



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

HABILIDADES TERAPÉUTICAS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Autor: Laura Lizondo Montes

Director: María Elena Gállego de las Heras

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
1. LLEGADA DEL NIÑO-JOVEN AL HOSPITAL Y EVOLUCIÓN	4
1.1 Importancia de una buena relación temprana con la figura de apego para poder afrontar una enfermedad	5
2. FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD	7
2.1 El niño y su familia	7
3. RESILIENCIA EN LAS FAMILIAS Y EN NIÑOS HOSPITALIZADOS	11
4. APOYO DEL EQUIPO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO EN EL HOSPITAL.....	13
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA	21

INTRODUCCIÓN

En este trabajo hablaremos sobre las habilidades más convenientes para un terapeuta que trate con población infanto-juvenil hospitalizada.

Para ello pasaremos a relatar un poco el proceso completo que lo envuelve. Desde el momento en el que el niño viene al hospital acompañado de su familia, le ingresan, hacen diversas pruebas y, sobre todo, cómo un psicólogo debe acompañar, orientar, contener y ayudar tanto al niño como a su familia para que el proceso sea lo menos duro posible para ambas partes.

La enfermedad del niño supone siempre un importante impacto familiar y la calidad de vida de este niño está muy ligada al apoyo familiar que tiene.

Los padres de estos niños tienen que amoldarse a las particularidades de la enfermedad que padezca su hijo en sus diferentes estadios (cuando es diagnosticado, durante el tratamiento...) suponiendo una reestructuración de la vida familiar. La enfermedad requiere atención continuada, llegando a provocar importantes cambios emocionales, estructurales... en la vida de la familia.

Ante una enfermedad crónica, los padres y la familia en general reaccionan de manera diferente dependiendo de su grado de vulnerabilidad o resiliencia.

Cuando un profesional, en este caso el personal sanitario, trabaja con las familias de los pacientes hospitalizados, éstos deben tratarles de acuerdo con sus características individuales respetándolas en todo momento, entender el problema de una manera multidimensional, y enseñar a desarrollar en los padres una serie de competencias básicas y la resiliencia.

Se trata de ser capaces de fomentar un ambiente de equipo que cambie los sentimientos de impotencia de las familias y del personal.

1. LLEGADA DEL NIÑO-JOVEN AL HOSPITAL Y EVOLUCIÓN

El niño llega en este momento al hospital, un sitio totalmente desconocido para él. A veces puede llegar a ser incluso hostil, pudiendo generar miedo y por tanto emociones negativas en el niño o joven que aterriza ahí (García, R.; de la Barra, F., 2005).

Para lograr una mejor situación del niño que está en el hospital, es importante desarrollar unas relaciones interpersonales cálidas, cercanas, lo más parecido a un ambiente normal y placentero para él. ¿Cómo es posible llegar a esto? Hablando con el paciente, preguntándole, interesándonos por qué es lo que le gusta hacer en su día a día, qué hobbies tiene, cuáles son sus manías, cómo le gusta que le llamen, etc. La comunicación del terapeuta con su paciente debe ser lo más sincera y cercana posible, sin ambigüedades, utilizando un lenguaje apto y válido para cada niño y cada edad. (García, R.; de la Barra, F., 2005)

También el estar informado sobre aquellas cosas que están de moda o que son actualidad en ese momento para cada rango de edad es muy positivo ya que nos sitúa en una posición privilegiada y de conocimiento, lo que nos puede llevar a vincularnos y ganarnos la confianza del paciente más rápido.

Es importante hablar sobre el efecto que tiene en el niño el hecho de estar ingresado, así como describir aquellas acciones que son llevadas a cabo por los profesionales de la sanidad y cómo su figura favorece el proceso de adaptación de éstos.

Tenemos que tener muy en cuenta que debemos tratar al niño como un sujeto activo en todo esto. Ya que cuando nos relacionamos con los niños como si ellos fuesen un sujeto pasivo en sus cuidados puede llegar a desarrollar en ellos un sentimiento de indefensión. Esto puede generalizarse y llega incluso a afectar a su desarrollo (Salmela et al, 2010)

A continuación, vamos a relatar una serie de miedos a destacar que se dan en niños que se encuentran en esta situación de hospitalización y la expresión de estos (Salmela et al, 2010).

NIÑO HOSPITALIZADO	
Miedos destacados en el niño hospitalizado	Separarse de los padres y de figuras de apego, falta de información, entorno nuevo, equipo médico e instrumentos
Consecuencia de estos miedos	Indefensión, rechazo, oposicionismo, temor a ser abandonados, temor a que les hagan daño.
Expresión del miedo	Llorar, gritar, hablarlo, comportamiento regresivo o inadecuado a la situación, expresión del miedo a través del dibujo...
Emociones	Vergüenza, enfado, ira, desconfianza, miedo, tristeza...

