



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MADRES CON HIJOS
HOSPITALIZADOS”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
RAMOS BARRERA MARIA DEL CARMEN**

**DIRECTOR:
DR. FRANCISCO MORALES CARMONA**

MÉXICO, D. F. JUNIO DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mis padres Eucario y Alejandra por darme la vida, por brindarme su cariño y su educación. Gracias padres por escucharme, por animarme a crecer cada día y por permitir equivocarme y aprender de estos errores. También quiero agradecer a mis hermanos Fer y Guadas, gracias por el apoyo y la alianza que nos une, por los momentos de alegría, de tristeza y de enojo que hemos vivido juntos, gracias por existir y no dejarme sola.

Ahora corresponde agradecer a todas aquellos que gracias a su conocimiento dejaron una huella en mí, me animaron a continuar con este proyecto y me han hecho crecer profesionalmente: Gracias Alejandra Hernández por este proyecto; gracias Dr. Francisco Morales y sinodales por su paciencia y sugerencias; gracias Daniel Hernández por escucharme llorar y reír en los momentos que más lo necesitaba; gracias Gabriela Tercero, Rocío García, Pilar Morales, Mercedes Luque y José Antonio Páez por sus comentarios a mi trabajo; y gracias Claudia Huerta, Dolores Aldana y Lilia Salas por creer en mi y brindarme la oportunidad de enfrentarme al mundo laboral.

Y finalmente quiero agradecer a toda la banda de cuates y cómplices de la vida por sus palabras de aliento y enseñanzas: gracias Itzel, Vanessa, gracias Aurora, Enni, Daniel, Fabiola, Betty, Yuritzzy, Memo, Miguel Ángel por los inolvidables momentos que vivimos en la prepa, gracias Joshua, Itzel Valencia (la comadre), Amalia, Jaime, Elideé, Nash, gracias Gaby por enseñarme a valorar la vida, gracias Lilia, Vero, Rosa, Fernando, gracias Rubén por existir y ser parte de mi vida, gracias Juan Carlos por enseñarme a cuidarme y amarme, gracias Irma, Liz, Tere, Leo, Cris y Lorena.

¡GRACIAS!

RESUMEN

Muchos autores han estudiado la reacción emocional del niño durante su hospitalización; sin embargo, no solo implica una reacción emocional de parte del menor, sino también de su familia y principalmente de su cuidador primario, que la mayoría de las veces es la madre, por eso este trabajo se realizó con el objetivo de conocer la reacción emocional de las madres ante la hospitalización de un hijo, teniendo como hipótesis que a mayor estancia hospitalaria de los niños mayor sería la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en las madres.

El estudio se llevo a cabo en el área de hospitalización del Hospital Infantil de México Federico Gómez, con una muestra de 353 mamás de pacientes (niños y niñas de 0 a 18 años) con enfermedades crónicas. A través de la visita a cada sala se obtuvo el registro de los niños que fueron hospitalizados y se localizo a la mamás que cumplieran con los criterios de inclusión y fueron evaluadas por una psicóloga en forma individual en la sala del hospital. Se les dio a firmar una Carta de Consentimiento, explicándoles el objetivo de la investigación, una vez que aceptaban se tomaron sus datos y se prosiguió a aplicarles el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. Finalmente se realizó una codificación y registro de los datos en la base de datos para su análisis estadístico.

Se encontró que las mamás presentaban ansiedad y sintomatología depresiva, sin embargo esta reacción no esta relacionada con el tiempo de hospitalización de los menores, ya que la depresión y ansiedad se encuentra en los primeros días de hospitalización (de 1 a 15 días). En cuanto al tipo de enfermedad se encontró que existe relación con la ansiedad cuando se trata de una enfermedad de mal pronóstico y alto riesgo de muerte para el menor, como las oncológicas.

Los resultados no confirman la hipótesis planteada, esto debido a que una parte de las madres entrevistadas contaban con tratamiento psicológico logrando adaptarse a la situación y aligerando la carga de tener a un hijo hospitalizado; sin embargo no dejaban de sentir ansiedad y tristeza en algunos momentos de la hospitalización. Asimismo, factores como el tipo y pronóstico de la enfermedad, entre otros, son importantes para que exista ansiedad y depresión en la madre.

INDICE

CAPITULO I. ANSIEDAD

1. 1. Antecedentes.	5
1. 2. Definición de ansiedad	6
1. 3. Síntomas de la ansiedad	9
1. 4. Causas de la ansiedad	10
1. 5. Tipos de ansiedad.	12

CAPITULO II. DEPRESIÓN

2. 1. Antecedentes	15
2. 2. Definición de depresión	16
2. 3. Síntomas de la depresión	18
2. 4. Causas de la depresión	19
2. 5. Tipos de depresión	20

CAPITULO III. EFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA MADRE

3. 1. Antecedentes.	23
3. 2. Definición de enfermedad.	25
3. 3. Tipos de enfermedad.	26
3. 4. Definición de hospitalización.	29
3. 5. Ansiedad y depresión en las madres con hijos hospitalizados.	31

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

4. 1. Planteamiento del problema	39
4. 2. Justificación	39
4. 3. Hipótesis	40
4. 4. Material y método.	41
4. 5. Instrumentos	45
4. 6. Procedimiento	49

CAPITULO V. RESULTADOS 51

CAPITULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 60

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS 65

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 66

ANEXOS 76

CAPITULO I. ANSIEDAD

1. 1. Antecedentes.

Las primeras manifestaciones ansiosas, en especial aquellas que aparecen en forma de crisis, fueron descritas desde tiempos de Hipócrates con el término de *histeria*, siendo atribuidas a malestares del útero. Sin embargo, es hasta la obra de Freud cuando los pacientes ansiosos son reconocidos como pacientes que mantienen un contacto con la realidad y presentan síntomas comprensibles.

Las primeras descripciones de los trastornos ansiosos se encuentran en la literatura del siglo XIX, aunque de manera no sistematizada, ya que todo tipo de alteraciones motoras o síntomas somáticos eran atribuidos a patologías médicas y pocas veces se pensaba en algún trastorno psicológico como la “neurosis”. Cuando llegaba a denominarse así era porque no eran consecuencias de lesiones específicas del sistema nervioso, aunque sí eran secundarias a disfunciones orgánicas (Cullen, Georget, Morel y Beard, citados por Vallejo y Gastó, 1999). Por esta razón, los trastornos ansiosos tardaron mucho tiempo en abordarse seriamente y clasificarlos.

En 1894 Freud describió la *neurosis de ansiedad*, también llamada *neurastenia*, término que desapareció progresivamente como entidad nosológica. Esta neurosis de ansiedad fue definida alrededor de la propia ansiedad, la cual se transformó en el eje central de la patología neurótica y del propio psicoanálisis. Posteriormente, en 1925, Freud describió la *histeria de ansiedad*, equivalente a la que después se llamó *neurosis fóbica*, y la distinguió de la *histeria de conversión* y de la *neurosis obsesiva*; cuadros que tienen como eje central la ansiedad.

Siguiendo el modelo de Freud, hasta 1968, la clasificación de las neurosis era la siguiente:

1. Neurosis de ansiedad.

2. Histeria de ansiedad o neurosis fóbica.
3. Histeria de conversión o neurosis histérica
4. Neurosis obsesiva.

A partir de ese año, el DSM II incluyó más categorías neuróticas en la clasificación, las cuales han sido modificadas a través de los años.

1. 2. Definición de Ansiedad.

Desde el punto de vista evolutivo, Darwin (citado por Vallejo y Gastó, 1999; Rojas, 2001 y Varela, 2002) plantea que la ansiedad es un mecanismo adaptativo, positivo y natural que permite al organismo poner en marcha conductas de defensa ante una amenaza, un peligro real o simplemente para enfrentar una situación difícil. Sin embargo, para muchas personas la ansiedad ha dejado de ser adaptativa y ha pasado a ser una compañera de vida muy molesta, a este estado intenso y agotador se le conoce como ansiedad patológica o trastorno de ansiedad.

La ansiedad como síntoma es un continuo que va desde la emoción normal hasta la ansiedad patológica, la cual supera los límites adaptativos y afecta de forma negativa al rendimiento y el funcionamiento psicosocial. Asimismo, la ansiedad puede estar presente de forma secundaria en numerosas entidades médicas y en casi todas las psiquiátricas, pero en ocasiones se considera que constituye el núcleo central de una serie de síndromes clínicos específicos, los llamados trastornos de ansiedad (Vallejo y Gastó, 1999; Gandara y Fuertes, 1999).

La ansiedad no es solo una respuesta eventual a una situación, sino también una característica constitucional, que junto con otros factores puede llegar a ser un rasgo de personalidad.

El estado de ansiedad es una respuesta transitoria ante un estímulo percibido como amenazante por el individuo (aunque no lo sea), que se desvanece cuando la circunstancia ansiógena desaparece. Mientras que el rasgo se trata de una tendencia constante a reaccionar del mismo modo ante ciertas circunstancias. Un rasgo muy marcado no supone necesariamente la existencia de un trastorno, pero está demostrado que el rasgo puede ser la antesala del trastorno (Gandara y Fuertes, 1999).

La ansiedad va a ser el temor a algo inconcreto e indefinido que se experimenta como anticipación de lo peor, predisponiéndonos a un futuro catastrófico que nos provoca incertidumbre (Rojas, 2001 y Emanuel, 2001). Por ejemplo, la presencia de una enfermedad desatara fantasías acerca de su evolución y pronóstico, llevando al paciente y a su cuidador a presentar ansiedad.

¿Pero que sucede con el miedo, el estrés y la angustia? ¿Acaso son lo mismo que ansiedad? El miedo, al igual que la ansiedad, es una respuesta emocional, sin embargo, la diferencia esta en que en el primero la percepción es de una amenaza concreta, específica, determinada y objetiva que nos trae inquietud; mientras que en la ansiedad se trata de una sensación que incomoda sin razón clara y que se interpreta como algo que esta por venir (Rojas, 2001; Bobes, Bousoño, González y Sáiz, 2001; Varela, 2002).

Por otra parte, el estrés se trata de una sobrecarga humana que depende tanto de la intensidad de la presión como de los recursos con que cuenta el individuo para hacerle frente (Selye, 1974). O bien, como la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas; y que al igual que el miedo, está muy relacionado con situaciones concretas (Gandara y Fuertes, 1999)

Varela (2002) propone dos tipos de estrés:

1. Estrés positivo: donde la tensión actúa como elemento motivador.
2. Estrés negativo: la tensión actúa como elemento desestabilizador.

Los cambios biológicos que se desencadenan durante el estrés siguen un proceso durante el cual el organismo recibe el impacto emocional del problema y trata de hacerle frente. Este proceso es conocido como *síndrome general de adaptación*, que consta de tres fases:

1. Alarma: es cuando surge el problema y se inicia la presión que éste ejerce sobre la persona, disparándose la alerta.
2. Mantenimiento: en este momento se refuerza la activación fisiológica para afrontar la situación; el organismo resiste y lucha.
3. Agotamiento: en este momento el organismo ha combatido, quizá sacando fuerzas de flaqueza.

En general, las situaciones de estrés no son muy prolongadas y se suelen resolver en la segunda fase; sin embargo cuando el problema es irresoluble y el sostenimiento de la sobrecarga personal resulta agotador, la activación o resistencia se desmorona y la persona abatida puede sucumbir a la enfermedad o incluso a la muerte.

Por ejemplo, una madre que tiene a un hijo hospitalizado presentará estrés por dicha situación, lo cual la llevara a sentir ansiedad al inicio ante la condición inesperada, pero también la activara a buscar soluciones. Estas soluciones pueden ser apegarse a las reglas del hospital y del personal médico, buscar redes de apoyo e involucrar al resto de la familia con el ambiente hospitalario; sin embargo, algunas madres no son capaces de desarrollar alternativas de solución, esto debido a características personales e historia de vida. Asimismo, si la madre se sobrecarga y le resulta agotador el cuidado del menor, puede sentirse cansada y enfermar.

Por otro lado, el concepto de angustia suele ser manejado como un equivalente de ansiedad; sin embargo, Bobes et al (2001) y Rojas (2001) la definen como una manifestación somática muy marcada, con sintomatología vegetativa y asociada al miedo. Mientras que la ansiedad se desarrolla en un nivel psicológico fundamentalmente, además la angustia produce una reacción de paralización o bloqueo.

1. 3. ¿Cuáles son los síntomas de la ansiedad?

Existen infinidad de síntomas que pueden describir la ansiedad, como las manifestaciones típicas, donde se observan los síntomas que definen la enfermedad; y las atípicas, cuando el cuadro clínico se aleja de lo establecido, sin embargo, para el DSM IV cada cuadro clínico tiene características específicas.

La ansiedad se puede presentar de cuatro formas (Rojas, 2001):

- En forma de *crisis* (ataques de pánico): que es cuando la ansiedad se asoma de manera repentina, sin previo aviso.
- Como *episodio*: cuando el acontecimiento ansioso aparece de forma más suave, es decir con una intensidad moderada, una duración no tan breve y una instalación progresiva y uniforme.
- Como *temporada*: donde la aparición de la ansiedad es más lenta y progresiva.
- O como *estado*: cuando la totalidad de síntomas se presentan en un momento concreto de una enfermedad.

En general cada persona tiene su modo de expresar la ansiedad, misma que puede manifestarse en tres campos: el pensamiento, la fisiología y la conducta (Varela, 2002). Rojas (2001) incorpora dos campos, el psicológico y el asertivo:

1. Pensamiento: una persona ansiosa se ve asaltada por autovaloraciones negativas, sintiéndose incapaz de enfrentar la situación e imaginando todos los males que pueden derivarse de su incapacidad.

