forma gradual la elaboración de lo que debe transitar. Este libro cuenta la historia de "Nicolás", un niño de siete años que debe ser operado de "hernia" y va describiendo los distintos pasos de su cirugía: estudios que debe hacerse (análisis de sangre, electrocardiograma, etc.), la anestesia, el reposo, el alta, etc.

Posteriormente, el paciente es enviado a la "Sala de Juegos", donde las terapeutas del equipo de prevención realizan la entrevista a los padres y al niño, la misma que se utilizó en ésta investigación. Se evalúan manifestaciones psicológicas que puedan aparecer a partir de la información recibida y que puedan actuar como obstáculo. Entre ellas se incluyen los cambios en la conducta, que es el ítem que analizaremos en el trabajo.

Como mencionamos anteriormente, esta entrevista también recoge datos que hacen a la historia familiar e individual (enfermedades y/o cirugías anteriores, duelos, pérdidas, modificaciones en la dinámica familiar, etc.) y que pueden influir en las condiciones en las que ese niño arriba a la operación. Recordemos que para esta investigación dichas condiciones fueron unificadas (ver muestra).

Se revisaron las entrevistas de los años 1999, 2000 y hasta mayo de 2001. Se seleccionaron los niños que cumplieran con los criterios de inclusión/exclusión y se dividieron en dos grupos según su edad.

Se tomó textualmente la respuesta que los padres daban a la pregunta: "¿Notó algún cambio en la conducta de su hijo a partir del momento en que le informaron de la cirugía?". Dichas respuestas fueron categorizadas según el sistema de tabulación de conductas que se diseñó para esta investigación, de modo que cada niño era ubicado, según las conductas que presentara, en una y sólo una de las categorías posibles.

Una vez organizada la información, se comparó la cantidad de niños con respuestas conductuales similares en cada uno de los grupos.

¿Por qué los padres como informantes?

La "observación natural" (directa) del fenómeno suele ser uno de los mecanismos de recolección de datos más confiable en investigación. En este caso, el objeto de estudio "manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en niños" no sucedía completamente en el ámbito del hospital. Los niños presentaban cambios en su conducta en casa o en el colegio, entre sus hermanos, amigos o con sus padres, que resultaban inaccesibles para el investigador en forma directa. Además, existen dudas sobre la confiabilidad y validez de la "observación natural" (sin mediadores) cuando un observador se inserta en el escenario natural, por los llamados "**problemas de reactividad**", que indican que la conducta del sujeto se ve afectada por el hecho de ser observado por un extraño. Una forma de superar este problema de la reactividad ante la observación, es recurrir a "informantes" que son personas del medio natural del sujeto, normalmente familiares, para que realicen la observación y luego den cuenta de lo que vieron.

Los niños están inmersos en un medio familiar y sociocultural con el que interactúan y que resulta indispensable para su desarrollo. A lo largo de la enfermedad no se puede separar la reacción de los padres y el afrontamiento de la familia, de la reacción del niño enfermo. En la vida del niño, los padres funcionan como un "filtro protector" que elabora las experiencias haciéndolas más tolerables al niño. Por lo que los padres juegan un papel importante en la forma en que los chicos reaccionan a la hospitalización y a los tratamientos.

Además, los niños tienen menor capacidad de simbolización verbal que los adultos, por lo que muchas veces no pueden hablar de lo que les pasa ni poner en palabras sus emociones o sentimientos de manera confiable. Existe acuerdo entre los investigadores en que el desarrollo del sistema de respuestas cognitivo verbal no posibilita, en general, que los niños hayan adquirido las habilidades de autoobservación y evaluación antes de los 10 u 11 años, lo que limita cuando menos hasta esa edad, la posibilidad de informar sobre sí mismo con unas garantías mínimas.

Por otro lado, según enuncian T. Acherbach y E. Edelbrock (1986), en el libro “Psicopatología infantil” de Ollendik y Hersen:

“Es imposible obtener evaluaciones completamente imparciales de los trastornos de conducta en los niños...”; “... La evaluación en psicopatología infantil está siempre sujeta al principio de Rashmon “la verdad está siempre en función de quien la dice.” (capítulo 4, pág. 112).

De modo que siempre hay un intermediario en la evaluación infantil. Igualmente se considera válida la información brindada por los padres porque:

- En general son ellos quienes llevan al niño a los servicios de salud mental.
- Los padres son los adultos que, por lo general, están más implicados en la evaluación del niño.
- Los padres saben más sobre un mayor número de aspectos de la historia de sus hijos que cualquier otro adulto.
- A pesar de que los padres, al igual que otros adultos, tienen una visión parcial de la conducta de sus hijos y están influidos en lo que perciben, sus percepciones son una parte central de lo que se necesita evaluar. Estas juegan un papel importante en lo que se puede hacer para ayudar al niño.

Por todo ello se consideró válido tomar, en este caso, a los padres como informantes de los cambios en la conducta de los niños.

Capítulo 3: Sistema de tabulación

I. Selección de las categorías:

Una *adaptación normal* a la situación quirúrgica supone siempre cierto grado de ansiedad preoperatoria. Esta ansiedad surge porque la cirugía es percibida y evaluada por el paciente como una amenaza. Es esperable, también, que después de la cirugía los pacientes vivan un estado de duelo o depresión posoperatoria debido a que una visión realista de la experiencia quirúrgica implica aspectos tristes, como haber enfermado y requerido cirugía. Dicha depresión posoperatoria también debe considerarse un componente normal de la adaptación psicológica. De modo que, en principio, se tomó estos dos estados (depresivo y ansioso) como base para clasificar las conductas de los niños ante la cirugía, de acuerdo a si se consideraban propias de un estado o del otro.