1.1 Importancia de una buena relación temprana con la figura de apego para poder afrontar una enfermedad

Bowlby que destaca por ser uno de los autores más influyentes en cuanto al estudio de la relación entre el niño ingresado y su familia, así como también de fijarse en el niño y su estancia en el hospital piensa que los bebés, al igual que otros bebés de animales mamíferos cuentan con un sistema conductual de apego inherente a los humanos y a otras especies. Esto quiere decir que el bebé se vincula con su figura materna en el rol de primer cuidador (Ainsworth, 1979; Fonagy, 1993; Jané, 1997). Esta relación de apego funciona como un sistema de regulación emocional y, su objetivo principal es la experiencia de seguridad. Por lo que este sistema de regulación donde las señales de cambio en los bebés el cuidador las entiende y las calma, pudiendo así alcanzar la regulación de esos estados (Fonagy, 1999).

Por tanto, una de mis preguntas sería ¿sería positivo para el niño, que según llega y se le hacen las pruebas médicas pertinentes a su enfermedad, reciba una visita y pueda tener el primer encuentro con el psicólogo? Esta visita consistiría en tomar contacto con el paciente, en tranquilizarle a él/ella y a su familia y ofrecerles tu disponibilidad en cualquier duda y angustia. Esto debería ser algo muy positivo para él porque constituye una fuente de

seguridad para el niño como primera toma de contacto con el personal y situación en la que se va a desenvolver durante al menos un tiempo.

El psicólogo Rene Spitz, en 1946, fue el primero en estudiar las dificultades de desarrollo que se daban en los niños que crecían en orfanatos. Se dio cuenta de que aquellos niños que eran aislados de su figura de apego durante una larga duración y, que además coincidía con momentos importantes del desarrollo evolutivo de esos niños donde presentaban ciertos trastornos. (Emde, 1992)

Años después Bowlby, en 1951, siguiendo los pasos de Spitz hizo importantes aportaciones dentro del ámbito de la pediatría y la hospitalización. En lo que se refiere a sus avances, demostró que se producían una serie de trastornos emocionales, del desarrollo evolutivo y psicológicos en el niño, como consecuencia de la retirada y separación de la madre y el niño (Bowlby, 1953; Roberts, 2010)

Hay también otros autores, como Robertson años más tarde, que llegaron a este tipo de conclusiones. Éste observó directamente a niños hospitalizados y se dio cuenta de que se producían cambios en su comportamiento como consecuencia, otra vez, de la separación madre-hijo. Es en este momento cuando surgió la preocupación por este tema. Se empezó a hablar de flexibilizar las visitas del niño con su madre siendo estas de más tiempo e incluso se empezó a hablar de permitir a la madre estar con su hijo el tiempo que durase su hospitalización (Frank R, 1952).

Otros estudios demostraron que aquellos niños que estaban hospitalizados y que eran cuidados, entre otros, por su figura materna, experimentaban menos problemas emocionales y conductuales tras la hospitalización que aquellos niños que se encontraban en las mismas condiciones de hospitalización y de enfermedad, pero con el factor de que la madre no estaba entre las figuras de cuidado (Fagin, 1966).

Se destaca como un factor positivo sobre lo que supone el proceso de hospitalización para niños el recibir aquellos cuidados necesarios por parte de la figura materna o por algún adulto significativo, además del hecho de sentir apoyo y consideración por parte del personal adecuado. (Yogblut y Brooten, 1999)

2. FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

El origen de la enfermedad al igual que sus características particulares son variables que inciden sobre el paciente, en este caso el niño y su familia y sobre cómo viven la enfermedad y el ingreso. Piensan en la enfermedad como una amenaza de muerte, si la enfermedad puede ser aguda o crónica, el diagnóstico, la evolución del proceso, etc. Toda esta situación de enfermedad va unida a un proceso de ajuste donde el niño tiene que ajustar su vida y su cotidianidad al hospital y a la situación que le envuelve, por lo que podría ser algo parecido a un duelo porque el niño está perdiendo la vida de un niño sano como sus otros compañeros y cambiando las expectativas y ajustándolas (García, R.; de la Barra, F., 2005)

Tanto los niños que llegan al hospital por un proceso agudo, como aquellos que llegan debido a una enfermedad grave, tienen tratamientos vividos para el niño como amenazantes, dolorosos e incluso que le pueden llevar a la muerte.

2.1 El niño y su familia

Para los familiares, el ingreso de un hijo sea cual sea la causa de ésta, tiene un significado amenazante para su totalidad, tanto para la parte física como la parte emocional del niño, pudiendo llegar a generar ansiedad. Pero, para los familiares, si el proceso es agudo, es decir, puntual y momentáneo lo viven como un alivio y una descarga de tensión, lo que genera menos repercusión a nivel de interacción entre ellos. Normalmente en este tipo de enfermedades el pronóstico es favorable respondiendo mejor a los tratamientos.

En el caso de que la enfermedad se cronifique o se agrave, la situación que acompaña es distinta. Esto supone un cambio en la cotidianidad y vida de la familia y del niño, generando así una alteración en el aspecto físico, y emocional. La sensación de incertidumbre respecto a la vida del paciente es frustrante.