2. Fisiología: el cuerpo es un termómetro de la mente, de modo que, al igual que ante un susto repentino el cerebro actúa de inmediato preparando el metabolismo para la acción, en el momento en el que las alteraciones son muy intensas pueden llegar a generarse trastornos, si esto sucede es obvio que el valor adaptativo (positivo) de la ansiedad se ha perdido y la alerta se ha vuelto contra el propio organismo, llegando incluso, a cronificarse y llevándonos a la aparición de síntomas tales como taquicardia, temblores, tics, tensión abdominal, náuseas, vómitos, etc. o incluso la aparición de enfermedades psicosomáticas.
3. Conducta: la expresión de la ansiedad implica una gran variedad de actos, sin embargo la conducta más significativa del individuo ansioso es la evitación, ya que así nunca enfrentara la situación, sino que a medida que repita su conducta evitativa presentara ansiedad, por lo que, en definitiva, el círculo vicioso no se romperá nunca.
4. Psicológicos: las personas van a presentar inquietud, desasosiego, vivencias de amenaza, temores difusos, inseguridad, sensaciones de vacío interior, disminución de la atención, melancolía, etc.
5. Asertivos: ante la ansiedad los seres humanos no saben qué decir a ciertas personas, no son capaces de iniciar una conversación, tienen dificultad para decir en lo que no se está de acuerdo, bloquearse al hacer preguntas o al responder, adoptar una postura pasiva, etc.

1. 4. Causas de la ansiedad

Para Rojas (2001) la amenaza se sitúa en dos planos inmediatos: el físico y el psíquico:

- Físico: lo biológico alude a que muchas enfermedades físicas producen ansiedad, mismas reflejadas en los cuadros clínicos. Por lo general, esto sucede en enfermedades graves en donde existe un riesgo vital auténtico. Donde existe una fuerte preocupación por la

enfermedad que se padece, misma que desencadena ansiedad de dos maneras fundamentales.

*La ansiedad aparece como un síntoma más de esa enfermedad.

*La ansiedad como crisis añadida, que aflora de modo súbito, inesperado, sin previo aviso.

- Psíquico: esto se refiere a la articulación de los diferentes momentos biográficos, que se conectan entre sí y puede emerger la ansiedad cuando se analiza o recorre la propia vida, sin haber digerido muchos de sus aspectos más esenciales; y se habla de tres esferas.

* Traumas biográficos.

* Factores predisponentes.

* Factores desencadenantes.

Existen cuatro tipos de situaciones vitales que actúan como una potencial amenaza y generan ansiedad en un gran número de personas (Varela, 2002):

1. Situaciones en las que se evalúa a la persona: son aquellas en las que el individuo sabe que puede derivarse una consecuencia negativa para sí mismo. Sin embargo, en este tipo de situaciones se ve el valor positivo de la ansiedad, ya que cierto nivel de tensión suele ser bueno, principalmente en el incremento de la concentración y del éxito. Por ejemplo, las madres con un hijo hospitalizado constantemente se sienten evaluadas, tanto por el personal médico como por los otros pacientes y sus cuidadores, en cuanto al cuidado del enfermo, situación que produce la ansiedad.
2. Situaciones de amenaza interpersonal: el acercamiento con la gente en ocasiones suele ser causa de ansiedad, ya que no siempre los demás resultan amigables; algunos ciertamente no lo son y otros, simplemente no nos lo parecen. De igual forma, una madre que tiene dificultad en sus relaciones interpersonales, tendrá un inadecuado cuidado del enfermo, al presentar ansiedad en el trato con los demás.

3. Situaciones frente a estímulos fóbicos: los seres humanos a diferencia de los animales podemos temer a cualquier cosa, incrementando la posibilidad de presentar ansiedad en algún momento de nuestra vida.
4. Situaciones de la vida cotidiana: para algunas personas la vida diaria comporta muchas amenazas, para ellas las cosas más cotidianas tiene un lado adverso y aterrador. Los más propensos a reaccionar con ansiedad ante este tipo de estímulos, son los que poseen un rasgo de ansiedad, es decir un carácter ansioso.

1. 5. Tipos de Ansiedad.

Gandara y Fuertes (1999) hablan de dos tipos de ansiedad:

- Ansiedad exógena: que definen como aquel estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición (life events).
- Ansiedad endógena: esta es la ansiedad que proviene de los sentimientos vitales y en donde confluye lo somático y lo psíquico.

Por su parte, el DSM IV tiene un apartado de “Trastornos de Ansiedad”, donde aparecen los siguientes:

- Crisis de angustia
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin/ con agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social (trastorno de ansiedad social)
- Por estrés postraumático
- Por estrés agudo
- Ansiedad generalizada
- Por enfermedad médica

Mientras, que la CIE 10 dedica el capítulo 5° a la psiquiatría, y el apartado que describe los trastornos ansiosos es el F40 llamado “Trastornos neuróticos”, que contempla los siguientes subapartados:

- Trastornos de ansiedad fóbica
- Trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansiosos- depresivo)

Este tipo de trastornos difícilmente se presentan en las madres con hijos hospitalizados, lo que generalmente se encuentra son rasgos de personalidad ansiosa.

Como ya se ha mencionado la ansiedad puede ser resultado de situaciones estresantes como el presentar una enfermedad y/ o ser hospitalizados; y a pesar de que cada enfermedad es considerada como una entidad distinta, con sus propias causas, evolución, tratamiento y complicaciones, tienen características comunes en cuanto a las complicaciones psicológicas que éstas desencadenan, siendo mayores cuando se requiere de una hospitalización.

Por eso muchos niños y sus familias sufren emocionalmente cuando un menor es hospitalizado por una enfermedad física. Ya que la palabra hospitalismo presupone la idea de que el hospital actúa patogénicamente no por lo que en él hay, sino por lo que en él falta, es decir, el hospital es la organización institucional de la carencia afectiva (Priego y Valencia, 1988).

Y su impacto sobre la familia puede afectar varias esferas, tales como la económica, la social, la física y la emocional; repercutiendo en la vida de los padres y hermanos del enfermo, en su resistencia física, situación emocional, alternativas profesionales, oportunidades de distracción y actividades sociales, debido a sentirse cansados por los cuidados del enfermo. Los padres suelen estar

deprimidos o ansiosos y por lo general suelen sentirse culpables de la enfermedad y preocupados por la situación de sus hijos, tal como lo refiere Leventhal (1984).

CAPITULO II. DEPRESIÓN

2. 1. Antecedentes

Fue Hipócrates quien acuñó el término de melancolía, del griego melas (negro) y chole (bilis), para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad, que a su parecer tenían un origen natural: la disfunción de la atrabilis. Continuando con esta patología humoral, Galeno identifica tres formas distintas de melancolía: la localizada en el encéfalo, la generalizada (la atrabilis no solo pasa por el encéfalo sino por todo el organismo) y la situada en el aparato digestivo.

Y es desde la medicina griega hasta la época de la Ilustración que gobierna la concepción humoral y temperamental de los padecimientos mentales, la cual relacionaba los problemas que hoy llamamos psiquiátricos con los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, asegurando que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis.

Durante la edad media, filósofos como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, creencia que se comenzó a abandonar tras una publicación de Robert Burton.

Durante el siglo XIX son destacables las aportaciones de Pinel, quien defiende que el trastorno melancólico es un delirio sobre un objeto, sin furor; diferenciándolo del furor maniaco, el delirio maniaco, la demencia y el idiotismo. Con Esquirol se sustituye el concepto hipocrático de melancolía por el de lipemanía, definiéndola como una enfermedad cerebral caracterizada por un delirio parcial, crónico, sin fiebre, con síntomas pasionales, tales como tristeza opresiva y debilitante (Vallejo y Gastó, 2000).

Pero es hasta principios del siglo XX que el término melancolía se cambia por el de síndrome depresivo, desapareciendo por casi 30 años hasta que resurge en el DSM III como sinónimo de depresión endógena y /o psicótica (Vallejo y Gastó, 2000).

Actualmente predomina el enfoque de Emil Kraepelin, quien hace hincapié en la historia y el patrón de los síntomas del momento y su planteamiento de que la enfermedad maniaco- depresiva constituye un espectro genético de trastornos. Clasifica a la depresión en psicótica o grave donde predominan los factores biológicos, en neurótica en la que influyen los factores psicológicos y en la simple donde prevalecen los factores sociales.

Podemos decir que el cuadro depresivo en su forma severa se ha descrito desde la antigüedad y a lo largo del tiempo las descripciones de la experiencia y las manifestaciones de la enfermedad han cambiado muy poco. Lo que si ha cambiado es la conceptualización, la clasificación y el tratamiento de este padecimiento.

2. 2. Definición de depresión

La depresión es una entidad clínica muy frecuente, tanto que se ha vulgarizado y popularizado este término, de tal modo que se ha convertido en una expresión coloquial, pretendidamente culturizada y en algunas ocasiones utilizada con escasa precisión. Por lo que, habría que diferenciar sus tres formas: síntoma, síndrome y cuadro clínico.

En ocasiones se emplea el término depresión para referirse a un estado de animo bajo, por lo que en este caso se trata de un síntoma presente en muchos momentos de la vida de una persona y a lo que denominamos tristeza.

Para Arieti (1990) la tristeza es una experiencia humana normal ante las adversidades y penas de la vida, en donde el elemento “pérdida” siempre está presente y ya ha ocurrido, es decir, el daño ya está hecho y el individuo experimenta una emoción displacentera que no desaparece con rapidez sino que tiende a perpetuarse.

Esto quiere decir que la tristeza está relacionada con el término duelo, ya que éste puede originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena y que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada.

Cuando la depresión es entendida como un síndrome, nos referimos a un conjunto de síntomas, tales como: baja autoestima, desesperanza, apatía, desinterés por las cosas o por los demás, dolores corporales, etc.

Por último, el cuadro clínico de la depresión, se refiere a una entidad diagnóstica o a una clasificación, por ejemplo del DSM- IV. Se diagnosticará un tipo de depresión, cuando el paciente presente un conjunto determinado de síntomas y además cumpla con otras condiciones.

Para Zung la depresión se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, como sentimientos penetrantes y quejas constantes de estar deprimido, triste, descorazonado y temeroso; síntomas fisiológicos tales como una variación diurna, alteraciones en el sueño, disminución del apetito, disminución en el peso, disminución de la libido, estreñimiento, taquicardia y fatiga inexplicable; alteraciones psicomotoras que son de retraso o agitación; y alteraciones psicológicas que incluyen la confusión, vaciedad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, descontento, devaluación personal y reflexión suicida (Zung, 1965).

2. 3. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

Cada uno de los cuadros clínicos de la depresión cuenta con características específicas que definen el trastorno; sin embargo, algunos autores han dividido la sintomatología de la depresión en cuatro grupos (Calderón, 1999):

- Trastornos afectivos. Se refiere a una marcada indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés; tristeza persistente, de tal modo que las cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora ya no lo hacen; inseguridad, manifestando que no tiene confianza en sí mismo y que le cuesta trabajo tomar decisiones; pesimismo, con sentimientos de devaluación personal que hacen que se vuelva mas dependiente de su familia; miedo específico o indiferenciado, incluso en ocasiones absurdo; ansiedad por la mañana que disminuye en el transcurso del día; e irritabilidad ocasionando problemas familiares o en otras áreas.
- Trastornos intelectuales. Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de la depresión, sin embargo pueden presentarse síntomas importantes. Es frecuente que la sensopercepción se encuentre disminuida, captando mal los estímulos; pueden presentarse trastornos de memoria como la dificultad de evocar recuerdos; disminución de la capacidad de atención y concentración; ideas de culpa o de fracaso; y un pensamiento obsesivo.
- Trastornos conductuales. Puede presentarse actividad y productividad disminuida, descuidando sus obligaciones, su aseo personal y su rendimiento en el trabajo; impulsos suicidas; así como, el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia.
- Trastornos somáticos. Este tipo de síntomas constituye en mayor frecuencia el motivo de consulta, presentando problemas en el sueño como el insomnio, un dormir inquieto y en algunos casos hipersomnias; trastornos en el apetito, como la pérdida importante de peso o hambre compulsiva;

disminución de la libido; dolores de cabeza; trastornos cardiovasculares, como una frecuencia o ritmo cardíaco acelerado; mareos, prurito, etc.

Son muchos los síntomas que caracterizan a la depresión; sin embargo, generalmente se asiste al médico por los trastornos somáticos, que son los que más reconoce y molestan al individuo, si no se lleva a cabo un buen diagnóstico, la depresión se enmascara y persiste.

2. 4. Causas de la depresión

La etiología de la depresión ha sido abarcada por diferentes modelos teóricos que intentan dar una mejor comprensión de ésta. Tal es el caso del modelo psicoanalista, del clínico- descriptivo, del neurofisiológico y del conductual.

Mientras que para otros autores como Calderón (1999) y López (citado por Ledesma y Melero, 1989) el origen de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros. Es decir, el estado constitucional y los factores ambientales, en todos los casos, son mutuamente complementarios, aunque exista el predominio de alguno de ellos. Pero no todos los seres humanos son igualmente vulnerables a la depresión y en el inicio de toda depresión hay una serie de factores desencadenantes de la misma, algunas veces de procedencia biológica, otras psicológica y en otras ambiental. Por eso dividen las causas de la depresión en:

- Genéticas. Donde plantea la posibilidad de heredar una depresión, en la mayoría de los casos una depresión psicótica.
- Psicológicas. Que son especialmente importantes en la depresión neurótica, por una mala integración de la personalidad en una etapa formativa (causa determinante) o bien por pérdidas a lo largo de la vida, que no se saben como enfrentar (causas desencadenantes).