Se incluyó también una categoría mixta (depresivo-ansioso) para aquellos niños que presentaban simultáneamente conductas de ambos grupos.

Una vez que comenzó la evaluación, surgió un interrogante. Un número importante de niños presentaba conductas evaluadas por los padres como “agresivas” o “violentas”. Éstas fueron tomadas como parte de las conductas que refieren a un estado ansioso, pero ubicar todo en la misma categoría podía esconder alguna diferencia (si existiera) entre los niños más grandes y los más chicos. Se resolvió, entonces, armar una tercer categoría para registrar de forma independiente la aparición de conductas “agresivas y ansiosas” en cada grupo. Es decir que, la categoría de conductas que refieren ansiedad fue desdoblada en dos: aquellos que presentaban conductas agresivas y aquellos que no. La nueva categoría se denominó “Conductas ansiosas y agresivas”.

Al incluir estas conductas (agresivas), surgió una combinación más: “Conductas depresivas y agresivas”, que no se había considerado anteriormente. Se resolvió dejarla para evaluar si era relevante o no en la clasificación. Una vez analizados los datos de ambos grupos (niños de 3 a 7 años y niños de 8 a 12), la categoría menos representativa para los dos fue: “Conductas Depresivas y Agresivas”, compuesta solo por un niño en cada uno de los grupos. Esto llevó a desestimar dicha categoría y se eliminó del trabajo por su escasa representatividad.

Se consideró también, armar otra categoría que combinara los tres tipos de conductas: “Depresivo / Ansioso / Agresivo” pero al analizar los datos quedó vacía y fue también eliminada.

La tabla quedó configurada finalmente por cuatro categorías en total, dos grupos puros y dos grupos mixtos, de la siguiente manera: Puros: “Conductas que refieren Depresión”, “Conductas que refieren Ansiedad”. Mixtos: “Conductas depresivas y ansiosas”, “Conductas ansiosas y agresivas”.

Tabla:

	CONDUCTAS	Niños preoperatorios (3 a 7 años)	Niños Operatorio Concreto (8 a 12 años)
Grupos Puros			
1	Conductas que refieren Depresión.		
2	Conductas que refieren Ansiedad.		
Grupos Mixtos			
4	Conductas depresivas y ansiosas.		
5	Conductas ansiosas y agresivas.		

Las dos categorías mixtas (4 y 5) no tienen conductas que les sean propias; se conforman por los niños que presentan simultáneamente conductas que fueron tabuladas como depresivas, ansiosas y/o agresivas

II. ¿Cómo se componen las categorías?

Las taxonomías psiquiátricas han sido diseñadas esencialmente para los adultos, con lo cual, diseñar un sistema de categorización de conductas propias de los niños, constituyó una de las mayores dificultades de este trabajo. Si bien existen descripciones de las conductas propias de los niños, no se encontró una que se refiriera específicamente al campo de la cirugía y la hospitalización.

Para desarrollar este sistema de categorización, se investigaron, para cada categoría, las conductas propias de los niños y se compararon con las que referían los padres, así se conformaron las listas de conductas para cada grupo.

Es importante aclarar que **el sistema no clasifica a los sujetos sino a sus conductas.**

1- Conductas que refieren Depresión:

El término “depresión” puede utilizarse para nombrar distintos conceptos. Por un lado, hace alusión a un síntoma: la tristeza o el estado de ánimo deprimido. Por otro lado, también hace referencia a un síndrome: un conjunto de síntomas relacionados (por ejemplo: tristeza, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, pérdida de peso y apetito, etc.). Por último, el término depresión alude también a un trastorno: un síndrome depresivo para el cual se han especificado ciertos parámetros de *duración* (por ejemplo: los síntomas aparecen la mayor parte del día, casi cada día, durante un período mínimo de dos semanas), *gravedad* (por ejemplo: el síndrome incluye al menos cinco síntomas y éstos provocan un malestar clínicamente significativo) y *disfuncionalidad* (los síntomas provocan deterioro social, escolar, laboral, etc.) y además se han descartado algunas *causas* (por ejemplo: enfermedades médicas, duelo, ingestión de medicamentos, drogas, etc.).

En este trabajo se utilizó el término “depresión” en alusión al segundo de los sentidos posibles: como síndrome. Se agruparon en la misma categoría aquellas conductas que se consideran parte de este síndrome.

Según Bragado Alvarez y García Vera (1998) hay algunos autores que sostienen que la depresión infantil es equiparable a la del adulto, por lo que la diagnostican y evalúan con los mismos criterios e instrumentos (por ejemplo: Cytyn y col., 1980; Piug - Antich y Gittelman, 1985). Hay otros autores que sugieren que los síntomas depresivos varían según la edad y, por lo tanto, los criterios para la depresión del adulto no serían aplicables a los niños (por ejemplo: Kovacs, 1989; Rutter, 1986). Actualmente no existen categorías de diagnóstico separadas para los trastornos depresivos en niños, adolescentes y adultos. Se reconocen, en algunos criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría, por ejemplo, algunas diferencias en función de la edad. En el caso de los niños la tristeza puede ser reemplazada por la *irritabilidad*, por ejemplo.