La familia supone el principal apoyo para el paciente hospitalizado y es la unión entre lo que es el personal sanitario y el paciente, cuando se produce un ingreso de manera inesperada o bien ya estaba programada. La familia supone el círculo más cercano y conocido por el niño, quien en este caso tiene la necesidad fundamental de tener un fuerte apoyo y sostén para poder afrontar el trance que supone una hospitalización, consiguiendo así tener una buena

relación con la familia y llegar a conseguir un bienestar a todos los niveles: social, físico y psicológico. (Barros Torquato, 2012)

El hecho de una hospitalización de un hijo supone una serie de acontecimientos en el ambiente del niño y su familia que genera estrés (Gomes y Oliveira, 2012)

Esto nos lleva a una serie de cambios que se generan en el entorno y que requieren una adaptación por parte de todos, familia y niño. Esta situación puede ser desconocida y llevar a todos los miembros a una sensación de miedo, angustia, incertidumbre o ansiedad por la posible pérdida de salud de un ser al que se quiere. Unido a esto está el hecho de que existe un factor de estrés por la amenaza de muerte o un diagnóstico negativo y poco alentador (Barros Torquato, et al 2012).

Una hospitalización de un ser querido, en este caso de un hijo, supone una reorganización de toda la estructura familiar, y el drástico ajuste a los diferentes aspectos de la vida (Barros Torquato et al, 2012).

Es importante, describir las distintas fases que llegan a vivir las familias del niño que se encuentra hospitalizado, que corresponde a tres fases de la enfermedad (Grau Rubio y Fernandez Hawylak, 2010)

- I. Crisis: primera fase que entiende el periodo previo al diagnóstico médico. Es una etapa muy estresante y tiende a fomentar la ansiedad en la familia. Primera hospitalización del niño.
- II. Crónica: una vez que ya conocemos el diagnóstico de la enfermedad el niño la familia tiene que empezar a aprender a compatibilizar la vida familiar e integrar este nuevo elemento en ella.
- III. Terminal: esta etapa se da en los casos más complicados. Aquí la familia debe afrontar la muerte o pérdida, necesitando así una ayuda psicológica por parte del personal sanitario. Es posible también, que en otros casos el proceso de hospitalización acabe con la curación o mejora de la salud del niño llevándose a cabo el alta hospitalaria.

Se ha observado el hecho de que una pobre adaptación por parte de la familia al entorno hospitalario conlleva síntomas físicos como pueden ser la ansiedad, el estrés, falta de sueño... y no debemos olvidar que el niño está ahí y siente y percibe cualquier desadaptación por parte

de su familia, siendo menos eficaz y productiva su adaptación a la nueva situación (Barros Torquato et al, 2012).

El nivel de adaptación que tienen las personas para hacer frente a las distintas situaciones depende de múltiples factores. Uno de ellos es, entre otros, el nivel de desarrollo evolutivo que tenga la persona (Bsri-Moghaddam, Basiri Moghaddam, Sadeghmoghaddam, y Ahmadi, 2011). Sin embargo, los niños se distinguen de los adultos en que experimentan los acontecimientos de forma diferente y el encontrarse en un contexto o en otro supone enfrentarse a la situación de una manera o de otra. Ellos son capaces de amoldarse a una nueva situación.

Podemos decir que la hospitalización del niño de manera desconocida, de forma amenazante como podrían ser las unidades de cuidados intensivos, donde existe mucho control por parte de los profesionales de la salud y que cuentan con un equipamiento específico provocan en el niño un gran sentimiento de estrés y de angustia (Board, 2005)

Por tanto, la hospitalización puede suponer una brecha en la vida del niño (Vessey, 2003) o puede llegar a conseguirse que se preste a estos pacientes una atención integral de los niños en estas situaciones de hospitalización, teniendo así una mirada del componente físico, psicológico y emocional.

También tenemos que destacar la importancia de una buena atención individualizada centrada en las características de cada paciente en cada momento de su hospitalización. Donde prime la confianza del niño y su familia en el personal sanitario (Tanner, Stein, Olson, Frinter, y Radecki, 2009). Al igual que se ha avanzado mucho en el tema de la hospitalización y la atención al paciente en el hecho que supone incluir el derecho de los padres a estar al lado de sus hijos sin tener que estar pendientes de un horario establecido y coercitivo que les reste tiempo de compartir, y aportar un espacio donde el juego sea principal. También destaca el derecho a estar escolarizado (Gesteira E.C.R, Franco, Cabral, Braga y Ferreira, 2012)

Es importante que se tenga en cuenta el hecho de que deberíamos favorecer las vías de comunicación entre el personal sanitario del contexto hospitalario y los familiares de los pacientes, así como también con el propio niño lo que podría reducir notablemente el estado

de ansiedad de la familia y del paciente. Es importante el acompañamiento y el apoyo social que la familia del niño pueda tener durante el proceso de éste. Esto es un factor determinante de cara a reducir alteraciones emocionales en los padres y en los hijos.