- Ecológicas. El hombre ha modificado su medio ambiente buscando una satisfacción, sin embargo ha provocado contaminación atmosférica, problemas de tránsito y ruido excesivo, teniendo como consecuencia negativa para su salud mental, la depresión.
- Sociales. Donde los estados afectivos de depresión pueden ser respuesta a la pérdida de lazos indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie, tales como la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos.

Asimismo, consideran que existe una relación entre el estrés y la depresión, en donde el primero es la manera en que la persona percibe las demandas internas, externas o ambas de modo que exceden sus capacidades y sus posibilidades adaptativas; y la depresión es un sistema de respuesta ante su conflictiva.

Es así como la enfermedad física o la pérdida de la salud es un acontecimiento estresante que va a causar sino un cuadro depresivo si sintomatología depresiva tanto en el paciente como en el cuidador primario. Sin embargo, el que exista dicha respuesta dependerá de la estructura de personalidad, de la historia personal y predisposición para la depresión del individuo.

2. 5. Tipos de depresión

Las dudas acerca de la depresión como enfermedad, síndrome, síntoma o incluso como vivencia normal del ser humano ante los acontecimientos de la vida, pesan en el momento de elaborar una clasificación de estos trastornos.

En un inicio se establecieron clasificaciones dicotómicas, tales como: exógena y endógena (Moebius); psicótica y neurótica (Buzzard)); reactiva y autónoma (Gillespie); vitales y personales (Van Praag); endógenas y neuróticas (Roth); primarias y secundarias (Robins); tipo A y tipo B (Kennedy); o bien fisiológicas y psicológicas (Pollit; citados por Vallejo y Gastó, 2000). La mejor aceptada y la que permaneció en uso a principios de siglo XX fue la de Kraepelin, quien utilizó el

término de psicosis maniaco- depresiva para englobar las formas alternantes o periódicas de enfermedad mental, clasificándolo en estados maníacos, estados fundamentales del humor, estados depresivos o melancólicos y estados mixtos.

En 1992 se publica la CIE 10 que contiene un apartado dedicado a los trastornos del humor (F30- F39), que son:

- Episodio maníaco
- Trastorno bipolar
- Episodios depresivos
- Trastorno depresivo recurrente
- Trastornos del humor persistentes
- Otros trastornos del humor
- Trastornos del humor sin especificación.

Por su parte en el DSM IV, la sección llamada Trastornos del estado de ánimo, los clasifica de la siguiente manera:

- Trastornos bipolares, el cual incluye el bipolar I y bipolar II
- Trastornos depresivos, que contiene el trastorno depresivo mayor, distímico y el no especificado.
- Otros trastornos del estado de ánimo

Asimismo, en el apartado de los Trastornos adaptativos, se encuentran el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, mismo que se presenta tras un estrés psicosocial identificable, en donde su naturaleza y la categoría del cuadro se intuye melancólica.

Otros autores como Calderón (1999) clasifican la depresión en tres categorías:

- Depresión psicótica, donde los elementos genéticos desempeñan un papel importante; se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio.

- Depresión neurótica, donde la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante su etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia y la adolescencia.
- Depresión simple, en donde la personalidad no sufre ningún trastorno psiquiátrico, el enfermo es una persona en un estado satisfactorio de salud mental, y son los problemas psicológicos los que le han provocado un desequilibrio que origina el cuadro depresivo.

Al igual que la ansiedad, la sintomatología depresiva puede aparecer tras una enfermedad física y una hospitalización; sin embargo hay que tomar en cuenta que existen características específicas de la enfermedad y hospitalización que llevaran tanto al paciente como a su cuidador a la presencia de síntomas o incluso de un cuadro clínico específico, que pocas veces se presenta.

CAPITULO III. EFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA MADRE

3. 1. Antecedentes.

El hombre siempre se ha preocupado por su bienestar físico, siendo la muerte uno de los primeros grandes misterios, y teniendo como antesala a la enfermedad, enemiga silenciosa que aparta al hombre de sus actividades cotidianas y lo aísla de sus semejantes, volviéndolo indefenso y dependiente.

En la antigüedad se recurrió a las creencias mágico- religiosas, para entender las diferentes enfermedades, las cuales eran atribuidas a la ira de determinados dioses, y su cura, a la bondad de los mismos. Por ejemplo, en la antigua Grecia, las personas que enfermaban eran consideradas como seres inferiores e imperfectos, manifestándose en éstos la ira de los dioses, por lo que los hombres les ofrecían ofrendas para agradecerlos.

Durante la edad media, la influencia del cristianismo llevo a creer que las enfermedades eran consecuencia de pecados cometidos por las personas y que solo atacaba a los impuros; siendo el sufrimiento una purificación y desarrollo espiritual. Por lo que se divulgaba la humildad, la fe, la esperanza y la caridad.

El que la enfermedad no fuera considerada como algo natural, sino como algo sobrenatural, más allá de los hombres, algo que solo Dios podía dominar, hizo que la asistencia fuera espiritual, más que medica. Así, el origen de los hospitales y hospicios, también contaba con la influencia cristiana, teniendo como objetivo la lucha contra la pobreza, llevar a cabo obras de caridad y utilizarlos como medida de seguridad ante alguna epidemia; y casi siempre desde el punto de vista y dirección eclesiástica. Eran los mendigos, viejos y enfermos, niños afectados de tiña o mujeres víctimas de un mal crónico los que se encontraban en los hospitales (Latorre y Beneit, 1992).

Con la llegada del Renacimiento, aparecieron los descubrimientos científicos, que al inicio fueron desacreditados, ya que trataban de explicar la enfermedad dejando de lado lo religioso. Es así como las explicaciones de las enfermedades pasaron de lo religioso a lo terrenal, se rompieron tabúes como el de la disección, el tocar el cuerpo enfermo y el de la cirugía.

En la época del capitalismo y las revoluciones políticas e industriales, se inicia un periodo de cambios, la salud comienza a verse como un problema que pertenece a la sociedad. Definiendo al enfermo como aquella persona que no podía trabajar, que no era productiva.

Bajo la creencia de que la salud era una responsabilidad de la comunidad y que la sociedad tenía la obligación de velar por la salud de sus miembros se organizaron instituciones y recursos a través de las nuevas autoridades y se implantaron medidas de higiene (limpieza de las calles, creación del alcantarillado, supervisión de los mataderos, reubicación de los panteones, etc.).

Asimismo, debía de estar en manos de especialistas médicos, ya que estos tenían el conocimiento y la técnica que permitían controlar la enfermedad y fomentar la salud. Para este tiempo ya se consideraba que el origen de las enfermedades era puramente orgánico y por eso se implemento el modelo médico, conjunto de ideas con un fundamento científico y practica empirista (Laplantine, 1999).

Las creencias mágico- religiosas continúan ejerciendo una influencia en el origen de la enfermedad, claramente conviviendo con las creencias del modelo médico. Esto, cuando la enfermedad no puede curarse con los conocimientos médicos actuales y en los primeros momentos en que aparece la enfermedad, en donde tanto el enfermo como los familiares de éste consideran que la enfermedad es un castigo de Dios.

Asimismo, la creencia de que el hospital aun guarda ciertos rasgos de las instituciones medievales, las cuales eran centros de caridad, se aclara cuando el enfermo y los familiares se encuentran en la realidad del hospital actual, un lugar donde se promueve la ciencia y se ha invadido de tecnificación de la medicina, promoviendo la neutralidad afectiva en las relaciones humanas, llegando incluso a la desatención afectiva hacia el paciente (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

3. 2. Definición de enfermedad.

Antes de definir enfermedad, se deben considerar algunas cuestiones al significado de salud. Para Dubos y Pines (1981) la salud no es la simple ausencia de enfermedad, sino la capacidad de desenvolverse con eficacia dentro de un medio ambiente. Y como éste cambia constantemente, la salud pasa por un proceso de adaptación continua a los millares de microbios, estímulos, presiones y problemas que desafía diariamente el hombre.

Por su parte, la OMS define a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social. Por lo que la enfermedad también abarcara estas tres esferas (Berlinguer, 1994).

Algunos autores definen a la enfermedad como una pérdida de la armonía o como el trastorno de un orden hasta ese momento equilibrado, refiriéndose a la instauración de un equilibrio (Dethlefsen y Dahlke, 1990). O bien, como un proceso, un movimiento de acción y reacción, un conflicto entre agresión y defensa, que indica un “cambio” en la vida ordinaria de la persona (Berlinguer, 1994 y Rodríguez y Zurriaga, 1997).

El organismo tiende siempre a la homeostasis, es decir, al equilibrio funcional, la enfermedad será una falla de los aparatos reguladores, ya sea por exceso de presión o falta de resistencia, llevando a la incapacidad permanente o transitoria de que el organismo mantenga la homeostasis. Asimismo, se trata de un proceso,

ya que tiene un comienzo, una historia y una conclusión. Se habla de un ciclo continuo de Salud- Enfermedad, que se desarrolla no solo en el interior del organismo, sino entre él y el medio ambiente (Seppilli y Enrico Ciaranfi, citados por Berlinguer, 1994).

La enfermedad como proceso se ha dividido en tres fases: en la primera, se presentan los síntomas físicos y el paciente tiene que realizarse estudios para un diagnóstico, el cual una vez establecido, crea fantasías y negación con respecto a la enfermedad diagnosticada y más cuando se trata de una enfermedad grave. La segunda fase, implica frecuentemente hospitalizaciones y secuelas físicas, que harán que el paciente enfrente la nueva situación y la reorganización de su vida en función de la enfermedad. Finalmente, puede haber dos vertientes, tal vez la muerte del enfermo y lo que implica esta situación o bien, la reestructuración y adaptación de la enfermedad (Rodríguez y Zurriaga, 1997 y Navarro, 2004).

Ahora bien, cuando una persona se encuentra en desequilibrio biológico, éste repercutirá sobre las otras dos esferas (mental y social), es decir, se verán afectadas y contribuirán a que el organismo se estabilice o bien continúe en esa falta de homeostasis.

3. 3. Tipos de enfermedad.

Existen varias clasificaciones de la enfermedad, desde el punto de vista médico se ha utilizado el agruparlas por órganos o aparatos afectados; aunque también existe la clasificación por gravedad, que es mucho más amplia (Nerenz y Leventhal, 1983; citados por Latorre y Beneit, 1992)

- **Enfermedades agudas**

Las enfermedades agudas son aquellas de corta duración y de consecuencias a corto plazo, causadas por factores muy concretos, como virus o agentes bacterianos (Latorre y Beneit, 1992).

Al tratarse de enfermedades definidas y con pronta recuperación, se facilita el entendimiento de la misma al paciente y a los familiares de éste, encontrando una rápida aceptación y adaptación. El apoyo social en este tipo de enfermedades a través de intervenciones educativas y terapéuticas ha logrado que los pacientes se adapten mejor a su enfermedad, tal como lo sugiere Seaburn en sus investigaciones (1996, citado por Navarro, 2004).

- Enfermedades crónicas

Una enfermedad crónica es un trastorno orgánico- funcional que obliga al paciente a modificar su modo de vida y que es probable que persista largo tiempo. Puede ser causada por múltiples factores, como los ambientales y hereditarios (Latorre y Beneit, 1992).

Estas enfermedades pueden clasificarse de forma muy diversa, Kiely (citado por Poveda, 2008) las divide tomando en cuenta los problemas predominantes que se pueden presentar:

1.- Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física: enfermedades de mal pronóstico (oncológicas, SIDA, etc.) y enfermedades que provocan gran dependencia (renales).

2.- Enfermedades que conllevan nociones de dolor o mutilación: enfermedades que en su evolución causan dolor crónico (artritis reumatoide) y enfermedades que conllevan pérdida de la imagen corporal (amputaciones, colostomías, etc.)

3.- Enfermedades que precisan para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida: enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatías, etc.), enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, etc.) y enfermedades respiratorias.

A diferencia de las enfermedades agudas, las crónicas producen un mayor nivel de estrés; ya que éstas suelen llevar largos procesos de diagnóstico y tratamiento que generalmente implican hospitalizaciones periódicas y /o prolongadas.

Pero no solo es el enfermo quien pasa por un periodo de crisis al saber su diagnóstico, también la familia sufre un desequilibrio social y psicológico, presentando intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones.

- Terminales

Siendo la ideología dominante en nuestros días, que la enfermedad debe ser combatida y vencida, se niega el hecho de que ésta puede conducir a la muerte. Y es el caso de las enfermedades terminales, en donde los procesos vitales del enfermo sufren un trastorno tal que está avocado a la muerte en un breve plazo de tiempo (Latorre y Beneit, 1992).

El hecho de enfrentarse con la muerte, a través de un proceso de enfermedad terminal, hace que el enfermo sienta la dificultad de afrontar la vida y que la falta de control lo lleve a una sensación de desamparo. Además, cuando la enfermedad supone mutilaciones y cambios deformantes que dañan la imagen, existe una pérdida de autoestima. En muchos casos se experimenta la muerte como un castigo y se desarrolla una especie de sentido de culpabilidad. Asimismo, se reducen los intereses y se alteran las relaciones interpersonales. Todos estos cambios traen como consecuencia el incremento de la ansiedad y la aparición o potenciación de la depresión en el paciente (Navarro, 2004).

El entorno familiar también responde con el mismo patrón del enfermo, se sienten solos, aislados, apartados, no solo no hablan sobre la muerte sino que la rechazan y la niegan.

3. 4. Definición de hospitalización.