Las conductas, tomadas textualmente de las respuestas de los padres, que se incluyeron en esta categoría son:

- “está más triste” / “está depre”
- “está ausente” / “está como ido” / está más distraído”

- “está más apagado” / “está como más cansado” / No quiere: hablar, salir a pasear, jugar con amigos y/o hermanos, hacer las cosas que antes le gustaban.
- “está más introvertido” / “está retraído” / “más tímido”
- “está muy irritable” / “está como de mal humor” / “se enoja”

2- Conductas que refieren Ansiedad:

Existe cierto consenso, afirman Bellack y Hersen (1977), en considerar la ansiedad como un estado afectivo aversivo, relacionado con la anticipación de peligro. Ante una situación concreta estresante o amenazante, las personas pueden expresar una reacción de ansiedad durante un cierto período de tiempo, acompañada de cambios fisiológicos y conductuales. En este caso, la persona está bajo un estado transitorio de ansiedad. No tomamos aquí a la ansiedad como un rasgo de la personalidad, o sea, como diferencias individuales relativamente estables, que muestran las personas con respecto a la propensión a padecer estados de ansiedad; si no que entendemos estas conductas como respuestas del sujeto ante una situación específica suscitadora de ansiedad: la cirugía.

El miedo funciona como un mecanismo de protección para los niños, dado que previene la ocurrencia de distintos peligros. La ansiedad frente a un acto quirúrgico funciona como señal de alarma. De modo que cumple una función de adaptación, tiene una utilidad para el niño. Al igual que con la categoría 1 (depresión), no nos referiremos aquí a “Trastornos de Ansiedad”, en donde las reacciones de miedo y de ansiedad no cumplen ninguna función adaptativa si no que, por el contrario, surgen de forma incontrolada, producen un intenso malestar en el niño y suscitan respuestas inadecuadas (rituales compulsivos, aislamiento social, mutismo, etc.). Nos referimos, más bien, a aquellas conductas propias del síndrome ansioso, esperables ante una situación estresante como la cirugía.

Las conductas, tomadas textualmente de las respuestas de los padres, que se incluyeron en esta categoría son:

- “está asustado” / “está más temeroso” / “más miedoso”
- “está nervioso” / “está inquieto” / “intranquilo” / “más acelerado” / “está ansioso” / “está exaltado” / “sobresaltado” / “está alterado”
- “está muy travieso” / “está revoltoso” / “está más desobediente”
- “está más mimoso” / “está más bebote” / “está más pegado, más pegote”

Esta última serie de conductas (mimoso, bebote, pegado), se ubicaron en esta categoría porque se consideraron como indicadores de ansiedad de separación. Parecían hacer referencia a cuestiones de apego y mayor nivel de dependencia.

Todas estas manifestaciones conductuales son consideradas muestras o ejemplos directos de la conducta ansiosa del niño y no como signos de un rasgo de ansiedad subyacente.

Si bien en el libro “El psiquismo del niño enfermo orgánico”, D. Feldfogel y A. Zimmerman (Paidós, 1981) describen al niño ansioso como: “intranquilo, inquieto quejoso y con frecuentes rabietas y actos agresivos”. Para este trabajo, se decidió formar con éste último grupo de conductas (agresivas) una categoría aparte. Lo cual no implica que no se las considere como indicadores de ansiedad, simplemente se desdoblaron para poder comparar su frecuencia de aparición entre los niños más pequeños y entre los más grandes. De modo que se configuró la categoría “Conductas ansiosas y agresivas” que incluye, además de las anteriormente mencionadas como ansiosas, las enumeradas en el punto a continuación (3) como “Conductas agresivas”.

3- Conductas Agresivas:

Las “rabietas” son expresiones agresivas de desacuerdo que algunos niños realizan frecuentemente. Las conductas de “rabieta”: llorar, gritar, patalear, entre otras, son un fenómeno normal en un determinado estadio evolutivo del niño (alrededor de los 2 o 3 años) y van desapareciendo a medida que el niño crece, de modo que a los 6 o 7 años prácticamente han desaparecido de su repertorio conductual. Esto sostuvo la idea de armar una categoría especial para las conductas agresivas, esperando que fuesen más comunes entre los niños más pequeños que entre los más grandes.

Tomadas textualmente de las respuestas de los padres, las conductas que se incluyeron en esta categoría son:

- “está más agresivo” / “está más violento” / “más impulsivo”
- “pega” / “grita” / “patalea” / “pelea con todos”
- “está muy contestador” / “está testarudo” / “está caprichoso” / “está muy intolerante”

De modo que en la categoría “Conductas ansiosas y agresivas” se ubicaron todos aquellos niños que presentaran cualquier conducta mencionada en esta lista, con o sin presencia de alguna conducta ubicada en la lista de conductas ansiosas.

Nota:

No se consideraron modificaciones en la conducta alimentaria ni en el sueño porque no pertenecen clara ni concretamente a ninguna de las categorías en particular, sino que podrían hacer referencia tanto al síndrome depresivo como al ansioso. Por otro lado, algunos tratamientos y algunas cirugías requieren dietas especiales que alteran, de todas maneras, la conducta alimentaria del niño.

Otras conductas como el "llanto", por ejemplo, no son sencillas de tabular, ya que un niño puede llorar porque está triste, porque tiene miedo o simplemente para armar escándalo y conseguir lo que quiere. Cada uno de los casos mencionados debería ser ubicado en categorías distintas, por lo que no se consideró al "llanto" como una conducta propia de ninguna categoría en especial.

III. Confiabilidad de la Clasificación:

Para evaluar la confiabilidad de la clasificación propuesta en este trabajo, se realizó la evaluación del coeficiente de Kappa de Cohen (1960), índice numérico que evalúa el grado de acuerdo entre dos o más observadores, eliminando la probabilidad de acuerdos debidos al azar.