La preparación para adaptarse al ambiente hospitalario es indispensable cuando las estancias son largas y frecuentes, las intervenciones son de alto riesgo o muy invasivas, la enfermedad o las maniobras alteran alguna parte del cuerpo del menor, existen antecedentes de experiencias previas negativas, sufre de fobia a los procedimientos, tiene problema de relación personal o padece de ansiedad excesiva ante la separación de su familia (Ortigosa y Méndez, 2000). El tipo de preparación psicológica al que hacen referencia estos autores consiste en aliviar o disminuir la alteración emocional que supone el proceso de hospitalización para el niño y su familia. Esto debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar. Los estresores que puede haber son desde inyecciones, dolores, riesgo de muerte a pérdida de la autonomía, separación de los seres queridos y contacto con desconocidos.

La evaluación psicológica es un intento de conocer las vivencias del paciente que está ingresado y de poder identificar qué significado tiene para él esa situación, para sus familiares y para el personal de la salud. Esto debemos complementarlo con la aplicación de pruebas que nos permitan registrar las respuestas del niño en los siguientes aspectos: cognitivo, afectivo, psicológico y fisiológico (Ortigosa y Méndez, 2000).

Este tipo de enfermedades crónicas suponen una carga de estrés para el niño y su familia. El tratamiento doloroso a veces, los efectos adversos de la medicación y la salida de la cotidianidad del niño fomentan el estrés. Por lo que afirmamos que la enfermedad de un hijo tiene un gran impacto sobre la vida del niño y su entorno.

La preparación psicológica basada en el juego aporta grandes beneficios porque reduce el estrés, facilita la elaboración y el aprendizaje de estrategias eficaces de afrontamiento. Durante la infancia, cumple funciones recreativas, lúdicas, terapéuticas y educativas (Ortigosa y Méndez, 2000). Este tipo de actividades produce sentimientos de placer y significa una oportunidad para explorar y conocer más cosas. Además de ser un gran estimulante sensorial y creativo. También podemos decir que el juego supone un estímulo

importante a la hora de afrontar distintas situaciones y contribuye al desarrollo de la autoestima.

Para poder llegar a formar un trabajo cooperativo y colaborativo entre la familia del paciente y el equipo terapéutico es importante que éstos conozcan aquellas dudas y preocupaciones que tiene la familia acerca de las necesidades de su hijo. Es importante que tanto padres del niño como el terapeuta consigan una buena relación, con el fin de ayudar en primer lugar al paciente. Que el equipo terapéutico se preocupe de conocer el lenguaje de la familia para poderles entregar de la información. La importancia de informar claramente a los padres y a los niños es un tema de ética fundamentalmente y de implicación, donde destaca el rol que los padres asumen en el cuidado de salud de sus hijos. Así pues, tanto familia y niño serán capaces de entender el diagnóstico del paciente.

Tenemos que decir que es de vital importancia la implicación y la participación de los padres en el cuidado del niño hospitalizado. El psicólogo debe fomentar la participación de los padres en el proceso de tratamiento del niño y proponer pautas de actuación sobre aquellas tareas que podrían desempeñar. Así podremos definir los roles de los padres. El terapeuta debe explicarles a los padres la importancia de su presencia en la pronta y mejora recuperación del niño.

3. RESILIENCIA EN LAS FAMILIAS Y EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Desde un modo de entender la salud mental, la hospitalización y el ingreso puede impactar en el bienestar y en la emocionalidad del sujeto, así como en las relaciones interpersonales y desarrollo del niño. Así mismo también podríamos verlo como una oportunidad para el sujeto para enriquecerse a nivel de experiencia y poder así desarrollar su resiliencia (es la capacidad de la persona para afrontar situaciones de estrés y recuperarse de ello fortalecido)

Existen dos aspectos importantes a destacar a la hora de la hospitalización en lo que se refiere a la familia: el grado de vulnerabilidad y la capacidad de resiliencia. Éste último término se refiere a la capacidad de una persona o de un grupo para lograr los recursos, tener apoyos y hacer uso de ellos y poner sus emociones y procesos bajo control (Grau Rubio y Fernández Hawrylak, 2010).

Si bien es cierto que a mayor movilización por conseguir y tener los recursos, mejor proceso adaptativo tendrá la familia a la nueva situación que es la hospitalización (Grau Rubio y Fernández Hawrylak, 2010). Existe un término que creó Froma Walsh en 1998: resiliencia familiar y hace referencia a la capacidad que tienen ciertas familias para darse cuenta de los problemas y de aquellas limitaciones que existen, y ser capaces de hablar de manera abierta y clara sobre ellos, para poder, finalmente, analizar los recursos que están a su alcance. (Tatsch Neves, Evangelista Cabral, y da Silveira, 2013)