El papel del hospital ha cambiado a través de los años, ya no es el lugar al que se va a morir, es el lugar donde habitualmente se va a nacer, a ser diagnosticado y tratado de múltiples enfermedades. Ya que algunos pacientes se hospitalizan simplemente para que se les puedan practicar pruebas o procedimientos exploratorios, que sería imposible realizar sobre bases ambulatorias; otros son internados porque su tratamiento exige un equipo sofisticado y caro, que solo el hospital puede adquirir y mantener; algunos otros son llevados al hospital a causa de la naturaleza impredecible o grave de su enfermedad (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Es así como los acontecimientos no programados como es el caso de la enfermedad y hospitalizaciones están asociadas con el estrés de una forma importante. Las experiencias voluntarias, deseadas y programadas no parecen tener consecuencias emocionales; mientras que las involuntarias, indeseadas y no programadas sí las tienen. Los hospitales se asocian generalmente con dolor y con la muerte. Su atmósfera suele tener algo de amenazante Pero, ¿qué características del hospital lo hacen ser estresante?

La hospitalización se define como el período de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica referida a la enfermedad (Ortigosa y Méndez, 2000); situación que va acompañada de varios aspectos personales (edad del paciente, escolaridad y estado civil del cuidador primario o responsable, nivel socioeconómico, lugar de residencia, número de hospitalización, estancia hospitalaria, tipo de enfermedad y redes de apoyo), que pueden llegar a ser estresantes tanto para el paciente como para sus familiares, produciendo efectos colaterales que en grado importante podrían evitarse si se contara con un servicio adecuado de asistencia psicológica (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Por eso, el conocimiento de la edad del paciente y de su cuidador, así como su escolaridad, es importante porque nos dirá como explicarles la enfermedad, el tratamiento y los diversos procedimientos. Conocer de donde provienen y con que redes de apoyo cuentan nos da una idea acerca de su adaptación, por ejemplo, a las personas que provienen de algún estado de la republica y no cuentan con familiares cerca del hospital les cuesta más trabajo adaptarse que aquellas que viven cerca del hospital o cuentan con familiares cerca del mismo.

Un aspecto relacionado con el hospital, es que el paciente no solo depende del médico, sino también de otras personas que colaboran para que el trabajo de éste sea más efectivo, tal es el caso de las enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales de la salud, que funcionan como redes de apoyo para el paciente y sus familiares. Es por eso que la interacción médico- paciente debe ser lo mas cordial posible ya que tiene una función transmisora y moduladora de la influencia del hospital sobre el paciente. Sin embargo, es común que dentro del hospital se lleve a cabo el tradicional modelo “biomédico”, que consiste en una tecnología aplicada, dejando de lado al ser humano y sus aspectos psicosociales que inevitablemente se encuentran presentes.

En cuanto al número de hospitalización y estancia hospitalaria, algunas investigaciones reportan que a medida que aumenta el tiempo y la frecuencia de las hospitalizaciones se incrementa el riesgo de problemas conductuales y emocionales, tanto en el paciente como en su cuidador. Aunque, cuando se conoce el funcionamiento del hospital fruto de experiencias previas, el paciente y su familia desarrollan estrategias para enfrentar la experiencia hospitalaria. Sin embargo, se ha encontrado que la primera hospitalización causa mayor preocupación, dado el desconocimiento sobre la dinámica hospitalaria y el desarrollo de ideas infundadas en torno al hospital (Costa, González y Gisbert, 2000).

Otra característica del hospital es el tradicional agrupamiento de pacientes por salas, basado en la edad, sexo y tipo de enfermedad. Hay unidades especiales, como las de crónicos, de infecciosos, de rehabilitación y centros de tratamiento especial para propósitos especiales de diagnósticos. Hay unidades de cuidado rutinario, de cuidados de emergencia y de cuidados intensivos. Y en ocasiones el encontrarse en alguna sala en específico hace que se presente sintomatología ansiosa y depresiva tanto en el enfermo como en el cuidador primario.

Otras condiciones de la hospitalización, tales como la necesidad de aislamiento, de cuidados intensivos o de inmovilización corporal, contribuyen a exacerbar los efectos negativos de la experiencia hospitalaria (Costa, 2000).

3. 5. Ansiedad y depresión en las madres con hijos hospitalizados.

Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente, ya que se interrumpen sus actividades usuales tales como el juego, el estudio y el descanso; asimismo, desaparecen la casa, la escuela, los hermanos y los amigos. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. En el nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar múltiples cambios, como el interactuar con muchas personas a quienes nunca vio, entre ellos los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y estudiantes).

La hospitalización, es entonces una ruptura de elementos para el niño, en la que la separación (de su madre, padre, hermanos y/o de su medio) y la pérdida de su ambiente cotidiano le harán sentirse desprotegido e inseguro ante la situación que vive.

Una hospitalización crea una serie de amenazas reales, imaginadas o potenciales para un niño. La naturaleza exacta de estas amenazas depende de varios factores como son: la edad y nivel de desarrollo, sus experiencias u hospitalizaciones previas, la poca familiaridad con el ambiente hospitalario, el tipo y cantidad de

información que posee, el tipo y cantidad de apoyo que ha tenido de sus padres y otras personas, su personalidad y las características de la enfermedad y del tratamiento (Visintainer y Wolfer, 1975; Teichman, Ben y Lerman, 1986; Mellish, 1969; Goldman y Bohcali, 1996; Reissland, 1983; Kay, 1996; Rodríguez y Zurriaga, 1997; Priego y Valencia, 1988).

Los estudios de Spitz (1945) acerca del “hospitalismo”, originado por la separación del niño pequeño de su madre; y los estudios de Bowlby (1960) acerca de la “ansiedad de separación”, apoyan que el padecer una enfermedad y ser hospitalizado, no presupone que el enfermo tenga capacidad suficiente para saber enfrentarse a la enfermedad o a la hospitalización, por lo que existen reacciones en el menor, en función de su comprensión de la enfermedad, de sus relaciones de dependencia parental, de sus miedos y ansiedades.

Pero no solo es el enfermo el que sufre esta situación, sino también su familia, que desde el inicio de la enfermedad presenta preocupación constante por la recuperación del menor. Si se aprecia a la enfermedad como una forma grave de estrés, las respuestas pueden incluir la formación de una emoción negativa, o de una secuencia de ellas, como ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto e ira. Lipowski (1976, citado por Rodríguez y Zurriaga, 1997) señaló tres estadios de reacciones a la enfermedad:

1. Reacción ante la amenaza de la enfermedad sospechada o diagnosticada, en la cual la ansiedad y el miedo son dominantes.
2. Toma de conciencia de la enfermedad como pérdida real o simbólica y sentimiento de aflicción que puede llegar a ser un síndrome depresivo. Que no tiene que ser necesariamente maladaptativo, más bien, puede ser necesario para la aceptación y el ajuste a la enfermedad.
3. Beneficios obtenidos después del ajuste.

Sin embargo, la importancia que le damos a un síntoma dado depende en gran medida del conocimiento que tenemos de la medicina y de los síntomas corporales. Ciertas enfermedades pueden producir, con mayor probabilidad, reacciones emocionales y complicaciones psicológicas que otras. Lipowski (1976), Castelnuovo y Tedescu (1961, citados por Rodríguez y Zurriaga, 1997), Starret (1961) y Neary (1976) asociaron a las infecciones virales, los problemas cardiacos, colitis ulcerosas, asma, neurodermatitis, anemia, desórdenes endocrinos, tumores malignos y en general a las enfermedades crónicas con reacciones emocionales como la depresión, ansiedad e irritabilidad.

La ansiedad suele estar provocada por la incertidumbre acerca de la evolución de la enfermedad, de manera que ésta tiende a dispararse con la aparición de cualquier síntoma o complicación física (Costa, 2000).

Hill (1949, citado por Latorre y Beneit, 1992) propone tres fases cruciales de la enfermedad, en cuanto a la dinámica familiar:

- Fase de desorganización, cuando se comunica el diagnóstico y se suelen buscar soluciones defensivas ante el problema.
- Fase de recuperación, en donde existe una participación activa de un miembro que había estado periférico, o se busca la comunicación con personas que estén pasando por la misma circunstancia.
- Fase de reorganización, la familia adquiere una nueva forma de organización o funcionamiento familiar.

Si además de presentar una enfermedad el menor se ve en la necesidad de ser hospitalizado, la ansiedad se incrementara por el vago conocimiento de lo que se espera en el hospital, experimentando amenazas reales e imaginarias al igual que el enfermo.

Tal como la menciona Costa (2000), uno de los momentos de mayor tensión para los padres suele ser el ingreso al hospital, ya que conlleva la necesidad de tomar decisiones rápidas en relación con la organización familiar y la adaptación a un entorno desconocido. Y es cuando comienzan las alteraciones en la vida familiar normal, como la separación de los padres, hermanos y amigos, física y psicológicamente, y un cambio de roles que necesariamente se tienen que presentar para enfrentar la hospitalización.

Además, en muchas ocasiones existen situaciones especiales, tales como el permanecer en una unidad de cuidados intensivos; o acontecimientos que aparecen como elementos estresantes suplementarios al acontecimiento mismo de la hospitalización y a la situación misma de ser hospitalizado, como el ser intervenido quirúrgicamente, que de alguna manera incrementarían la ansiedad de los padres y hermanos del enfermo.

Las intervenciones quirúrgicas son una fuente de tensión e incertidumbre para la familia, ya que el niño pasa a depender totalmente del personal médico, generando una pérdida de control en los padres.

Un número importante de padres de niños hospitalizados presentan manifestaciones de ansiedad y depresión. El nerviosismo, el aturdimiento, la dificultad para relajarse, problemas de insomnio y la negación de la realidad, son algunas de las manifestaciones más comunes (Costa, 2000).

Es así como la forma en que la familia enfrente la enfermedad y hospitalización dependerá de varios factores: de las características de la enfermedad, cuanto más grave es una enfermedad, y/ o más invasivos y dolorosos los procedimientos y tratamientos médicos, mayores serán las dificultades de la familia para manejar y hacer frente a las exigencias de la hospitalización del niño. Además, se ha encontrado que en general las enfermedades físicas producen ansiedad, las

enfermedades graves, en donde existe un riesgo vital o enfermedades que requieren de un tratamiento inmediato o de una intervención quirúrgica inmediata, la ansiedad se presenta en mayor grado que en enfermedades crónicas que suelen generar sintomatología depresiva en el cuidador primario por el cansancio y el sentir que su vida ha sido dedicada al hijo enfermo. La adaptación dependerá de si las experiencias previas que haya tenido con la enfermedad han sido positivas o negativas, también las hospitalizaciones frecuentes o de larga duración provocaran agotamiento en la familia y por otra parte, la atención del personal medico tienen un peso determinante en la adaptación de los padres a la hospitalización de su hijo (Costa, 2000).

Otras situaciones que suelen elevar el nivel de ansiedad durante la hospitalización son el ingreso al hospital, el saber el diagnóstico del menor, alguna intervención quirúrgica y el proceso de morir (Navarro, 2004).

Ahora bien, el papel del cuidador primario, que por lo general asume la madre, consiste desde acompañar al enfermo al médico al inicio de la enfermedad, estar al pendiente de su tratamiento, hasta apoyar emocionalmente al menor ante algún procedimiento invasivo. Es decir, no solo esta a cargo de las necesidades básicas del enfermo sino también de las emocionales. La cuestión es, qué tan preparada esta la madre para asumir este rol. Se dice que las mujeres por patrón cultural tienen funciones de servicio y los varones heredan funciones ejecutivas, pero no por este hecho a la mujer se le facilita el cuidado de un enfermo.

La ansiedad y la depresión son las respuestas emocionales más comunes cuando se tiene un hijo hospitalizado, ya que la enfermedad y hospitalización se perciben como situaciones amenazantes, sin tomar en cuenta si el peligro es real o no (Navarro, 2004).

Algunas investigaciones reportan que al inicio de la hospitalización se presenta ansiedad en la madre, al crearse fantasías sobre la evolución de la enfermedad y el tratamiento a seguir. Conforme pasa el tiempo, la madre comienza a reconocer el nuevo ambiente tratando de llegar a una adaptación. Esta dependerá de variables como el tipo de enfermedad, el tiempo de hospitalización y el número de hospitalizaciones que se requieran. La ansiedad se volverá a presentar en momentos críticos como intervenciones quirúrgicas o peligro de muerte para el menor.

En otros estudios (Drotar, Crawford, Buhs, 1984; Rossel, Carreño y Maldonado, 2002; Martín, Mozas, Rodríguez y Cueto 2005; Córdova, 1994) se encontró que las madres presentaron sentimientos de rabia, culpa, angustia y ansiedad durante la hospitalización de sus hijos, al experimentar impotencia y sentido de inutilidad.

Asimismo, si el tipo de enfermedad requiere que el menor se quede más tiempo en el hospital o si constantemente tienen que hospitalizar al menor, la madre comenzara a presentar reacciones depresivas, tales como desánimo, problemas de sueño, cansancio, desesperanza e irritabilidad; y no propiamente un cuadro clínico.

Conforme pasa el tiempo, la madre y el menor permanecen más tiempo juntos, perdiendo individualidad, lo que trae como consecuencia frustración, principalmente en la madre al perder parte de su vida.

Y las reacciones depresivas surgen como resultado de dejar de lado intereses personales, tales como dejar de trabajar, renunciar a proyectos personales, a tiempo de pareja, a atender más a sus otros hijos al dedicar energías físicas y psicológicas al cuidado de la persona enferma.

La cuidadora puede quedar agotada física y psicológicamente como consecuencia de la carga y la renuncia personal que implica el cuidado de la enfermedad. Lógicamente, las posibilidades de agotamiento son mayores si la enfermedad es seria y demanda una gran disponibilidad de la cuidadora. Alcanzando al punto de saturación, la cuidadora puede desarrollar trastornos psicológicos o físicos, o bien abandonar al enfermo.

Algunos datos estadísticos indican que el 69% de las cuidadoras presentan frustración, siguiéndole la tristeza y un 49% padece una depresión prolongada (Ooms, 1995).