Se presentaron los datos obtenidos a otro observador: una Lic. en Psicología que no participó en la investigación. Se le explicó la tabulación y las conductas que se consideraron propias de cada categoría descripta y se le pidió que agrupara los niños en las categorías para comparar su tabulación con la de la investigadora. Los datos con los que trabajó el observador externo fueron exactamente los mismos con los que trabajó la investigadora.

Una vez realizada la tabulación se calculó el porcentaje de acuerdo entre los dos observadores:

$$K = 0,92 - 0,14375 \times 100 = 90,65$$

$$1 - 0,14375$$

El resultado fue **90.65 %** de acuerdo entre los observadores. Podemos deducir entonces, de este coeficiente, que la clasificación propuesta es altamente confiable.

Capítulo 4: Presentación y análisis de los datos

I. Análisis de los resultados

Los resultados que se obtuvieron indican que existe una diferencia significativa entre manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en los niños más pequeños y los más grandes. Se confirma la hipótesis de la que partió ésta investigación: "*Las manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico de los niños de 3 a 7 años son significativamente distintas a las de los niños de 8 a 12 años*".

Se realizó una prueba de **Chi 2** para evaluar la **significación de las diferencias** entre los dos grupos estudiados. Para probar esta hipótesis, contamos el número de casos de cada grupo en cada categoría y comparamos la proporción de casos en las diferentes categorías de un grupo con la proporción de casos en las diferentes categorías del otro grupo. Se obtuvo un $Chi\ 2 = 7.73$ lo que da una $P = 0.05$. Este resultado indica que, la probabilidad de que las diferencias encontradas entre los dos grupos de niños sea por azar es del 5%. Es decir que podemos rechazar, con un 95% de exactitud, el error de tipo uno (rechazar la hipótesis nula siendo ésta verdadera).

Este nivel de significación ($P = 0.05$) está dentro de lo que se considera estadísticamente aceptable, por lo que podemos tomar estos resultados como confiables.

Primero analizaremos las conductas de cada uno de los grupos y luego los compararemos:

Para los niños del grupo **Preoperatorio**, 3 a 7 años, (Ver gráfico N° 1, página 49) la categoría más representativa fue "*Conductas ansiosas y agresivas*", en el **46%** de los casos. Luego, el **30%** de los casos responde a la categoría de *conductas exclusivamente ansiosas*. En tercer lugar, la categoría "Conductas que refieren Depresión", se da en el 15% de los casos. Y la categoría con menos representatividad fue la categoría mixta "*Conductas depresivas y ansiosas*", compuesta por el 8% de la población.

Categorías		Niños Preoperatorios (3 a 7)	
		Número	Porcentaje
1	Conductas que refieren Depresión.	6	15%
2	Conductas que refieren Ansiedad.	12	30%
3	Conductas Depresivas y Ansiosas.	3	8%
4	Conductas Ansiosas y Agresivas.	18	46%

Para los niños del grupo **Operatorio Concreto** 8 a 12 años, (Ver gráfico N° 2, página 50) la categoría más representativa fue “*Conductas que refieren Ansiedad*”, en más de la mitad de los casos (**56%**). Luego, la categoría “*Conductas ansiosas y agresivas*”, en el 25% de los casos. En tercer lugar, el 13% de la población respondió a la categoría “*Conductas depresivas y ansiosas*”. La categoría con menos representatividad fue “*Conductas que refieren Depresión*”, sólo con en el 5% de los casos.

Categorías		Niños Operatorio Concreto (8 a 12)	
		Número	Porcentaje
1	Conductas que refieren Depresión.	2	5%
2	Conductas que refieren Ansiedad.	22	56%
3	Conductas Depresivas y Ansiosas.	5	13%
4	Conductas Ansiosas y Agresivas	10	25%

Comparación del comportamiento de ambos grupos:

(Ver gráfico N° 3, página 51).

En el caso de los niños más grandes, la categoría que agrupa claramente a la mayoría de los casos (56%) es la referente a **conductas de ansiedad**. En segundo lugar se ubica la categoría mixta “conductas ansiosas y agresivas” (25%). En el grupo de niños más pequeños, estas mismas categorías son las más significativas pero de modo inverso dado que, la categoría “**conductas ansiosas y agresivas**” se ubica en primer lugar con el 46% de los casos y las conductas que refieren ansiedad se ubican en segundo lugar con el 30% de los casos. De modo que las **dos categorías más significativas en ambos grupos son las mismas, pero en forma inversa**.

En rasgos generales, podemos decir que, ambas categorías (“Conductas que refieren Ansiedad” y “Conductas Ansiosas y Agresivas”) refieren a lo mismo: ansiedad, solo que fue subdividido el grupo de niños que presentaba conductas “agresivas” junto con las ansiosas para poder evaluar las diferencias. Entonces, la gran significación de estas dos categorías en ambos grupos, podría entenderse como signo de una adaptación sana a una situación estresante. Ya que la cirugía vivida como una amenaza, es una situación estresante que obliga al individuo a realizar esfuerzos por defenderse, y la ansiedad es la respuesta esperable en el hombre ante lo que es evaluado por él como un peligro.

Ahora, analizando las diferencias entre los grupos de niños de diferentes edades tomemos, por ejemplo, la categoría que agrupa los niños con conductas “agresivas”. En el grupo de los más pequeños, esta categoría (conductas ansiosas y agresivas) agrupa casi a la mitad de la muestra (46%), mientras que en el grupo de los más grandes sólo al 25%. Es decir que los más chicos presentan éste tipo de conductas casi el doble de veces que los más grandes. Esta diferencia podría explicarse, como mencionábamos anteriormente en el trabajo, por las diferencias en el desarrollo evolutivo de los niños. Las conductas de llorar, gritar y patear son normales en un determinado estadio evolutivo (alrededor de los 2 o 3 años) pero van desapareciendo a medida que el niño crece hasta desaparecer del repertorio conductual (alrededor de los 6 o 7 años). Esta diferencia podría explicar porqué la frecuencia de estas conductas es mucho mayor entre los niños más pequeños que entre los más grandes.