Hay autores que defienden que las diferentes reacciones de las familias se deben a la experiencia en situaciones de crisis y problemas médicos, nivel socio-económico, cultural y sistemas de apoyo disponibles. Además, nos dicen que cada familia tiene una serie de particularidades que la definen, con unos antecedentes socio-culturales, experiencias y recursos que definen la capacidad de poder adaptarse a la situación nueva (Grau Rubio y Fernández Hawrylak, 2010)

También podemos hablar de una serie de variables extrínsecas que tienen un fuerte impacto sobre las familias a la hora de la hospitalización del niño. Estas variables suponen una ayuda en el proceso de adaptación que tienen que llevar a cabo las familias. Este tipo de acciones puede tener un efecto positivo para las familias y de forma indirecta sobre el niño. hablaríamos de:

- Recibir un trato humanizado por parte del personal sanitario, el fomentar que se impliquen en el cuidado del niño y que sean sensibles y tengan empatía (Brooten et al, 2013; Gomes y Oliveira, 2012).
- Una explicación adecuada y comprensible para la familia y el niño, del diagnóstico y una toma conjunta de decisiones (Brooten et al, 2013)
- El que el personal sanitario se interese por el estado de la familia, no solo por la hospitalización del niño y, sobre todo, en caso de que el niño fallezca (Brooten et al, 2013).

Por otra parte, existen acciones, situaciones o formas de actuar que pueden llegar a producir un cierto impacto negativo para las familias y el proceso de hospitalización:

- El no ser sensible, la falta de apoyo por parte de los profesionales a las familias (Brooten et al, 2013)

- La diferencia de opiniones entre el personal del hospital y las familias a la hora de tomar una decisión, o con temas relacionados con el cuidado o el uso de un tratamiento u otro para el niño (Brooten et al, 2013).
- Falta de comunicación entre la familia y el personal sanitario. Esto casi siempre es debido a la falta de empatía a la hora de tener en cuenta la opinión de los padres (Gomes y Oliveira, 2012).
- Usar un lenguaje demasiado técnico y poco adaptado a la familia (Brooten et al, 2013)
- Personal inexperto y con falta de conocimientos sobre cómo es y de qué trata el diagnóstico del paciente (Brooten et al, 2013)

4. APOYO DEL EQUIPO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO EN EL HOSPITAL

Como sabemos la hospitalización conlleva procedimientos de tratamiento, seguimiento, diagnóstico, pruebas médicas, intervenciones, etc, y genera distintas reacciones emocionales como por ejemplo miedo a ser abandonado por sus padres o figuras cuidadoras, oposicionismo del niño o joven ante un medicamento, alerta y cambios en el sueño... (García, R.; de la Barra, F., 2005)

La ayuda psicológica que pueda proporcionar la figura del psicólogo lleva consigo beneficios como la mejora en la disminución de ansiedad que tiene que ver con el hecho de estar hospitalizado, pudiendo así facilitar el proceso de aceptación y adaptación en ese tiempo que allí estará. Así como también se verá mejora en la recuperación orgánica, psicológica y social (García, R.; de la Barra, F., 2005)

El proceso de preparación psicológica en un niño ingresado es, obviamente, un proceso complicado donde la concepción de todos los factores debería ser multidimensional: personal, familiar, social, y educativo, incluyendo así el proceso de adaptación, tratamiento y hospitalización (Carrascal Cavalier, E. 2015)

Otro pilar fundamental es que la intervención terapéutica debe ser ajustada a la edad de desarrollo en la que se encuentra el niño o niña. Esta intervención debe ser favorable a, en

primer lugar, abordar el funcionamiento cerebral, y abordar y entrenar nuevas formas de afrontamiento del estrés. También es importante asegurar en estos pacientes el sentimiento de valía, seguridad y capacidad. Una vez alcanzado esto, es probable poder avanzar a niveles mayores y complejos, como por ejemplo asociaciones cognitivas y que el niño aprenda a sacarle el máximo provecho a las habilidades terapéuticas.

El hecho de involucrar a los familiares en la interacción y proceso terapéutico del niño, haciéndoles partícipes y enseñándoles habilidades y estrategias para acompañar a su hijo, y es beneficioso porque genera experiencias seguras y positivas para el niño.

Ser capaz de desarrollar las habilidades de regulación, la emoción y funcionamiento interpersonal, resignificar los hechos alrededor del elemento traumático y dar lugar a modos de pensar más adaptativos en la actualidad.

Aquí el propio terapeuta es un corregulador emocional, y su objetivo principal es generar un espacio de seguridad a través de unas experiencias amplias y positivas.

Por otro lado, el hecho de poder jugar y divertirse debe ser tenida en cuenta durante este proceso, y será clave y cuando el personal quiera establecer una relación cercana entre él y el niño (Björk et al, 2010).

El sistema sanitario como sistema completo y entendido como una organización, está formado por aquellos profesionales adecuados con características propias y particulares. Estos pueden facilitar el proceso de adaptación del niño y de su familia al proceso de hospitalización que están viviendo gracias a las distintas estrategias (Noreña Peña y Cibanal juan, 2008)

Una de las principales estrategias que contribuyen a mejorar la asistencia sanitaria, es la necesidad que existe de formar a profesionales competentes y cualificados.

