



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotras: **PAMELA LUCÍA CONTRERAS BECERRA**, con C.I. 171208422-5 y **DIANA CAROLINA VALENZUELA CÁRDENAS**, con C.I. 171981200-8, autoras del trabajo de graduación intitulado: **“DISEÑO DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN BASADO EN EL JUEGO PARA DISMINUIR EL ESTRÉS PREOPERATORIO EN NIÑOS QUE SE VAN A INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE”**. Estudio realizado desde la perspectiva cognitiva, con niños de 5 a 9 años que acuden a la Misión de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador, en el período octubre-diciembre 2014, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGAS CLÍNICAS**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2014

PAMELA LUCÍA CONTRERAS BECERRA

C.I. 171208422-5

DIANA CAROLINA VALENZUELA CÁRDENAS

C.I. 171981200-8

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

“DISEÑO DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN BASADO EN EL JUEGO PARA
DISMINUIR EL ESTRÉS PREOPERATORIO EN NIÑOS QUE SE VAN A INTERVENIR
QUIRÚRGICAMENTE.”

ESTUDIO REALIZADO DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVA, CON NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS
QUE ACUDEN A LA MISIÓN DE LA FUNDACIÓN OPERACIÓN SONRISA ECUADOR, EN
EL PERIODO OCTUBRE – DICIEMBRE 2014.

CONTRERAS BECERRA PAMELA LUCÍA
VALENZUELA CÁRDENAS DIANA CAROLINA

DIRECTORA: MÁSTER PAULINA BARAHONA CRUZ

QUITO, 2015

Quizás el recuerdo de Hans Selye, "el hombre moderno debe dominar su estrés y aprender a adaptarse, pues de lo contrario se verá condenado al fracaso profesional, a la enfermedad y a la muerte prematura", sea hoy mejor interpretado.

(Slipak, 1991)

Agradecimientos

A nuestros padres por su ejemplo, dedicación y esfuerzos incalculables para que podamos llegar a esta meta.

A nuestras familias por su cariño incondicional.

A nuestros amigos y amigas por sus palabras de apoyo, su compañía y su preocupación.

A nuestra querida directora de tesis, Paulina Barahona, por su paciencia, dedicación y conocimientos brindados durante este largo camino.

A la Fundación Operación Sonrisa Ecuador, por su admirable labor comunitaria y por la ayuda brindada durante todo este proceso.

Tabla de Contenidos

Resumen.....	iv
Introducción.....	1
1. Capítulo 1.....	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Datos de la institución.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	5
1.4. Antecedentes.....	7
1.5. Justificación del proyecto.....	8
15.1. Razones sociales.....	8
1.5.2. Razones personales.....	9
1.5.3. Razones teóricas.....	9
1.6. Objetivos.....	11
1.6.1. Objetivo general.....	11
1.6.2. Objetivos específicos.....	11
2. Estrés preoperatorio.....	12
2.1. Estrés.....	12
2.1.1. Concepto de estrés.....	12
2.1.2. Causas del estrés.....	17
2.1.3. Evaluación de estrés.....	18
2.1.4. Clasificación de estrés.....	19
2.2. Estrés preoperatorio.....	20
2.2.1. Causas del estrés preoperatorio.....	22
2.2.2. Efectos del estrés preoperatorio.....	23
3.3. El juego, una alternativa para la preparación psicológica con niños.....	25
3. Etapa diagnóstica.....	28
3.1. Metodología.....	28
3.2. Características de la población.....	30
3.2.1. Caracterización de la población por edad.....	30
3.2.2. Caracterización de la población por sexo.....	31
3.2.3. Caracterización de la población por ciudad de referencia.....	31
3.3. Instrumentos.....	33
3.4. Resultados.....	34
3.4.1. Entrevista semi estructurada a padres.....	34
3.4.1.1. ¿Quién acompañó al niño?.....	34
3.4.1.2. ¿Se le habló de la operación?.....	35
3.4.1.3. ¿Quién le habló de la operación?.....	36
3.4.1.4. ¿Qué se le dijo acerca de la intervención?.....	37
3.4.2. Observación realizada a los niños en la etapa preoperatoria.....	38
3.4.2.1. Área Cognitiva.....	39
3.4.2.2. Área Conductual.....	41