Así, la categoría que agrupa las conductas que refieren Ansiedad (sin conductas agresivas) no sólo es ampliamente superior en frecuencia entre los niños de 8 a 12 años que entre los niños de 3 a 7 (56% y 30% respectivamente), sino que también es la categoría con más niños de toda la tabla. Es probable que al ir adquiriendo las habilidades de autoobservación y evaluación y la capacidad para expresar verbalmente o de manera simbólica lo que sienten y/o necesitan, las conductas de los niños puedan ser decodificadas más fácilmente por los padres y/o expresadas por los niños sin necesidad de recurrir al cuerpo como medio. Los niños más grandes pueden reconocer lo que sienten y necesitan y transmitirlo más fácil y claramente que los niños pequeños.

Con respecto a la primer categoría, "Conductas que refieren Depresión", vemos que los niños más pequeños triplican en frecuencia este tipo de conductas respecto de los más grandes. Mientras que el 15% de los niños preoperatorios presenta éstas conductas, en el grupo de niños de 8 a 12 años sólo se observan en el 5% de los casos. Esta diferencia implica, según como fueron clasificadas las conductas, mayor frecuencia de conductas de retraimiento e introversión (además de tristeza) entre los niños más pequeños. Éstas podrían entenderse también como la respuesta de los pequeños al miedo que les provoca la situación quirúrgica y mostrarían entonces otra diferencia entre los dos grupos en su manera de reaccionar ante la situación estresante. Esta sería una nueva hipótesis para futuras investigaciones.

En general, pareciera que entre los niños más pequeños se observa un mayor número de conductas "no específicamente ansiosas" o, en general no reconocidas como propiamente ansiosas, como las conductas agresivas y las conductas de retraimiento e introversión. La frecuencia de aparición de este tipo de conductas es ampliamente superior entre los niños más pequeños respecto de los más grandes. Esto abre el camino a futuras investigaciones más específicas. Podríamos pensar que, un nivel de desarrollo menor (menos capacidad de comprensión, menos capacidad de expresión verbal y simbolización, escasa habilidad de autoobservación y autoevaluación), lleva a los niños más pequeños a utilizar vías de respuesta y comunicación distintas a las de los adultos y las de los niños más grandes.

Categorías		Niños preoperatorios (3 a 7 años)		Niños Operatorio Concreto (8 a 12 años)	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
1	Conductas que refieren Depresión.	6	15%	2	5%
2	Conductas que refieren Ansiedad.	12	30%	22	56%
3	Conductas depresivas y ansiosas.	3	8%	5	13%
4	Conductas ansiosas y agresivas.	18	46%	10	25%

Es probable que, si hubiésemos obtenido los datos de manera más confiable y ordenada, a través de un cuestionario más específico (y no con preguntas abiertas); hubiésemos obtenido diferencias estadísticamente aun más significativas. Además, hubiésemos podido agrupar las conductas en categorías más específicas y diferenciarlas más en detalle. (Ver Apéndice B: Inventario de conductas infantiles. Prototipo de Cuestionario para su evaluación, página 59).

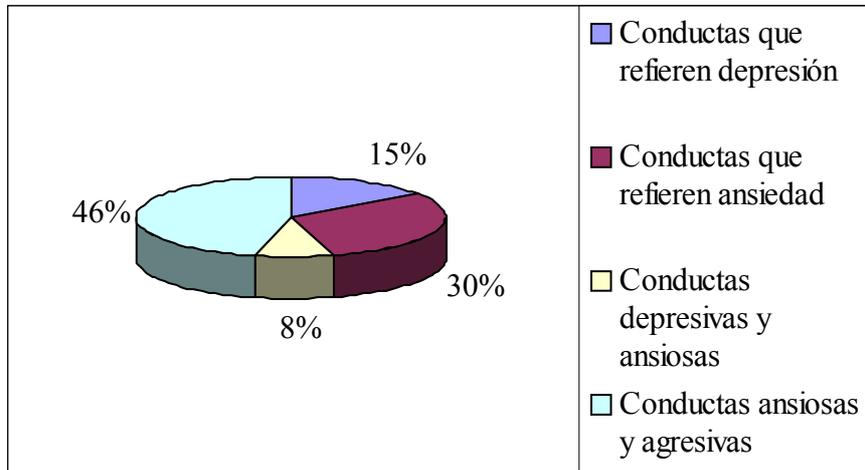
Otro punto a revisar sería el tamaño de la muestra. Con una muestra mayor, con dos grupos más numerosos, quizá hubiésemos obtenido resultados más confiables desde el punto de vista estadístico.

II. Gráficos

*** Gráfico Número 1:**

Diferentes manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en los niños de 3 a 7 años.