Sin embargo, a pesar de que esta figura sea vital para el desarrollo de unos buenos resultados, muchos estudios han llegado a la conclusión de que esta formación tan especializada es un reto difícil de completar (Morgan et al, 2012):

- Falta de recursos
- Formación especializada de alto coste

- Dificultad de ser independiente de los profesionales médicos

Es importante que empecemos a hablar sobre las habilidades terapéuticas que favorecen una buena relación entre psicólogo-paciente. El hecho de que tu paciente te vea como una persona hábil, atractiva y de la que se puede fiar son factores favorecedores de la relación (Goldstein, 1986) porque son formas de influenciar sobre la relación terapéutica de manera positiva. Strong (1968) nos habla de dos modelos terapéuticos que constan de dos estadios:

El terapeuta genera una relación de poder o de influencia sobre su cliente a través de una serie de características que favorecen la relación. Esta forma de influir facilita la calidad y la cercanía de la relación y también promueve la implicación del cliente en la terapia. En esta parte del modelo se sabe que el terapeuta establece este tipo de relación a través de la atribución de una serie de factores de poder que pueden generar en el paciente un cambio de actitud. Estos factores normalmente usados por los terapeutas son:

- a. Poder legítimo
 - b. Poder pericial
 - c. Poder referente
2. El terapeuta se vale de estos factores de influencia para poder generar cambios de actitud en sus pacientes. En este segundo punto del modelo, es muy importante que los pacientes perciban al terapeuta como una persona experta, con atractivo y en la que se puede confiar, porque es a través de esto cómo se puede llegar a determinar la cantidad de influencia que sus terapeutas ejercerán sobre sus pacientes.

La competencia, (Egan, 1990), es la percepción que posee el paciente de que su terapeuta puede llegar a ser útil a la hora de poder ayudarle a resolver sus problemas.

Los pacientes generan este tipo de percepciones a través de ciertos aspectos como puede ser el lenguaje del otro, el sexo... Por lo que, en este momento de la relación terapéutica, el principal objetivo es tratar de entablar una relación efectiva y el vínculo o rapport. Lo dicho anteriormente ayuda al terapeuta a entablar una influencia básica con el cliente. (Cormier, W.H., Cormier, S.,1991).

Señales conductuales de la competencia, atractivo y fiabilidad del terapeuta (Cormier, W.H., Cormier, S.,1991).

Conductas no verbales**Conductas no verbales
(responsiva)****Conducta no verbal**

Contacto ocular	Contacto ocular	Congruencia no verbal
Disposición del cuerpo	Orientación del cuerpo	Aceptación incondicional de aquello que expresa el paciente
Forma de expresión	Sonrisa, asentir con la cabeza	Responsividad
Conducta verbal	Conducta verbal	Conducta verbal
Preguntas que estimulen el discurso y el pensamiento	Estructura	Parafraseo, reflejos de acuerdo con lo que expresa
Atención verbal, interpretación	Autorrevelación puntual y similar a la experiencia del paciente	Confidencialidad, honestidad.

Ahora pasemos a hablar de la confianza como habilidad fundamental a la hora de establecer un vínculo con el paciente.

La confianza es la percepción subjetiva que tiene el paciente y la opinión que saca el cliente acerca de que su terapeuta no le va a mentir ni a traicionar en ninguna forma (Fong Cox, 1983, p.163)

La confianza entre el terapeuta y su paciente lleva asociado tiempo para que pueda formarse y no consiste en un fenómeno fijo y estático, sino que puede modificarse continuamente en función de las acciones de ambos (terapeuta y paciente) (Johnson, 1986)

En el segundo estadio de la terapia donde se produce la evaluación y la definición de los objetivos con los que se quiere trabajar, la confianza es imprescindible para que el paciente haga revelaciones acerca de sus inquietudes y problemáticas y conflictos personales.

En cuanto al tercer estadio de la terapia, es donde el paciente debe actuar y poner en marcha el vulnerable proceso de cambio. Y esta confianza puede servirle y dotarle del coraje necesario para hacerlo (Cormier, W.H., Cormier, S.,1991).

En el proceso de evaluación y finalización de la terapia, es vital la confianza. Una buena finalización del tratamiento (efectiva) viene cuando el paciente confía en la decisión que ha tomado el terapeuta de finalizar, tiene confianza en que no es ni demasiado pronto para hacerlo ni excesivamente tarde y tiene fé en que el terapeuta va a estar suficientemente interesado en seguir revisando y teniendo un seguimiento acerca del paciente una vez se haya ido.

El entorno en el que se encuentra el paciente puede generar emociones distintas ya sea excitación, aburrimiento, gratificación o estrés. Esto depende del nivel en que la persona selecciona determinadas particularidades del entorno del ambiente (Cormier, W.H., Cormier, S.,1991).