Algunas cuidadoras sobreprotegen al enfermo, incrementando su carga de deberes y con el riesgo consiguiente de renunciaciones personales, agotamiento y resentimientos. Por otro lado se puede llegar a la coalición del enfermo y la cuidadora, excluyendo al resto de la familia, creándose relaciones privilegiadas que tiene el beneficio del vínculo emocional (Navarro, 2004 y Costa, 2000)

El sacrificio y la renuncia a ciertos proyectos y necesidades es un problema serio, no es el único, ni probablemente el peor, si sabemos que somos nuestras experiencias y lo que aprendemos de ellas, lo uno y lo otro conforman nuestra identidad. Carecer de las mismas empobrece lo que somos. Por lo tanto, los enfermos como quienes los cuidan tienen la sensación de que sus vidas han sido una estafa, una promesa incumplida, porque experiencias que deberían haber tenido finalmente no las tuvieron. Además, si la enfermedad aparece en un momento en el que se tienen proyectos e intereses diferentes, se sienten aun más frustrados y resentidos (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Y es durante la fase crónica de la enfermedad cuando la disfunción se apodera de la familia, las necesidades de la familia se someten a las del enfermo, con un aumento de resentimiento y de frustración. La familia no habla porque entiende que eso perjudica al enfermo y éste no habla porque capta que eso incomoda a la

familia. Entienden que todo su malestar deriva de la enfermedad, de modo que de curarse todos los problemas desaparecerían, incluida la depresión de la cuidadora.

Se ha encontrado que aquellos pacientes con enfermedades crónicas que reciben psicoterapia junto con el tratamiento médico habitual denotan una mejoría mayor, desarrollando habilidades de afrontamiento y autoconfianza. Asimismo, se han utilizado técnicas cognitivo- conductuales, educativas y de terapia familiar en este tipo de enfermos, encontrando resultados de menos depresión y ansiedad, más activos y satisfechos (Navarro, 2004).

De acuerdo a los resultados de las investigaciones (Lapuente, 1996; Shirley, Thompson, Kenword y Johnston, 1998; Teichman, Ben y Lerman 1986; Ayala, 2001; De la Huerta y Corona, 2003; y Flores, 2002) me parece que el papel de la psicoterapia o el apoyo emocional en el ambiente hospitalario es de vital importancia, ya que al tratarse de situaciones inesperadas y estresantes los familiares del enfermo no saben como reaccionar ante el enfermo y sus mismas emociones.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hospitalización de un niño conlleva a la presentación de diversas reacciones emocionales en la madre (ansiedad, llanto, agresión, etc.) principalmente, ya que ésta, por lo general es quien se encarga del cuidado del menor y con frecuencia nos olvidamos de los cuidadores porque nos interesa el trabajo directo con el paciente, por lo tanto si el cuidador esta bien, este tendrá una influencia sobre el tratamiento y evolución del paciente.

Asimismo, produce una interrupción en el proyecto de vida de los padres, creando temor, ya que no saben como manejar a su hijo ante esta situación, y en muchas ocasiones se olvidan de sus necesidades físicas como comer y dormir, trayendo como consecuencia repercusiones en su salud.

Por lo anterior al evaluar las reacciones emocionales de las madres que se encuentran con un hijo hospitalizado, tomando en cuenta el tipo de enfermedad y los días de hospitalización; se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la duración de la estancia hospitalaria de los niños con el incremento de la ansiedad estado y la sintomatología depresiva en las madres?

JUSTIFICACION

La hospitalización obliga al niño a una separación de sus padres, quienes son los encargados de proveerle la seguridad y conocimiento del medio que le rodea.

El ambiente hospitalario le es desconocido y regularmente llega a asociarlo únicamente con el dolor que le provoca desde una inyección hasta una exploración física y entonces los niños son reconocidos como los “niños chillones,

latosos, que no saben estar sin su mamá”. El conocer el estado emocional de las madres nos permite evaluarla para el desarrollo de futuros programas preventivos, de intervención y educativos de las alteraciones emocionales en la madre.

A nivel hospitalario, si bien en el Hospital Infantil de México Federico Gómez se les permite a las madres permanecer de tiempo completo con sus hijos. Se ha observado que no todas pueden lograr acompañar a sus hijos o permanecer físicamente con ellos; lo cual hace suponer que aquellas mamás que no cuenten con los recursos emocionales para apoyar a sus hijos, pocas veces ellas mismas podrán enfrentar la hospitalización de su hijo.

HIPÓTESIS

1. Sí se relaciona lo prolongado de la estancia hospitalaria de los niños con el incremento de la ansiedad estado y la sintomatología depresiva en las madres.
2. Se presenta mayor nivel de ansiedad estado en las madres a mayor estancia hospitalaria de sus hijos.
3. Se presenta mayor nivel de sintomatología depresiva en las madres a mayor estancia hospitalaria de sus hijos.

OBJETIVO GENERAL

Describir las reacciones emocionales de ansiedad y depresión en las madres de hijos hospitalizados relacionados con su estancia hospitalaria y el tipo de enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el nivel de ansiedad estado en las madres durante la estancia hospitalaria de sus hijos.
2. Describir el nivel de ansiedad rasgo en las madres durante estancia hospitalaria de sus hijos.

3. Describir nivel de sintomatología depresiva en las madres durante la estancia hospitalaria de sus hijos.
4. Correlacionar las variables sociodemográficas (edad de la madre, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad y lugar de residencia) con ansiedad, depresión, estancia hospitalaria y tipo de enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO.

LUGAR

El estudio se realizó en el área de hospitalización del Hospital Infantil de México Federico Gómez SS, el cual es un Instituto de tercer nivel de atención que concentra a pacientes de diversos estados de la república.

DISEÑO

Se trata de un diseño expost- facto, transversal descriptivo.

POBLACIÓN

Mamás de pacientes (niños y niñas de 0 a 18 años) hospitalizados en esta Institución.

MUESTRA

Fueron evaluadas las mamás de niños hospitalizados, obteniendo la muestra por medio de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de muestra se calculo por medio de la siguiente formula:

$$N = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{i^2}$$

N = número de sujetos necesarios.

Z_a = valor de Z correspondiente al riesgo alfa fijado (riesgo de error). En una prueba bilateral es 1.960

P = valor de la proporción que se supone existe en la población.

i² = precisión con que se desea estimar la proporción (es la amplitud del IC).

Sustituyendo los datos, se obtiene un total de **353 pacientes**.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a) Carta de consentimiento informado por escrito para participar en este estudio por la madre (Anexo A).
- b) Mamás de pacientes hospitalizados.
- c) Las madres deben saber leer y escribir.
- d) Pacientes que provengan del D.F. y diferentes estados de la república.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- a) Mamás de niños con diagnósticos de enfermedades crónicas en fase terminal.
- b) Diagnóstico clínico de deficiencia mental o de psicosis en la mamá (criterio clínico).
- c) Mamás de pacientes ubicados en la terapia médica y quirúrgica.
- d) Mamás de pacientes con un tiempo de hospitalización mayor o igual a un año.

VARIABLES (DEFINICIÓN)

	EDAD
Definición Conceptual	Edad que ha vivido una persona.
Definición Operacional	Se registro en años-meses para la mamá y los pacientes.
Escala de Medición	Cuantitativa discreta.
Indicador	Años-meses.

	ESCOLARIDAD DE LA MADRE
Definición Conceptual	Conjunto de cursos que una persona sigue en un establecimiento docente.
Definición Operacional	Se pregunto a la mamá el nivel máximo de estudios cursados y se registro en el Anexo B.
Escala de Medición	Cualitativa Ordinal.
Categoría	Ninguna, Primaria, Secundaria, Medio superior y Licenciatura o

más.

ESTADO CIVIL DE LA MAMÁ

Definición Conceptual	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Condición de un individuo.
Definición Operacional	Se pregunto a la mamá y se registro en el anexo correspondiente.
Escala de Medición	Nivel de medición: Nominal.
Categorías	Soltera (1), Casada (2), Divorciada (3), Viuda (4), Unión libre (5).

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Definición Conceptual	Características sociales y económicas que se conocen a través de una entrevista y que registra los ingresos y egresos mensuales que se perciben en una familia.
Definición Operacional	Se registro de acuerdo a la clasificación que realiza el departamento de trabajo social y se obtendrá del expediente y del carnet.
Escala de Medición	Cualitativa Ordinal.
Categorías	Seis niveles: I; II; III; IV; V y VI.

LUGAR DE RESIDENCIA

Definición Conceptual	Lugar en que se reside; lugar donde vive habitualmente.
Definición Operacional	Se registro de acuerdo al lugar de residencia y se registro en la hoja de datos.
Escala de Medición	Cualitativa Nominal.
Categorías	1: Distrito Federal, 2: Provincia.

SEXO

Definición Conceptual	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes.
Definición Operacional	Se registro el sexo de la persona.
Escala de Medición	Cualitativa Nominal.
Categorías	Femenino, Masculino

ANSIEDAD

Definición Conceptual	Estado de tensión intrapsíquico caracterizado por sentimientos de anticipación del peligro, tensión, aprensión y por tendencias a evitar o escaparse de cierto estímulo no claro. Un temor vago. 1. Ansiedad-Estado: puede conceptuarse como algo que consiste en sentimientos desagradables de tensión y aprensión, percibidos de manera inconsciente con activación o excitación del sistema nervioso autónomo. Es un complejo de reacciones emocionales que surgen cuando un individuo percibe una situación como amenazadora, sin importar que exista una amenaza real. Es transitoria, asociada a una situación específica y puede variar en intensidad y duración (Spielberger y Díaz-Guerrero,1975)
-----------------------	---

	2. Ansiedad-Rasgo: es un aspecto más permanente del modo de funcionamiento del individuo. El rasgo de ansiedad describe la personalidad de un individuo que de manera frecuente experimenta ansiedad, aunque la fuerza que tenga el estímulo para provocarla será relativamente débil (Spielberger y Díaz-Guerrero,1975)
Definición Operacional	Se utilizo el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Anexo C). A través de un punto de corte para ansiedad estado de 43 puntos y para ansiedad rasgo de 47 puntos.
Escala de Medición	Cualitativa Nominal.
Categorías	1. Presencia de ansiedad . 0. Ausencia de ansiedad

DEPRESIÓN

Definición Conceptual	Trastorno en el Estado de Animo en el que el individuo se siente abrumado por sensaciones de tristeza, apatía, sentimientos de culpabilidad e inhibición del curso del pensamiento. En grado intenso se presenta en diversas enfermedades mentales (Suárez, 1989)
Definición Operacional	Se utilizo el Cuestionario de Depresión de Zung.
Escala de Medición	Cualitativa Nominal.
Indicador	0. Dentro de lo normal. 1. Presencia de depresión mínima o ligera. 2. Presencia de depresión moderada o marcada. 3. Presencia de depresión severa o extrema.

NÚMERO DE HOSPITALIZACIÓN

Definición Conceptual	Internar a un enfermo en un hospital o clínica. La hospitalización se define como el período de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica (por ejemplo, diagnóstico y/o tratamiento) referida a la enfermedad.
Definición Operacional	Se registro por número de hospitalización.
Escala de Medición	Cuantitativa discreta.
Indicador	Número de hospitalización.

ESTANCIA HOSPITALARIA

Definición Conceptual	Internar a un enfermo en un hospital o clínica. La hospitalización se define como el período de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica (por ejemplo, diagnóstico y/o tratamiento) referida a la enfermedad.
Definición Operacional	Se registro el total de días de estancia hospitalaria.
Escala de Medición	Cualitativa Ordinal
Indicador	1. De 1 a 15 días 2. De 16 a más días

TIPO DE ENFERMEDAD	
Definición Conceptual	Se llama <i>enfermedad crónica</i> a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca; toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses puede considerarse como crónica (Berube, 1991).
Definición Operacional	Se registró el diagnóstico médico que indicó la madre al momento de la aplicación, agrupándolos en los diferentes tipos de enfermedades crónicas.
Escala de Medición	Cualitativa Nominal
Indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades tipo 1: aquellas que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física (oncológicas y renales) 2. Enfermedades tipo 2: que conllevan nociones de dolor o mutilación (ortopédicas) 3. Enfermedades tipo 3: aquellas que precisan para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida (enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias)

INSTRUMENTOS

Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE).

El Inventario de Autoevaluación de Ansiedad Rasgo-Estado fue desarrollado por C. D. Spielberg.; A. Martínez-Urritia; F. González; L. Natalicio y R. Díaz G (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975)

Esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. la llamada Ansiedad Rasgo (AR) y 2. la llamada Ansiedad Estado (AE). Cada escala contiene 20 reactivos en la que se pide al sujeto describir cómo se siente generalmente para la escala de rasgo y que indiquen cómo se sienten en un momento dado para la escala de estado.

Es una escala autoadministrable y puede ser aplicado ya sea individualmente o en grupo, las instrucciones están impresas en el protocolo. El inventario no tiene límite de tiempo. Primero se aplica la escala de AE y enseguida la escala de AR.

El examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo. La dispersión de posibles puntuaciones para IDARE varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80; En la escala de AE el punto de corte es de 43 puntos donde el sujeto hace buen manejo de su ansiedad en un momento determinado y en la escala de AR el punto de corte es de 47 puntos donde el sujeto no presenta ansiedad patológica que pueda estar afectándolo considerablemente. Después de estos puntos de corte es necesaria una intervención psicológica más profunda ya que afecta el funcionamiento cotidiano del individuo en comparación con otros, pero que para él mismo son significativos. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos.

Para calificar cada escala simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo.

Confiabilidad y Validez.