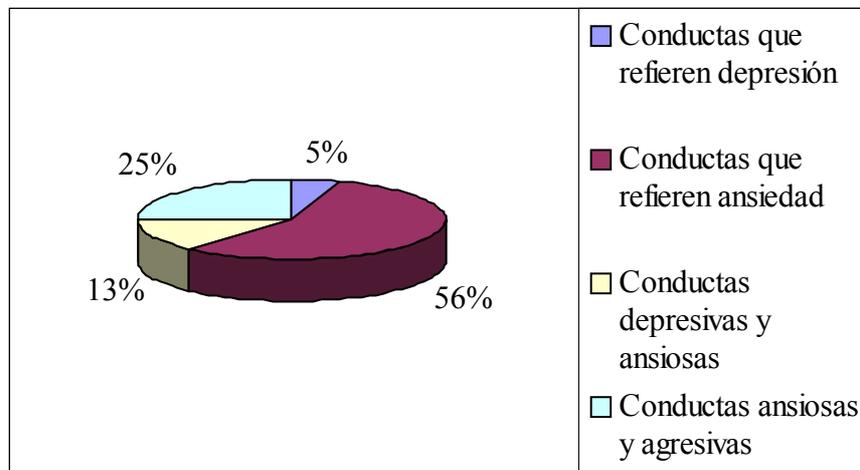
Período Preoperatorio



*** Gráfico Número 2:**

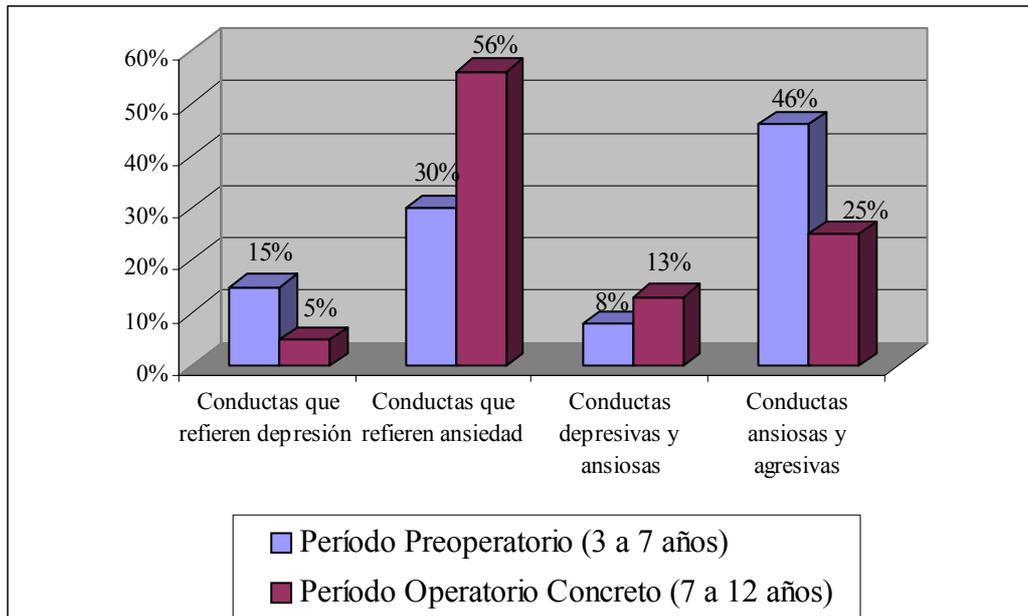
Diferentes manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en los niños de 8 a 12 años.

Período Operatorio Concreto



*** Gráfico Número 3:**

Diferentes manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en ambos grupos. Comparación.



Conclusión

La experiencia de enfermedad y hospitalización crea en el niño la necesidad de comprensión y adaptación y, consecuentemente, reacciona ante ellas. Resulta entonces de suma importancia evaluar eficazmente cuáles son los efectos que produce esta situación estresante (la cirugía) en el niño y cómo se manifiestan para desarrollar intervenciones más adecuadas con el objetivo de prevenir las alteraciones que pueda provocar la no elaboración del proceso quirúrgico.

Para el presente trabajo se construyó un sistema de tabulación de las conductas de los niños frente a la cirugía, con el fin de facilitar su evaluación y poder compararlas. Dicho sistema de tabulación resultó confiable (coeficiente de Kappa: 90,65%) al evaluar el grado de acuerdo entre dos observadores distintos.

Los resultados de esta investigación, donde se compararon las manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en niños de 3 a 7 años y niños de 8 a 12, indican que existen diferencias significativas en el comportamiento de éstos dos grupos. La hipótesis de la que partió este trabajo y que fue confirmada, establece que: *“Las manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico de los niños de 3 a 7 años son significativamente distintas a las de los niños de 8 a 12 años”*. Para evaluar los resultados se realizó una prueba de *Chi 2* que dio una $P = 0.05$, cifra que alcanza los límites de significación establecidos entre los investigadores como válidos puesto que confirman en un 95% la hipótesis.

Se observó que, mientras la gran mayoría de los niños de 8 a 12 años presentaba conductas que refieren ansiedad (56%), la mayoría de los niños más chicos (3 a 7 años) se ubicaba en la categoría mixta: “Conductas agresivas y ansiosas” (46%). De modo que hay, en ambos casos, una predominancia de conductas ansiosas, pero se observan diferencias en el tipo de conductas con que la expresan los niños más pequeños y los más grandes.

Una adaptación normal a la cirugía siempre supone cierto grado de ansiedad preoperatoria. Esta ansiedad es una señal, que surge porque la situación quirúrgica se percibe y evalúa como una amenaza. Por ello podemos afirmar que las respuestas obtenidas eran esperables, dadas las características de la situación estudiada (la cirugía) y confirman lo enunciado por otras investigaciones. Lo que además pudo demostrarse es que las conductas propias de cada momento evolutivo de los niños son diferentes y que, ante la misma situación, responden conductualmente de maneras diferentes.

Otra de las diferencias significativas que pudo observarse entre los dos grupos fue la predominancia de conductas que refieren depresión entre los niños más pequeños respecto de los más grandes. Esto implica, según la clasificación propuesta, mayor frecuencia de conductas de retraimiento e introversión entre los niños más pequeños.