Asimismo, otra habilidad terapéutica sustancialmente importante es la escucha activa. La escucha podría ir por delante de cualquier cosa que ocurra en la terapia o que maneje el terapeuta. Cuando un terapeuta no atiende a su paciente escuchándole, éste puede sentir que no tiene ganas de seguir expresándose, se desmotiva en cuanto a seguir analizando y hablando acerca de lo que le ocurre. Esto puede llegar a ser un problema en cuanto a la relación terapeuta-paciente. (Cormier, W.H., Cormier, S.,1991).

Algunos autores, consideran que las respuestas a la escucha activa son la base del proceso terapéutico. En el proceso de escucha, entran en juego una serie de respuestas que nos aclaran si aquello que estamos percibiendo por parte de nuestro paciente es correcto o no. Algunas de ellas serían (Cormier, W.H., Cormier, S.,1991).

- Clarificación: ésta puede servirnos para explicitar el mensaje que nos ha dado el paciente y confirmar si es correcta nuestra percepción. Es válida en cualquier circunstancia en la que no estemos seguros de si hemos entendido o no el mensaje y necesitemos una mayor precisión.
- Parafraseo: consiste en repetir con palabras muy parecidas aquello que nos ha dicho el paciente. Esto se usa para reflejar la parte cognitiva del mensaje.

- Reflejo: éste, por el contrario, se utiliza para reflejar la parte emocional del mensaje que nos ha llegado
- Confrontación: es la respuesta que el terapeuta da a través de la cual este describe las posibles discrepancias y conflictos que existen en lo que dice el paciente.

CONCLUSIONES

En este trabajo lo que he querido reflejar es la importancia de la figura terapéutica en la vida del paciente, en este caso el niño-joven, hospitalizado. Reflejando cómo es la situación del niño y su familia cuando éste enferma; su vida y la de las personas que tiene alrededor da un giro de 180 grados. Desde que el paciente llega al hospital, le hacen pruebas, le diagnostican, le tratan y le dan el alta. Todo esto es el proceso por el que el paciente tiene que pasar. Adentrándonos un poco más en los puntos más destacables de este trabajo, me gustaría resaltar una serie de elementos principales desde mi punto de vista:

1. La importancia de un buen apego del niño con su figura de apego es un factor vital a la hora de que este sepa afrontar la hospitalización y todo el proceso que este conlleva. El saber que desde que naces y llegas al mundo has tenido una figura responsiva y responsable que ha satisfecho todas tus necesidades y que es una persona confiable en la que poder depositar tus deseos y tener la certeza de que ésta sólo va a aportarte beneficio. Es un factor importantísimo porque a partir de esto, el niño va a ver a los demás como personas no amenazantes, va a saber lo que puede esperar de los médicos y del personal que le va a atender porque tiene de referente la figura de protección de su figura de apego o de referencia.
2. Igualmente, el hecho de apoyar a las familias de los niños que se encuentran en esta situación, así como explicarles en qué consiste el tratamiento, tener una buena comunicación con ellos y que sepan que eres esa figura que va a atender a su hijo en todo el camino que dure su estancia allí; que sientan esa preocupación real del psicólogo por el estado de su hijo y de la situación ayudará a los padres y favorecerá de igual manera el estado emocional del niño.
3. La resiliencia, es decir, las habilidades que pueda tener el niño para afrontar este trance de manera positiva. Poder enseñarle al paciente a que este camino le sea menos negativo en todos los aspectos de su vida. Que cuente con la figura del psicólogo como la persona con la que puede desahogarse y que le ayude y dote de habilidades, cuando éste no sepa cómo afrontar su situación.
4. Y como habilidades terapéuticas que destaco como más importantes son la escucha activa, para poder saber y poder entender todas las emociones, sentimientos y

conductas que está desarrollando el paciente y poder ayudarlo a través de nuestras respuestas, ya sea el reflejo, la confrontación... para que esto nos ayude a aclarar y dilucidar aquello que le ocurre. Del mismo modo que el entorno contribuye a favorecer una serie de sentimientos y pensamientos en el paciente que es necesario tratar.

5. También igual de importante, es nuestro lenguaje no verbal como psicólogos. Como figura de referencia debemos de mostrar un interés con nuestro cuerpo y nuestros gestos. Interés por el estado del otro. Y que éste sienta que realmente estamos ahí porque queremos y nos interesa ayudarlo. Del mismo modo, es también importante y un punto de referencia, el lenguaje no verbal del paciente. A través de éste podremos saber muchas cosas acerca de lo que expresa verbalmente.