Knight, Waal-Manning y Spear (1983) reportan un coeficiente alfa de Cronbach de .93 para la escala de AE y .87 para la escala de AR, se encontraron relaciones significativas entre la edad y la calificación total de ambas escalas de -0.04 ($P < 0.10$) para AE y -0.08 ($P < 0.10$) para AR. Asimismo fue aplicada la escala de automedición de la depresión de Zung y reportan que ambas escalas correlacionaron significativamente con 0.54, AE y 0.70, AR con un nivel de significancia $P < 0.001$.

Virella, Arbona y Novy (1994) reportan una consistencia interna (Coeficiente alfa de Cronbach) de .91 (hombres) y .92 (mujeres) en la escala de AE; y .86 (hombres-mujeres) para la escala de AR.

En México, Arias (1990) realiza una investigación en cuatro países latinoamericanos y reportan coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach y validez de constructo en ambas escalas tanto para México como para los otros tres países. Morales y González (1990) realizaron un estudio para ajustar las normas del IDARE para una población obstétrica de 109 mujeres del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) para la detección de sujeto “caso” para dar una intervención oportuna. Utilizaron la técnica Test-Retest cuyo intervalo mínimo fue de tres meses. Los resultados muestran una diferencia de cinco puntos en la dimensión Estado y de seis puntos en el de Rasgo, lo que indica que con un menor puntaje en bruto de AE: 43 y en AR: 47, las pacientes alcanzan el punto de corte para la detección de ansiedad. Confirmando la validez y confiabilidad de este instrumento para la medición de ansiedad.

Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

La Escala de Automedición de la Depresión fue creada por los doctores William W. Zung y D.C. Durham (citado en Suárez, 1989); profesores e investigadores del Centro Médico de la Universidad de Duke en Estados Unidos. Se creó para evaluar la depresión como afecto, síntoma o enfermedad; de forma sencilla. Esta compuesta de 20 reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa. La menor puntuación es para los menos deprimidos. Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son: a) Muy pocas veces; b) Algunas veces; c) La mayor parte del tiempo y d) Continuamente.

Para aplicarla solamente es necesaria la hoja de preguntas y un lápiz, el sujeto contestará según la respuesta que se apegue más a su caso en ese momento. La calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye el protocolo y que trae grabadas el peso que corresponden a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1, 2, 3 y 4 ó 4, 3, 2 y 1 dependiendo la puntuación.

Se suman las calificaciones y el resultado final se remite a una tabla que convierte la calificación en bruto al índice AMD (Índice de Automedición de la Depresión) y es posible deducir una clasificación final auxiliándose con la siguiente tabla:

	INDICE AMD.
A. Dentro de lo normal.	Debajo de 50
B. Presencia de Depresión Mínima.	50 - 59
C. Presencia de Depresión Moderada.	60 - 69
D. Presencia de Depresión Severa.	70 o más.

Confiabilidad y Validez.

En 1945 y 1972 W.W. Zung y cols (citado por Suárez et al., 1989), realizaron un estudio para validar la EAMD utilizando como medidas comparativas el M.M.P.I. y el D.S.I. (Depresión Status Inventory). Se utilizó la correlación Producto-Momento de Pearson observando que el mayor índice de correlación con la escala D (Depresión) que contiene un valor de $r=0.70$. El análisis de varianza para la escala D del M.M.P.I. diferenció a los grupos depresivos y a los que presentaban reacciones de ansiedad a un nivel de significancia de 0.05; mientras el análisis de los índices de la EAMD los diferencia a un nivel de significancia de 0.01 y se usó la correlación Producto-Momento de Pearson para calcular la correlación entre la escala EAMD y el D.S.I. el cual fue de 0.87. Las correlaciones para los diez reactivos pares y para los reactivos nones del D.S.I., fueron de 0.81 y 0.73 con respecto a los reactivos de la EAMD. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos ($P<0.1$).

Lara y Tapia (citado por Suárez, 1989) realizaron un estudio en la Cd. de México para adaptar y estandarizar la EAMD a nuestro país. Incluyeron enfermos psiquiátricos, enfermos no psiquiátricos y sujetos sanos con rangos de edad entre los 17 y 64 años. Utilizaron como prueba control el M.M.P.I. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y las normas de calificación son válidas para nuestro país y que es un instrumento que ayuda a la detección de la

depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas. Y en 1983 (Knight et al.) reportan un coeficiente de confiabilidad de Cronbach .79 en habitantes de Nueva Zelanda y las mujeres puntúan mas alto que los hombres con un nivel significativo de $F=84.73$, $P<0.001$. Asimismo correlaciono el Zung con ambas escalas de IDARE. Sin embargo la validez de este instrumento podría verse afectada por la deseabilidad social que presentan durante la aplicación los sujetos.

• **PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN**

Por medio de la visita a cada sala se obtuvo el registro de los niños que fueron hospitalizados y se localizaron las díadas mamá-hijo que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron evaluados por una psicóloga en forma individual en la sala del hospital. La secuencia de la evaluación fue la siguiente:

- a. Firma de la Carta de Consentimiento (Anexo A): se les explico cual era el objetivo de la realización de este estudio de tal manera que se obtuvo el consentimiento informado.
- b. Se registraron los datos de identificación de la madre y del paciente (Anexo B) se lleno el formato correspondiente por medio de interrogatorio directo.
- c. Se aplico el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.
- d. Se aplico la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.
- e. Una vez evaluada la mamá, se realizo codificación y registro de los datos en la base de datos para su análisis estadístico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación tuvo un riesgo mínimo por lo que solo se solicito por escrito la autorización de la madre para participar en este estudio (Ver Anexo A).

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis se llevo a cabo por computadora a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, Versión 16.0). De acuerdo al tipo de distribución de las variables de estudio y sociodemográficas de la muestra. Los resultados son resumidos en medidas de tendencia central (frecuencias y porcentajes), medidas de dispersión (desviación estándar y varianza). Se calcularon medidas de asociación (Coeficiente de correlación Spearman).

CAPITULO V. RESULTADOS

Características Sociodemográficas.

- Edad de la madre.

La media de edad de las 353 mamás incluidas en este estudio fue de 32 años con 2 meses (\pm 7 años 4 meses). Sin embargo hubo mamás con una edad mínima de 16 años 9 meses y máxima de 54 años 0 meses.

- Edad de los niños.

La mediana (ME) edad de los niños fue de 4 años 0 meses, con una edad mínima de un mes y máxima de 11 años 3 meses.

- Nivel socioeconómico.

Tabla 1. Distribución (frecuencias y porcentajes) del Nivel Socioeconómico de 353 mamás de niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel I	218	61.8
Nivel II	101	28.6
Nivel III	23	6.5
Nivel IV	3	.8
Nivel VI	8	2.3
Total	353	100.0

- Estado Civil.

Tabla 2. Distribución (frecuencias y porcentajes) del Estado Civil de 353 mamás de niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	63	17.8
Casada	182	51.6
Divorciada	17	4.8
Viuda	6	1.7
Unión libre	85	24.1
Total	353	100.0

- Escolaridad.

Tabla 3. Distribución (frecuencias y porcentajes) de la escolaridad de 353 mamás de niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	8	2.3
Primaria	127	36.0
Secundaria	128	36.3
Medio Superior	68	19.3
Licenciatura y más.	22	6.2
Total	353	100.0

- Lugar de residencia.

Tabla 4. Distribución (frecuencias y porcentajes) del lugar de residencia de 353 mamás de niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
Distrito Federal	87	24.6
Provincia	266	75.4
Total	353	100.0

- Numero de hospitalización

Tabla 5. Distribución (frecuencias y porcentajes) del número de hospitalización de 353 mamás de niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
1	147	41.6
2	73	20.7
3	45	12.7
4	33	9.3
5	25	7.1
10	8	2.3
30	2	0.6

Características clínicas.

- Ansiedad Estado (AE).

La media obtenida en la escala de AE fue de 45 puntos (\pm 11 puntos) que es equivalente a la presencia de ansiedad estado durante a evaluación. Sin embargo en la siguiente tabla se muestra la distribución de los niveles de ansiedad ya que hubo mamás que obtuvieron un puntaje mínimo de 20 y máximo de 73 puntos.

Tabla 6. Distribución (frecuencias y porcentajes) del nivel de ansiedad estado (AE) de 353 mamás de niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
Buen manejo de la ansiedad.	163	46.2
Ansiosa en la evaluación.	190	53.8
Total	353	100.0

- Ansiedad Rasgo (AR).

La media de calificación obtenida en la escala de AR fue de 43 puntos (\pm 11 puntos) que es equivalente a la ausencia de ansiedad patológica como rasgo de personalidad.

Tabla 7. Distribución (frecuencias y porcentajes) del nivel de ansiedad rasgo (AR) de 353 mamás de niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de rasgos de ansiedad	226	64.0
Rasgos de ansiedad.	127	36.0
Total	353	100.0

- Depresión.

La media de calificación en los síntomas de depresión de las mamás fue de 52 puntos (\pm 12 puntos) equivalente a la presencia de ansiedad mínima. Se muestra en la siguiente tabla la frecuencia de los diferentes niveles de depresión.

Tabla 8. Distribución (frecuencias y porcentajes) del nivel de depresión de 353 mamás de niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
Dentro de lo normal.	153	43.3
Depresión mínima.	104	29.5
Depresión moderada.	66	18.7
Depresión severa.	30	8.5
Total	353	100.0

- Estancia hospitalaria.

La mediana de días que los niños permanecen hospitalizados es de 14 días con un tiempo mínimo de un día y máximo de 208 días (6 meses 28 días).

Tabla 9. Distribución (frecuencias y porcentajes) de la estancia hospitalaria de 353 niños.

	Frecuencia	Porcentaje
1 a 15 días.	190	53,8
16 a más días.	163	46.2
Total	353	100.0

- Tipo de enfermedad.

Tabla 10. Distribución (frecuencias y porcentajes) del Tipo de Enfermedad de 353 niños hospitalizados.

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades tipo 1	123	34.8
Enfermedades tipo 2	122	34.6
Enfermedades tipo 3	108	30.6
Total	353	100

HIPOTESIS

- A mayor estancia hospitalaria mayor será la ansiedad estado que presenten las mamás.

Tabla 11. Calificaciones obtenidas (media y desviación estandar) de la ansiedad estado (AE) y estancia hospitalaria de 353 mamás de niños hospitalizados.

Estancia hospitalaria	Ansiedad	Estado	N
	Media	\pm DS	
1 a 15 días.	44	10.5	190
16 a más días.	45	10.8	163

No hay diferencias en las medias de ansiedad estado con las dos etapas de la estancia hospitalaria (t-Student $t = -.42$, $p < .67$).

Tabla 12. Distribución (frecuencias y porcentajes) del nivel de ansiedad estado (AE) y estancia hospitalaria de 353 mamás de niños hospitalizados.

Estancia hospitalaria	Ansiedad Estado		Total
	Buen manejo de la ansiedad	Ansiosa en la evaluación	
1 a 15 días.	92	98	190
16 a más días.	71	92	163
Total	163	190	353

No hay diferencias en la presencia o no de ansiedad en los diferentes tiempos de estancia hospitalaria de las mamás ($\chi^2 = .83$, $p < .36$).

Tabla 13. Calificaciones obtenidas (media y desviación estándar) de la ansiedad estado (AE) y tipo de enfermedad.

	Media	\pm DS	n
Enfermedades tipo 1	46.53	10.92	123
Enfermedades tipo 2	42.54	9.82	122
Enfermedades tipo 3	44.94	10.83	108

Existen diferencias en las medias de ansiedad estado con cada uno de los tipos de enfermedad ($F= 4.44$, $p .012$).

Tabla 14. Distribución (frecuencias) del nivel de ansiedad estado (AE) y tipo de enfermedad.

Tipo de enfermedad	Ansiedad Estado		Total
	Buen manejo de la ansiedad	Ansiosa en la evaluación	
Enfermedades tipo 1	48	75	123
Enfermedades tipo 2	67	55	122
Enfermedades tipo 3	48	60	108
Total	163	190	353

Existen diferencias significativas en la presencia o no de ansiedad en el tipo de enfermedad que presentan los niños ($X^2= 6.41$, $p .04$).

- A mayor estancia hospitalaria mayor será la depresión que presenten las mamás.

Tabla 15. Calificaciones obtenidas (media y desviación estándar) de depresión y estancia hospitalaria de 353 mamás de niños hospitalizados.

Estancia hospitalaria	Depresión		N
	Media	± DS	
1 a 7 días.	51	12	190
8 a 15 días.	53	11	163

No hay diferencias en el nivel de depresión comparadas en las dos etapas de la estancia hospitalaria (t-Student $t = -1.3$, $p < .19$).

Tabla 16. Distribución (frecuencias y porcentajes) del nivel de depresión y tiempo de estancia hospitalaria de 353 mamás de niños hospitalizados.

Estancia hospitalaria	Nivel de Depresión				Total
	Normal.	Mínima.	Moderada.	Severa	
1 a 15 días.	88	58	25	19	190
16 a más días.	65	46	41	11	163
Total	153	104	66	30	353

Si hay diferencias en la presencia de depresión en los diferentes tiempos de estancia hospitalaria de las mamás ($\chi^2 = 8.84$, $p < .03$).

Tabla 17. Calificaciones obtenidas (media y desviación estándar) de depresión y tipo de enfermedad.

	Media	\pm DS	n
Enfermedades tipo 1	53.38	12.25	123
Enfermedades tipo 2	50.57	10.51	122
Enfermedades tipo 3	52.65	11.74	108

No hay diferencias en las medias de depresión comparadas con cada uno de los tipos de enfermedad ($F= 1.94$, $p .14$).

Tabla 18. Distribución (frecuencias) del nivel de depresión y tipo de enfermedad.