3.4.2.3. Área Fisiológica.....	43
3.5. Discusión de resultados.....	45
4. Producto.....	48
4.1. Objetivo del proyecto.....	49
4.2. Actividades.....	49
4.3. Hipótesis o supuestos.....	49
4.4. Precondiciones.....	50
4.5. Indicadores.....	51
4.6. Fuentes de verificación.....	51
4.7. Sostenibilidad.....	51
4.8. Medios o insumos.....	51
4.9. Presupuesto.....	55
4.10. Matriz de marco lógico.....	55
4.11. Monitoreo.....	57
4.12. Evaluación.....	57
4.13. Destinatarios.....	61
4.14. Cronograma.....	62
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	66
Bibliografía.....	68
Anexos.....	70
Anexo 1: Guía de observación preoperatoria.....	71
Anexo 2: Entrevista semi estructurada.....	72
Anexo 3: Guía de observación post quirúrgica.....	73

Índice De Tablas

Tabla 1: Resumen De Actividades.....	28
Tabla 2: Población Por Sexo.....	31
Tabla 3: Població Por Ciudadad De Referencia	32
Tabla 4: Acompañante	34
Tabla 5: ¿Se Le Habló De La Operación?	35
Tabla 6: ¿Quién Le Habló De La Operación?	36
Tabla 7: ¿Qué Se Le Dijo?.....	37
Tabla 8: Respuestas Cognitivas	40
Tabla 9: Respuestas Conductuales.....	42
Tabla 10: Respuestas Fisiológicas	44
Tabla 11: Medios O Insumos.....	52
Tabla 12: Detalle Del Kit Médico.....	53
Tabla 13: Presupuesto.....	55
Tabla 14: Matriz De Marco Lógico	56
Tabla 15: Respuestas del personal médico	638

Tabla 16: Comentarios de los padres en el área post quirúrgica.....	59
Tabla 17: Indicadores Cognitivos Post quirúrgicos.....	60
Tabla 18: Cronograma.....	62

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Población por Edad	30
Gráfico 2: Canasta de Juegos	54

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar un plan de intervención basado en el juego para disminuir el estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años que se van a intervenir quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador. Para esto se elaboró una etapa diagnóstica donde se aplicaron las técnicas de observación a los niños por parte de las investigadoras y entrevistas semi estructuradas a los padres de los mismos. En la fase de ejecución del proyecto se realizó la terapia de juego para disminuir el estrés preoperatorio en base a lo teorizado previamente, esto se llevó a cabo en el área de CLS (Children Life Supporting), ubicado en el piso de quirófano, con los niños de 5 a 9 años que se operaron.

En base a los resultados obtenidos en la etapa diagnóstica y a los resultados observados en los niños después de la ejecución del proyecto se determina que la falta de información causa estrés preoperatorio en los niños, es por esto que la terapia de juego, al ser el juego el lenguaje natural del niño, posibilita que estos se informen y tengan el conocimiento necesario del proceso para que así se sientan más tranquilos, colaboren de la mejor manera y su recuperación sea favorable.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente proyecto fue diseñar un plan de intervención basado en el juego para disminuir el estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años que se van a intervenir quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador. Para cumplir con este objetivo se presenta este proyecto dividido en capítulos, de la siguiente manera:

En el primer capítulo se desarrolla una reseña a cerca de la institución en la que se realizó el proyecto, la cual es Fundación Operación Sonrisa Ecuador que es una institución que se especializa en cirugías y tratamiento a personas con labio fisurado y/o paladar hendido. En el mismo capítulo se exponen razones teóricas, sociales y personales que llevaron a realizarlo.

En el segundo capítulo de este proyecto se realiza una investigación teórica sobre el estrés; sus causas, consecuencias y diferentes tipos de estrés, entre los cuales se encuentra el estrés preoperatorio, en el mismo que se centró este proyecto. Además se presenta como alternativa para disminuir el estrés preoperatorio en los niños la terapia de juego y de igual manera se teoriza este tema a partir de la corriente cognitiva.

En el tercer capítulo se realiza el diagnóstico de los niños de 5 a 9 años de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador que se operaron en la misión de Noviembre de 2014 realizada en la ciudad de Ibarra. Para la fase de evaluación se aplicó una entrevista semi estructurada de conductas referidas por los acompañantes de los niños en el área de hospitalización y en la misma área se realizó la observación de conductas a los niños en la sala de juego por parte de las investigadoras.