Me he centrado en el niño como figura más importante de todo el proceso, donde el terapeuta desempeña un papel de apoyo, ayuda, donde acepta incondicionalmente al niño, le quiere entender y proporcionar todas las habilidades que necesita para afrontar su proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Björk, M., Nordström, B., Hallström, I. (2006). Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: An observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24 (3), 210-219.
- Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*. Baltimore MD: Penguin Books
- Board, R. (2005). School-age children's perceptions of their PICU hospitalization. *Pediatric Nursing*, 31 (3), 166-175.
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Seagrave, L., Caicedo, C., Hawthorne, D., Hidalgo, I., y Roche, R. (2013). Parent's perceptions of health care providers actions around child ICU death: What helped, what did not. *Am J Hosp Palliat Care*, 30 (1), 40-49. Doi: 10.1177/1049909112444301
- Bsiri-Moghaddam, K., Basiri-Moghaddam, M., Sadeghmoghaddam, L., y Ahmadi, F. (2011). The concept of hospitalization old children from the view point of parents and children. *Iran J Pediatr*, 21 (2), 201-208
- Carrascal Cavalier, E
- Cormier, W.H., Cormier, S. (1991). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Cole Publishing Company Pacific Grove, California.
- Egan, G. (1990). *The skilled helper; Model, skills, and methods for effective helping*. Pacific Grove, CA.; Brooks Cole.
- Emde, R. N (1992). Individual meaning and increasing complexity: Contributions of Sigmund Freud and Rene Spitz to developmental psychology. *Developmental Psychology*, 28 (3), 347-359.

- Fagin, C. (1966). The effects of maternal attendance during hospitalization on the post hospital behavior of young children. Philadelphia: F.A. Davis
- Fong, M. L., & Cox, B. G. (1983). Trust as an underlying dynamic in the counseling process. How clients test trust. *Personal and Guidance Journal*. 62, 163-166.
- Frank R. (1952). Parents and pediatric nurse. *American Journal of Nursing*, 52 (1), 76-77.
- Fuentes Opplieger, V. (2013) *La alfombra mágica: técnicas terapéuticas y actividades lúdicas para niños y niñas*. Santiago de Chile: corporación OPCIÓN.
- García, R., de la Barra, M. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. Vol 16 (4), pp. 41-236.
- Gesteira E. C. R, Franco, E. C. D., Cabral, E. S.M., Braga, P.P., y Ferreira, M. A (2012). Benefits of children's and juvenile tales to the hospitalized child from the perspective of nursing professionals. *Journal of Nursing*, (6 (10), 2463-2468. Doi:10.5205/ reuol. 3111-24934-1-LE. 0610201218
- Gomes, G.C., y Oliveira, P.K. (2012). Experiencia de la familia en el hospital durante la hospitalización del niño. *Rev. Gaúcha Enferm*, 33 (4), 165-171.
- Grau Rubio, C., y Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33 (2), 203-212
- Johnson, J.M., & O'Neill, G. (1973). The analysis of performance criteria defining course grades as a determinant of college student academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 261-268.
- Méndez, F.X., Ortigosa, J.M., Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*. Vol 4 (2), pp, 193-209.

- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S., Espada, J.P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*. Vol 1 (1), pp. 139-154
- Morgan, C., Barry, C, y Barnes, K (2012). Master's programs advanced nursing practice: New strategies to enhance course design for subspecialty training in neonatology and pediatrics. *Advances in Medical Education and Practice*, 3, 129-137.
- Naranjo, I.L., & Castillo, A.F. (2006). Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de educación*, 341, 553-577.
- Noreña Peña, A. L., y Cibanal Juan, L. (2011). La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (6)
- Oré, J. (2015). Psicología de niños hospitalizados. *Interacciones*. Vol 1 (2), pp, 109-110-
- Ortigosa, J.M., Xavier Méndez, F., Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. 6 (2-3) pp. 413-428
- Ortigosa, J.M. y Méndez, F.X. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Repeteur Safrany, K., Quezada Len, A. (2005). Vinculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. Vol 6 (11). ISSN: 1067-6079.
- Roberts, C.A. (2010). Unaccompanied hospitalized children: A review of the literature and incidence study. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 470-476. Rui
- Salmela, M., Salanterä , S., y Aronen, E. T. (2010). The experience of hospital- related fears of 4-to-6-year-old children. *Child: Care, Health and Development*, 37 (5), 719-726

- Serradas Fonseca, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar Pedagogy at the hospital and the sick child: Another aspect of family intervention. Vol 24 (71). ISSN: 0798-9792.
- Tanner, J. L., Stein, M. T., Olson, L. M., Frinter, M. P., y Radecki, L. (2009). Reflections on well- child care practice: A national study of pediatric clinicians. American Academy of Pediatrics, 124 (3), 849-857.
- Tatsch Neves, E., Evangelista Cabral, I., y da Silveira, A. (2013). La red familiar de niños con necesidades especiales de salud: implicaciones para enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21 (2).
- Velasquez Aguilar, L.O, (2014), Niños hospitalizados: Guía de intervención psicológica en pacientes, Lima, (editorial UPC, Ed)
- Vessey, J. A. (2003). Children's psychological responses to hospitalization. Annual Review of Nursing Research, 21, 173-201.
- Vessey, J.A, y Mahon, M.M. (1990). Therapeutic play and the hospitalized child. Journal of Pediatric Nursing, 5, 328-333.wil