Tipo de enfermedad	Depresión				Total
	Normal	Mínima	Moderada	Severa	
Enfermedades tipo 1	47	38	23	15	123
Enfermedades tipo 2	58	40	18	6	122
Enfermedades tipo 3	48	26	25	9	108
Total	153	104	66	30	353

No hay diferencias en la presencia de depresión en los diferentes tipos de enfermedad ($X^2= 10.58$, $p .22$).

Tabla 19. Distribución (frecuencia) de la estancia hospitalaria y tipo de enfermedad.

Tipo de enfermedad	Estancia hospitalaria		Total
	1 a 15 días	Mas de 16 días	
Enfermedades tipo 1	67	56	123
Enfermedades tipo 2	79	43	122
Enfermedades tipo 3	44	64	108
Total	190	163	353

Existen diferencias significativas de la estancia hospitalaria en los diferentes tipos de enfermedad ($X^2= 13.32$, $p .001$).

CAPITULO VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Muchos autores (Ayala, 2001; Chávez, 2005; Córdova, 1994; Fernández y López, 2006; Pastrana, 1998; y Priego y Valencia, 1988) han estudiado la reacción emocional del niño durante su hospitalización; sin embargo, no solo implica una reacción emocional de parte del menor, sino también de su familia y principalmente de su cuidador primario, que la mayoría de las veces es la madre.

Es importante la manera en que la mamá percibe la enfermedad y la hospitalización, ya que de ella dependerá cómo perciba la situación el menor.

Este trabajo se realizó con el objetivo de conocer esa reacción teniendo como hipótesis que a mayor estancia hospitalaria de los niños mayor sería la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en las madres, sin embargo, los resultados no confirman dicha relación, esto debido a que una parte de las madres entrevistadas contaban con tratamiento psicológico logrando adaptarse a la situación y aligerando la carga de tener a un hijo hospitalizado; sin embargo no dejaban de sentir ansiedad y tristeza en algunos momentos de la hospitalización. Asimismo, factores como el tipo y pronóstico de la enfermedad son importantes para que exista ansiedad y depresión en la madre.

En el estado de ansiedad se encontró que el 53.8% de las madres se encontraban ansiosas durante la evaluación y solo el 36% presentaba ansiedad como rasgo, como lo mencionan algunos estudios (Drotar, Crawford, Buhs, 1984; Rossel, Carreño y Maldonado, 2002; Martín, Mozas, Rodríguez y Cueto 2005; Córdova, 1994), en donde las madres presentan angustia y ansiedad durante la hospitalización de sus hijos.

Se observa que correlacionando con el tiempo de estancia hospitalaria no existen diferencias significativas, ya que un mayor porcentaje (51.6%) presentó

sintomatología ansiosa en el periodo de 1 a 15 días y no así en estancias prolongadas (48.4%). Esto debido probablemente a lo que algunas investigaciones (Costa, González y Gisbert, 2000; Arenas, Salgado y Estrada, 2004; y Fernández y López 2006) mencionan, como que la primera hospitalización es la que causa mayor ansiedad, dado el desconocimiento e incertidumbre sobre la dinámica hospitalaria, la falta de información sobre la enfermedad y el tratamiento, la interpretación de la madre sobre la enfermedad y la necesidad de tomar decisiones rápidas. Conforme pasa el tiempo, la madre comienza a reconocer el nuevo ambiente tratando de llegar a una adaptación, que dependerá del tipo de enfermedad, el tiempo de hospitalización y el número de hospitalizaciones que se requieran. La ansiedad se volverá a presentar en momentos críticos como intervenciones quirúrgicas o peligro de muerte para el menor. Sin embargo, cuando se conoce el funcionamiento del hospital debido a experiencias previas, tanto el paciente como su familia se adaptan fácilmente a la hospitalización (Costa, González y Gisbert, 2000).

El tiempo de hospitalización no es el único elemento que puede provocar ansiedad en la madre, sino también el tipo de enfermedad, y en general todas las enfermedades físicas producen ansiedad, pero se presenta en mayor grado cuando existe un riesgo vital, un tratamiento o una intervención quirúrgica inmediata. Y es el resultado de las enfermedades o sentimiento producido por ellas lo que incrementa la ansiedad y depresión (Costa, 2000 y Poveda, 2008). Por eso se correlacionó a la ansiedad estado con el tipo de enfermedad, en donde sí se encontraron diferencias significativas, ya que en las enfermedades que corresponden a aquellas que provocan un sentimiento de pérdida y amenaza física (oncológicas y renales), el 39.5% de la población presentó ansiedad estado, un porcentaje mayor comparado con los otros tipos de enfermedad (28.9% para enfermedades ortopédicas y 31.6% para las enfermedades cardiovasculares y metabólicas). Esto debido a que la mayor parte de las enfermedades tipo 1 son graves y constituyen una amenaza para la vida del menor, no así en las

enfermedades tipo 2 que conllevan dolor y mutilación o en las enfermedades tipo 3 que para una evolución favorable se requiere de modificaciones en el estilo de vida.

En cuanto a la sintomatología depresiva se encontró que el 56.7% de las madres se encuentran deprimidas durante la hospitalización de sus hijos (el 29.5% con depresión mínima, el 18.7% con depresión moderada y el 8.5% con depresión severa), así como lo señalan algunas investigaciones (Lapuente, 1996; Carreño y Maldonado, 2002; Martín, Mozas, Rodríguez y Cueto 2005; Córdova, 1994). De igual manera, mencionan que si la enfermedad requiere de una hospitalización prolongada la madre comenzará a presentar reacciones depresivas tales como desanimo, problemas de sueño, cansancio, desesperanza e irritabilidad; y más si tomamos en cuenta que el significado de enfermedad y hospitalización tiene como resultado la muerte. Sin embargo, al correlacionar depresión con estancia hospitalaria se observa que la depresión es mayor en las madres cuando la estancia hospitalaria es de 1 a 15 días y no así al incrementarse. Tal vez, porque existe la idea de fallecimiento del menor al inicio de la hospitalización; pero si permanece más de 15 días es porque probablemente hay un mejoramiento o estabilidad, por lo cual disminuye la sintomatología depresiva.

Asimismo, Costa (2000) señala que las enfermedades crónicas suelen generar sintomatología depresiva en el cuidador primario por el cansancio y el sentir que su vida ha sido dedicada al hijo enfermo. Del mismo modo, en un estudio realizado por Sawyer, Antoniou y cols. (1993, mencionado por Lapuente, 1996) se encontró que en las madres de niños con cáncer, la ansiedad y el insomnio aumentaba en las semanas posteriores al diagnóstico del menor, descendiendo poco a poco, pero haciéndose evidentes los síntomas depresivos. Sin embargo, al correlacionar la depresión con el tipo de enfermedad no se encontraron diferencias significativas, ya que de las madres con sintomatología depresiva solo el 37.8% pertenece a las enfermedades que engloban a las oncológicas y renales; el 32.3%

a las tipo 2 (ortopédicas) y el 29.9% a las tipo 3 (cardiopatías, diabetes y obesidad). Comparando los tipos de enfermedad, se observa que el porcentaje es ligeramente mayor en las enfermedades tipo 1 ya que se trata de aquellas en las que existe un mal pronóstico, es decir existe un alto riesgo de muerte en el menor; esto no quiere decir que en los otros tipos de enfermedad no exista el riesgo de muerte, más bien existen otras preocupaciones como el dolor crónico o la pérdida de la imagen corporal en las enfermedades tipo 2; o el cambio del estilo de vida en las enfermedades tipo 3.

Cabe destacar que las salas de oncología y nefrología cuentan con servicio psicológico que evalúa y da tratamiento a cada uno de los pacientes y sus familiares. Sin embargo, en el resto de las salas el psicólogo solo acude cuando el medico lo cree conveniente, es decir, cuando la actitud del menor o de la madre esta afectando su trabajo. Esto podría explicar los resultados, ya que esperaríamos que un mayor porcentaje de las madres con hijos que padecen una enfermedad tipo 1 presentaran síntomas depresivos.

Finalmente se correlacionó la estancia hospitalaria con el tipo de enfermedad encontrando que tanto los pacientes con enfermedades que implican un sentimiento de pérdida y los que tienen nociones de dolor y mutilación permanecen hospitalizados de 1 a 15 días, mientras que los que tienen modificaciones en su estilo de vida para una evolución favorable permanecen más de 16 días.

La diferencia consiste en que la estancia hospitalaria es menor en las enfermedades tipo 1 porque éstos en su mayoría son hospitalizados para continuar con estudios y ver su avance o bien para seguir un tratamiento; mientras que en las enfermedades tipo 3 las hospitalizaciones pueden ser de más de 16 días ya que algunos pacientes han sido sometidos a una cirugía como los cardiopatas o para ver como reaccionan al tratamiento.

En definitiva, en este estudio sobresale la presencia de ansiedad y depresión en mayor porcentaje en la estancia de 1 a 15 días, debido probablemente a la idea de muerte del menor e incertidumbre de lo que vendrá. Por lo tanto, la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en las madres, no necesariamente es resultado de una estancia hospitalaria prolongada, aunque sí es un elemento importante porque algunas madres reportan cansancio, irritabilidad y problemas de sueño, lo cual las lleva a una deficiente atención para el menor. Por eso, me parece importante la intervención psicológica oportuna en el ámbito hospitalario, ya que ayudara a la madre a desarrollar habilidades de afrontamiento, buscar redes de apoyo y a una mejor y rápida adaptación (Navarro, 2004; y Fernández y López, 2006).

Asimismo, se encontró que el tipo y el pronóstico de la enfermedad, son algunos de los factores que también producen ansiedad y depresión en las madres; ya que no solo algunas enfermedades crónicas tienen un mal pronóstico sino también un alto riesgo de muerte, como las oncológicas. Así cada recaída, visita al medico y análisis frecuentes pueden convertirse en una fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad (Vinaccia y Orozco, 2005).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Finalmente, quisiera mencionar algunas de las limitaciones que observé al llevar a cabo esta investigación. Al iniciar este proyecto me percate que había muchos elementos a tomar en cuenta, sin embargo solo tome aquellos por los que yo apostaba que tenían cierta relación con las variables ansiedad y depresión. En el recorrido del proyecto y análisis de los resultados observe que el tipo de enfermedad y pronóstico, entre otras variables, también se relacionaban y tenían mayor peso en la reacción emocional de las madres.

Otras de las limitantes fue obtener solo una medición y no poder comparar la ansiedad y depresión de una misma persona al inicio y al final de la hospitalización del menor; me encontré con personas que contaban con un tratamiento psicológico y aquellas que no lo tenían y lo necesitaban; madres que era la primera vez que tenían un hijo hospitalizado y aquellas que era común estar en el hospital acompañando a su hijo; personas que pedían una intervención para su esposo y sus otros hijos; creo que había muchas cosas que tomar en cuenta pero no pude abarcar todas, por lo que me parece que dejo abierta la puerta a futuras investigaciones.

Asimismo, me atrevo a decir que se podría iniciar la elaboración de una breve intervención para las madres que no cuentan con tratamiento, ya que como mencionaba en el capítulo anterior algunas de las salas del Hospital cuentan con psicólogos y se trabaja en conjunto con otras disciplinas; sin embargo, me encontré con mamás que tenían una enorme necesidad de hablar, por lo que mi propuesta consiste en armar grupos psicoeducativos tanto para los menores como para sus padres en donde se hablara tanto de lo médico (en que consiste la enfermedad, el tratamiento y la evolución, así como de las posibles cirugías), como de la emocional (redes de apoyo).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez, J. (2002) Estudio de las creencias, salud y enfermedad. México: Edit. Trillas; 13- 33.

Angrilli, A y Helfat, L. (1981) Psicología Infantil. México: Cecsca; p. 9-19.

Arias, G. F. (1990) Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. Rev Inter Psic Educ., 3, 49-85.

Ayala, D. (2001) Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Barrera, F., Moraga, F., Escobar, S. y Antilef, R. (2007) Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión del futuro. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 78 (1), 85- 94.

Beers, M. H. y Berkow, R. (1999) El manual Merk de diagnóstico y tratamiento. España: Edit. Harcourt; p. 2077- 2438.

Berlinguer, G. (1994) La enfermedad. Argentina: Lugar Editorial.

Bobes, J., Bousoño, M., Gonzalez, M. y Sáiz, P. (2001) Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona: Masson.

Bowlby, J. (1998) El apego. España: Paidós.

Burke, P y Elliott, M. (1999) Depression in Pediatric Chronic Illness A Diathesis-Stress Model. Psychol., 40 (1), 5-17.

Calderón, G. (1999) Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Edit. Trillas; 11- 15, 29- 49 y 59- 71.

Caraveo, J., J., González, F., C. y Ramos, L., L. (1985) Indicadores Clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general. Salud Pública Méx. 27, 140-148.

Carbellido, V (1992) Estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y nivel de ansiedad en mujeres con cáncer ginecológico. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Castillo, H (1997) Estilos de afrontamiento en un grupo de madres de niños de 0 a 6 años con diagnóstico de retinoblastoma. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Chávez, M. G. (2005) Estudio comparativo entre los niveles de ansiedad, depresión y autoestima en niños de ocho a doce años con enfermedad congénita de corazón y sus mamás. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Commentary: Family history: A special opportunity for psychosocial intervention. *Pediatrics* 1991; 87 (5): 740-1.

Córdova, B. A. (1994) Distribución del tipo de apego infantil en un grupo mexicano. Disertación Doctoral, Universidad Iberoamericana.

Costa, M., González, R. y Gisbert, S. (2000) El juego y el juguete en la hospitalización infantil. Valencia: Edit. Nau Llibres; 36- 58.

Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire GHQ). Publicación electrónica [citado: junio 18, 2004]. Disponible en: <http://www.nfer->

nelson.co.uk/ghk/faq.htm.