Podemos concluir entonces que, el sistema de tabulación propuesto permitió clasificar las diferentes conductas de los niños frente a la cirugía, ordenarlas en distintas categorías y cuantificarlas para poder compararlas de manera confiable. Podemos concluir también, tras la comparación de las distintas conductas, que existen diferencias significativas entre las conductas ante la cirugía que manifiestan los niños de 3 a 7 años y las que manifiestan los niños de 8 a 12 años. Se observa claramente que los más chicos presentan con mayor frecuencia conductas “agresivas” y “depresivas” que los más grandes. Finalmente, podemos decir que se cumplió con los objetivos de esta investigación de **describir y comparar** las manifestaciones conductuales del estrés prequirúrgico en niños, siendo este un punto de partida para futuras investigaciones.

Como recomendaciones para futuras investigaciones, en primer lugar la autora propone un cuestionario específico de conductas para la recolección de datos (Ver apéndice: Inventario de conductas infantiles. Prototipo de Cuestionario para su evaluación). Este se confeccionó a partir de las respuestas obtenidas de los padres y está basado en el sistema de tabulación de conductas propuesto en esta investigación. Con este cuestionario se busca unificar el lenguaje de los padres y sistematizar la recolección de datos para evitar la interferencia de variables como el estilo personal del entrevistador para registrar las respuestas y el de los padres para responder, entre otras. Además, permitirá diferenciar las conductas de los niños más en detalle armando categorías más específicas y no tan globales como las de esta investigación.

En segundo lugar, sería recomendable administrar el cuestionario a una muestra más amplia que la que se utilizó en este estudio descriptivo, que incluya también niños de otros hospitales (probablemente con niveles socioeconómicos distintos) a fin de obtener resultados más confiables.

También podrían compararse las respuestas entre niños y niñas porque en este estudio no se consiguió una muestra con igual cantidad de niños que de niñas y no pudieron compararse las respuestas según el sexo.

Por último, sería interesante realizar investigaciones sobre los cambios que produjo en la familia de los niños, sobre todo en sus padres, la noticia de la cirugía; para evaluar hasta qué punto las reacciones de los padres y del contexto del niño en general, definen y/o condicionan las reacciones que éste puede tener ante esta situación estresante.

Apéndice A

CUESTIONARIO A PADRES



Equipo de prevención en Cirugía

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del paciente:

Edad:

Tel:

Escolaridad:

Historia Clínica N°:

Médico cirujano a cargo:

Servicio:

Enfermedad de base:

Cirugía:

Fecha de cirugía:

Cirugías anteriores:
¿Cuáles y cuándo?

SI

NO

Internaciones anteriores:
¿Cuáles y por qué?

SI

NO

*Desde la información de la operación, su hijo presentó:

1. ¿Cambios en la alimentación?
¿Cuáles?

SI

NO

2. ¿Cambios en la conducta?
¿Cuáles?

SI

NO

¿Dónde? (En la casa, escuela, con amigos, con la familia, etc.)

3. ¿Cambios en el sueño?
¿Cuáles?

SI

NO

*¿Recientemente, ha sufrido la pérdida de alguna persona significativa?

*¿Recientemente, ha habido cambios en su vida cotidiana? (Mudanzas, separaciones, cambios de colegio, etc)

OBSERVACIONES:

Apéndice B

“Inventario de Conductas Infantiles”

Cuestionario para su evaluación

Fecha: ____/____/____

1- **Datos:**

Nombre y Apellido del paciente:

Edad:

Escolaridad:

Enfermedad de base:

Cirugía:Fecha de cirugía:

2- **¿Notó algún cambio en la conducta de su hijo desde que le informaron que lo tenían que operar? Marque con una cruz:**

Categoría 1:	
- “está más triste” / “está depre”	
- “está ausente” / “está como ido” / “está más distraído”	
- “está más apagado” / “está como más cansado” / No quiere: hablar, salir a pasear, jugar con amigos y/o hermanos, hacer las cosas que antes le gustaban.	
- “está más introvertido” / “está retraído” / “más tímido”	
- “está muy irritable” / “está como de mal humor” / “se enoja”	
Categoría 2:	
- “está asustado” / “está más temeroso” / “más miedoso”	
- “está nervioso” / “está inquieto” / “intranquilo” / “más acelerado” / “está ansioso” / “está exaltado” / “sobresaltado” / “está alterado”	
- “está muy travieso” / “está revoltoso” / “está más desobediente”	
- “está más mimoso” / “está más bebote” / “está más pegado, más pegote”	
Categoría 3:	
- “está más agresivo” / “está más violento” / “más impulsivo”	
- “pega” / “grita” / “patalea” / “pelea con todos”	
- “está muy contestador” / “está testarudo” / “está caprichoso” / “está muy intolerante”	
Categoría 4:	
Otras (especificar cual)	

NOTA: Cada categoría corresponde a las ya descritas en el trabajo (i) Conductas que refieren depresión (ii) Conductas que refieren Ansiedad (iii) Conductas agresivas. Se propuso una categoría residual para agrupar aquellas conductas que no fueron contempladas en el cuestionario.