De la Garza, F. (2004) Depresión, Angustia y Bipolaridad. Guía practica para pacientes y familiares. México: Edit. Trillas.

De la Huerta, H. R. B., y Corona, M. J. J. (2003) Evaluación de los Estilos de Afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (1990) La enfermedad como camino. Una interpretación distinta de la medicina. México: Plaza y Janes Editores.

Dubos, R. y Pines, M. (1981) Salud y enfermedad. Argentina: Edit. Offset Multicolor.

Emanuel, R. (2001) La angustia. Argentina, Buenos Aires: Longseller.

Evans, G., Vicuña, M. y Marín, R. (2003) Depresión postparto realidad en el sistema publico de atención de salud. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 68 (6), 491-494.

Eyer, E. D. (1995) Vinculación Madre-Hijo. España: Edit. Herder; p. 71-100.

Fernández, A. y López, I. (2006) Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6 (3), 631- 645.

Flores, M. (2002) Padres de pacientes pediátricos con enfermedad crónica recurrente: mecanismos de afrontamiento. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C. y Well, K. (2003) Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. Rev Chil Neuro-Psiquiar., 41 (2), 103-9.

Gandara, J. y Fuertes J. (1999) Angustia y ansiedad. Causas, síntomas y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide.

García, V. C. R. V. (1999) Manual para la utilización del cuestionario de Salud General de Golberg. Adaptación cubana. Rev Cubana Med Gen Integr., 15 (1), 88-97.

Glaser, H. H., Harrison, S. G. y Lyn, B. D. (1964) Emotional implications of congenital heart disease in children. Pediatrics, 33, 367-79.

Goldman, A. B. y Bohcali, A. (1996) Psychologic prepartation of children for tonsillectomy. Laryngoscope, 76(10),1968-705.

González, F. C. F., Morales, F., Más, C. C., Caraveo, A. J. J. y Gutiérrez, C. E. (1990) El malestar psicológico y su relación con los eventos de la vida: estudio comparativo entre mujeres embarazadas y mujeres con trastornos ginecológicos. AMEPSO, 3, 56-60.

González, F., Morales, C. y Gutiérrez, E. (1993) Detección oportuna de pacientes Gineco-Obstetricas con disfunción Psicosocial. Ginecología y Obstetricia de México. 61, 15-21.

Kay, B. (1996) Efectos psicológicos de la anestesia en los niños. Coloquios anestesiológicos. ICI-FARMA.

Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M. y Toda, M. A. (1994) Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods. Acta Psychiatrica. Scand, 90, 446-50.

Knight, R. G., Waal-Manning, H. J. y Spear, G. F. (1983) Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-rating Depression Scale. B J Clin Psicol., 22, 245-49.

Lapuente, M. V. (1996) Afrontamiento y adaptación emocional en padres de niños con cáncer. Tesis de Maestría, HGUA.

Lartigue, B. T. (2001) La patología limítrofe durante la gestación. *Perinatol Reprod Hum*.

Latorre, J. M. y Beneit, P. J. (1992) Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina: Edit. Lumen; 193- 237 y 319- 350.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. México: Ediciones Roca.

Ledesma, A. y Melero, L. (1989) Estudios sobre las depresiones. España: Edit. Salamanca; 43- 56, 93- 100 y 139-142.

Leonetti, L., Vita, A. E. y Martins, M. B. (2006) Contenido verbal expresado por las madres de bebés prematuros con síntomas emocionales clínicos. Rev. Latino- am Enfermagem, 16 (1), 3-9.

Leventhal, H., Zimmerman, R. y Gutmann, M. (1984) Compliance: A Selfregulation Perspective. En: W. D. Gentry (ed.) Handbook of Behavioral Medicine. Nueva Cork, Guilford Press.

Ley General de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>

Markland, D. y Hardg, L. (1993) Anxiety, relaxation and anesthesia for day-case surgery. Br J Clin Psychol., 32, 493-504.

Martín, B., Mozas, M., Rodríguez, C. y Cueto, A. (2005) Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. Mapfre Medicina, 16 (2), 130- 139.

Medina-Mora, M. E., Padilla, G. P., Campillo-Serrano, C., Mas, C. C., Ezbán, M., Caraveo, J. y Corona, J. (1983) The structure of the GHQ: a scaled versión for a hospital's general practice service in Mexico. Psychol Med., 13, 355-62.

Medina-Mora, M. E., Padilla, G., Mas, C., Ezbán, M., Caraveo, A., Campillo, S. y Corona, J. (1985) Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. Acta Psiquiátr. Psicol. Amer. Lat., 31, 53-61.

Mellish, R. W. (1969) Preparation of a child for hospitalization and surgery. Ped Clin North Am., 16(3), 543-53.

Mercado, C. (1992) Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes quirúrgicos. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Morales, C., F. y González, C., G. (1990) Normalización del Instrumento de Ansiedad (IDARE) en Mujeres Embarazadas. Revista Mexicana de Psicología, 7, 75-80.

Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St Laurent, D. y Saintonge, J. (1998) Correlates of attachment at school age: maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. Child Dev., 69(5), 1390-405.

Navarro, J. (2004) Enfermedad y familia. Manual de Intervención psicosocial. España: Edit. Paidós; 21- 55 y 79- 224.

Ortigosa, Q. J. M. y Méndez C. F. X. (2000) Hospitalización infantil. España: Biblioteca Nueva; p. 19-74.

Padilla, P., Ezbán, B. M., Medina-Mora, M. E., Mas, C., C. y Campillo, C., S. (1984) El médico general en la detección de trastornos emocionales. Salud Pública Méx., 26, 138-145.

Padilla, P., Mas, C., Ezbán, M., Medina-Mora, M. E. y Peláez, O. (1984) Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. Salud mental, 7, 72-78.

Pastrana, D. (1998) Estrés y estilos de afrontamiento ante la enfermedad crónica del paciente pediátrico. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Plata, M. M. E., Castillo, O. M. E. y Guevara, L. U. M. (2004) Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. Revista Mexicana de Anestesiología, 27 (1), 16- 23.

Polaino- Lorente, A. y Martínez, A. (1988) La depresión. España: Edit. Barcelona; 11- 21 y 28- 78.

Poveda, R. (s. f.) Cuidados a pacientes crónicos. Recuperado el 17 de febrero de 2008, de http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_1.htm

Priego, L. A. y Valencia, C. M. (1988) El síndrome de hospitalismo en niños menores de cinco años. Rev Mex Psicol., 5(2), 173-82.

Reissland, N. (1983) Cognitive maturity and the experience of fear and pain in hospital. Soc Sci Med., 17(8), 1389-95.

Rivera, R. M. G. y Rivas, M. J. (2004) Salud mental universitaria. La misión. Disponible en: lamisión@uaq.mx.

Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997) Estrés, enfermedad y hospitalización. España: Edit. Escuela Andaluza de Salud Publica; 9- 128.

Rojas, C. M. (2003) Nivel de conocimientos y tipo de participación que tiene las madres durante la atención del niño hospitalizado en el servicio de Clínica pediátrica del HNERM. Tesis de Licenciatura, UNMSM.

Rojas, E. (2001) La Ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. México: Edit. Vivir mejor temas de hoy; 25- 132.

Romero, M. M. y Medina-Mora, M. A. (1987) Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. Salud Mental., 3, 90-7.

Rossel, K., Carreño, T. y Maldonado, M. E. (2002) Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 73 (1).

Shirley, J. P., Thompson, N., Kenword, M. y Johnston, G. (1998) Parental anxiety before elective surgery in children. Anaesthesia, 53, 956-59.

Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975) IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Manual. México: El Manual Moderno.

Suárez, G. V. (1989) Validación de la Escala de automedición de la Depresión de Zung. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Teichman, Y., Ben, R. F. y Lerman, M. (1986) Anxiety reaction of hospitalized children. Br J Med Psychol., 59, 375-82.

Vallejo, J. y Gastó, C. (2000) Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Edit. Masson; 3- 20 y 165- 212.

Varela, P. (2002) Ansiosa- mente. Claves para reconocer y desafiar la ansiedad. México: Edit. La esfera de los libros; 17- 87.

Virella, B., Arbona, C. y Novy, D. M. (1994) Psychometric Properties and Factor Structure of the Spanish Version of the State-Trait Anxiety Inventory. J Pers Assess, 3, 401-12.

Visintainer, M. A. y Wolfer, J. A. (1975) Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effect on children's and parent's stress responses and adjustment. Pediatrics, 56(2), 187-201.

Wesiack, W. (1995) *Ánimo para la angustia. Actitud creativa ante la enfermedad y la crisis.* Barcelona: Edit. Herder.

Zhan, C. y Millar, M. R. (2003) Excess Length of Stay, Charges and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization. Medical Injuries During Hospitalization, 290 (14), 1868- 1873.

Zamano, C. (2005) *Estilos de afrontamiento con relación a la depresión en mujeres con cáncer de mama.* Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

ANEXO A



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

FEDERICO GÓMEZ

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DR. MARQUEZ NO. 162 C.P. 06720 MÉXICO D.F.
INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIO MEDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
AFILIADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

INVESTIGADORES: M. en C. Alejandra Hernández R., M. en C. Gabriela Tercero Q., Dra. Psic. Mercedes Luque C., Psic. Adriana Scherer I y Psic. Rosa Ma. Chartt L.

DEPARTAMENTO: Psiquiatría y Medicina del adolescente.

México D.F., _____ de 200__.

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar con mi hijo(a) en el estudio "Asociación entre la salud mental, ansiedad, depresión y estilos de afrontamiento de mamás de niños hospitalizados" realizado en esta Institución, cuyo objetivo es conocer las principales sentimientos de las mamás de niños hospitalizados.

El estudio consistirá en la realización de cuatro pruebas psicológicas para evaluar mi estado emocional; no tendrán costo para mí y los datos serán completamente confidenciales. Se me explico que los riesgos a mi persona por contestarlas serán nulos.

Entiendo que del presente estudio se derivará el beneficio de mejorar la atención a las mamás y sus hijos durante la hospitalización al permitirnos evaluar la salud mental de la mamá y disminuir las alteraciones emocionales.

Es de mi conocimiento que soy libre de retirarme del estudio en el momento en que yo así lo desee y que la atención a mi hijo/a en esta Institución NO se verá afectada. También podré solicitar, en cualquier momento, información adicional acerca de los riesgos y beneficios de nuestra participación en este estudio dirigiéndome a: Psic. Alejandra Hernández Roque y Psic. Gabriela Tercero Quintanilla al teléfono 52.28.99.17 extensión: 1060 del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Investigador responsable: _____

Firma: _____

Nombre md: _____ Firma _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Registro hospitalario: _____ No. caso: _____

Testigo: _____ Firma _____

Dirección: _____

Testigo: _____ Firma _____

Dirección: _____

ANEXO B

ASOCIACIÓN ENTRE LA SALUD MENTAL, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE MAMÁS DE NIÑOS HOSPITALIZADOS.

HOJA DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN

No. paciente: _____

Nombre de la mamá: _____

Nombre del paciente: _____

Registro: _____

➤ **Edad:** MD _____ meses.

PACIENTE: _____ meses.

➤ **Sexo:** MD

Fem (1) _____
Masc (2)

PACIENTE:

Fem (1) _____
Masc (2)

➤ **Escolaridad:**

Ninguna (0) _____
Primaria (1)
Secundaria (2)
Medio superior (3)
Licenciatura ó más (4)

➤ **Nivel Socioeconómico:**

Nivel I (1) _____
Nivel II (2)
Nivel III (3)
Nivel IV (4)
Nivel V (5)
Nivel VI (6)

➤ **Estado Civil:**

Soltera (1) _____
Casada (2)
Divorciada (3)
Viuda (4)
Unión Libre (5)

- **Lugar de residencia:** _____
 Distrito Federal (1)
 Provincia (2)

- **Número de hospitalización:** _____

- **Duración de la hospitalización:** _____ (días)
 Fecha de Ingreso: _____ / _____ / _____.
 Fecha de Egreso: _____ / _____ / _____.
día / mes / año.

- **Diagnóstico:** _____

- **Salud Mental de la madre:**
 Caso (1) _____
 No caso (0)

- **Ansiedad Estado:**
 Presente (1) _____
 Ausente (0)

- **Ansiedad Rasgo:**
 Presente (1) _____
 Ausente (0)

- **Depresión:**
 Dentro de lo normal. (0) _____
 Presencia de depresión mínima o ligera. (1)
 Presencia de depresión moderada o marcada. (2)
 Presencia de depresión severa o extrema. (3)

- **Fecha:** _____ / _____ / _____.
Día / mes / año.

- **Realizó:** _____
Nombre completo y firma.

**ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN
WILLIAM W. ZUNG Y DC. DURHAMN**

Nombre: _____ Edad: _____

Registro Hospitalario: _____ Diagnóstico: _____

F. Aplic: _____

Este cuestionario es estrictamente confidencial. Conteste de forma individual; marque con una X la respuesta correcta.

		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
1	Me siento abatido y melancólico.				
2	En la mañana me siento mejor.				
3	Tengo accesos de llanto y deseos de llorar.				
4	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5	Como igual que antes solía hacerlo.				
6	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7	Noto que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo molestias de constipación (estreñimiento).				
9	El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10	Me canso sin hacer nada.				
11	Tengo la mente tan clara como antes.				
12	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14	Tengo esperanza en el futuro.				
15	Estoy más irritable de lo usual.				
16	Me resulta fácil tomar decisiones.				
17	Siento que soy útil y necesario.				
18	Mi vida tiene bastante interés.				
19	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20	Todavía disfruto con las mismas cosas.				

Puntaje crudo: _____

Índice AMD: _____

Diagnóstico: _____