Bibliografía

- ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós, Buenos Aires, 1996.
- ACHENBACH, T.; EDELBROCK, C. La taxonomía en psicopatología infantil en OLLENDICK, T.; HERSEN, M. Psicopatología Infantil. Ediciones Martínez Roca, Barcelona, 1986.
- BAUM, A.; et al Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge University Press, Cambridge, 1997.
- BELA SZEKELY, L.C. Diccionario de Psicología. Claridad, Colombia, 2000.
- BELLACK, A.S.; HERSEN, M. Health Psychology. Exter, Gran Bretaña, 1998.
- BRAGADO ALVAREZ, C.; GARCIA-VERA, M.P. Trastornos emocionales en niños y adolescentes en VALLEJO PAREJA, M.A. Manual de terapia de conducta. Dykinson, Madrid, 1998.
- CALATAYUD, F. M. Introducción a la Psicología de la Salud. Paidós, Buenos Aires, 1999.
- COMPAS, B. E.; et. al. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, Vol. 127, N° 1, pp. 87-127, 2001.
- CRISTOPHERSEN, E.R.; MORTWEET, S.L. Treatment that work with children. Empirically Supported Strategies of managing childhood problems. American Psychological Association, Washington D.C., 2001.
- EISER, C. Children's perceptions of illness and death en BELLACK, A.S.; HERSEN, M. Comprehensive Clinical Psychology -Volume 8 Oxford, Elsevier Science, 1998.
- FELDFOGEL, D.; ZIMERMAN, A. El psiquismo del niño enfermo orgánico. Paidós, Buenos Aires, 1981.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R.; CARROBLES, J.A.I. Evaluación Conductual. Pirámide, España, 1988.
- GALPERIN, C. El pensamiento infantil. Documento de trabajo. U. de Belgrano, Buenos Aires, 1998.
- GIACOMANTONE, E.; MEJÍA, E. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. Paidós, Buenos Aires, 1999.
- GLOCER, F. S. Psicoprofilaxis quirúrgica y neurosis quirúrgica en adultos. *Revista Argentina de Psicología*, Vol. 2, N° 9, pp. 71-89, 1971.
- GOLDBERG, D.; RINALDI, G. Psicoprofilaxis quirúrgica en cirugía del niño. *Revista de Psicoanálisis (A.P.A.)*, Vol. 30, N° ¾, pp. 957-975, 1973.
- GOLDBERG, D.; RINALDI, G. Preparación psicoterapéutica en cirugía cardiovascular infantil en ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós, Buenos Aires, 1996.
- JARAST, S. G. Urgencia quirúrgica y psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis (A.P.A.)*, Vol. 21, N° 3, pp. 220-226, 1964.
- KENDALL, P.C.; Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures. Guildford, New York, 2000.
- KOVACS, M. Affective Disorders in Children and Adolescents. *American Psychology*, Vol.44, N° 2, 209-215, Febrero, 1989.
- KOVACS, M. Presentation and Course of Major Depressive Disorder during Childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 35, N° 6, pp. 705-715, Junio, 1996.
- KUNZ, A. Elementos para la elaboración de una tesina. Documento de trabajo. U. de Belgrano, Buenos Aires, 1999.
- LARROY GARCIA, C.; PUENTE MUÑOZ, M.L. Trastornos de conducta en niños en VALLEJO PAREJA, M.A. Manual de terapia de conducta. Dykinson, Madrid, 1998.
- LEON, G.O.; MONTERO, I. Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación. Mc. Graw-Hill, Madrid, 1997.
- MARCELLI, D.; AJURIAGUERRA, J. Manual de Psicopatología del niño. Masson, España, 1996.
- MAIER, H. Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Amorrortu, Buenos Aires, 1969.
- MEDIN, G.; DUSSELL, V. Ideas del niño en relación a la enfermedad y la muerte en los distintos momentos evolutivos. Unidad de cuidados paliativos del Hospital de Pediatría Profesor Dr. J.P. Garrahan, Buenos Aires, 1996.
- NEUFELD, R. Psicopatología y stress. Toray, Barcelona, España, 1984.
- OLIVARES RODRIGUEZ, J.; MENDEZ CARRILLO, F.X. Características de la intervención clínica en niños y adolescentes en VALLEJO PAREJA, M.A. Manual de terapia de conducta. Dykinson, Madrid, 1998.
- OSTIERRIETH, P.A. Los estadios del desarrollo según otras escuelas psicológicas en WALLON, H.; PIAGET, J.; et. al. Los estadios en la Psicología del niño. Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.
- PETTIJOHN, T.F.; et al; The Encyclopedic Dictionary of Psychology. Dushkin Publishin Group, USA, 1991.
- PIAGET, J.; INHELER, B. Psicología del niño. Morata, España, 1969.

- RINALDI, G.; GOLDBERG, D. Preparación psicoterapéutica en cirugía cardiovascular infantil. *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. 15, pp. 66-74, 1969.
- SCHMIDT, L.R. Hospitalization in children in BELLACK, A.S.; HERSEN, M. *Comprehensive Clinical Psychology* -Volume 8. Oxford, Elsevier Science, 1998 .
- SELLTIS, C; et al. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Rialp, Madrid, 1980.
- SIEGUEL, S. Estadística no Paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Trillas, México, 1975.
- WALLON, H.; PIAGET, J.; et. al. Los estadios en la Psicología del niño. Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.
- VERA, L.; LEVEAU, J. Terapias cognitivo-comportamentales en psiquiatría infantil y juvenil. Masson, España, 1994.
- VELDMAN, G.R.; et. al. Illness understanding in children and adolescents with heart disease. *Revista Heart*, Mayo 2000 (84:395-397).

Sitios consultados en Internet:

- * Derechos del Niño Hospitalizado: <http://home.coqui.net/titolugo/news.htm>. Convención sobre los Derechos del Niño. Ley 23.849, UNICEF Argentina.
- * International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS): <http://www.istss.org>
- * Anxiety Disorders Association of America (ADAA): <http://www.adaa.org>
- * Help for Families: Stress-Related Problems: <http://www.hellpforfamilies.com/stress1.htm>