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo ver que los niveles de estrés preoperatorio en estos niños son altos y que los indicadores de depresión en el área cognitiva y ausencia de palabra en el área conductual son los más significativos, por lo que, al contrastar con la teoría se determina que es fundamental intervenir en su disminución para evitar

consecuencias desfavorables que podrían presentarse durante la cirugía y en la recuperación post quirúrgica.

En el cuarto capítulo, en función de los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico y siguiendo el objetivo del proyecto, se muestra un plan de intervención a partir de la terapia de juego diseñada para aplicarse en el área de CLS (Children Life Supporting) con los niños de 5 a 9 años que se van a intervenir quirúrgicamente tomando en cuenta las necesidades y dinámicas de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.

Por último se presenta la evaluación de la ejecución del proyecto, el cronograma de actividades realizadas durante la ejecución del mismo y las conclusiones y recomendaciones que a partir de él surgieron.

CAPÍTULO I

1.1. TEMA

“Diseño de un plan de intervención basado en el juego para disminuir el estrés preoperatorio en niños¹ que se van a intervenir quirúrgicamente.”

Estudio realizado desde la perspectiva cognitiva, con niños de 5 a 9 años que acuden a la Misión de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador, en el periodo Octubre – Diciembre 2014.

1.2. DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Nombre: Fundación Operación Sonrisa Ecuador (FOSE).

Actividad: Institución especializada en cirugías y tratamiento a personas con labio fisurado y/o paladar hendido.

- **Misión**

Promover y proveer cirugía reconstructiva y tratamiento de especialidad, así como difundir la docencia en el área de cirugía plástica reconstructiva a través de la participación de personal médico y voluntariado, con el objeto de aplicarlas a personas con discapacidades temporales en situación de vulnerabilidad, dentro de conceptos de responsabilidad social. (B I O , 2 0 1 1)

¹ A lo largo del Proyecto se utilizará la palabra niños para referirse a niños y niñas que es la población con la que se trabajó.

- **Visión**

Ser reconocida en nuestra comunidad como centro de referencia de especialidad, líder en la atención de niños con malformaciones, principalmente fisurados de labio y paladar. Ser solventes, modelo por sus estándares de bio-seguridad y transparencia. Fundación Operación Sonrisa Ecuador será reconocida también por su aporte científico y cultural, aportando a la integralidad del trabajo como gestor social. (BIO, 2011)

Ubicación: Calle Juan de Velasco N26-111 entre Orellana y Santa María. Quito-Ecuador.

Características: La Fundación Operación Sonrisa Ecuador realiza misiones en distintas ciudades del país cada 3 meses aproximadamente.

En éstas misiones participan profesionales en diferentes áreas como Cirugía, Anestesiología, Pediatría, Enfermería, Psicología, Odontología y Terapia de Lenguaje; los mismos que colaboran como voluntarios durante 5 días en los cuales se evalúa, diagnostica y se opera a personas con labio fisurado y/o paladar hendido.

En cada misión se someten a cirugía entre 75 y 100 personas aproximadamente entre niños, adolescentes y adultos.

Contexto: Según la página Web oficial de la institución:

La Fundación Operación Sonrisa es una organización de la sociedad civil sin fines de lucro, con reconocimiento oficial mediante Acuerdo Ministerial N° 0228, 14 de Julio de 1997; debidamente registrada ante el Ministerio de Salud Pública y en el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, legitimada por el RUOSC (Sistema de Registro Único de Organizaciones de Sociedad Civil) respectivo como proveedor humanitario para la comunidad en cirugía plástica reconstructiva y tratamiento médico especializado para niños, jóvenes y adultos con discapacidades temporales.

Es una organización, de derecho privado, no gubernamental, de principios humanitarios; compartimentos con los Principios Universales y Convenciones sobre Derechos de la Infancia, con los propósitos de bienestar internacional, nacional, gubernamental, sectorial y privado, dentro del marco estatutario propio, los marcos legales, la buena praxis y los principios morales. (BIO, 2011)

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estrés preoperatorio tiene una repuesta conductual en los niños que genera dificultades antes, durante y después de un proceso quirúrgico. Cuando el niño experimenta estrés preoperatorio se puede producir una respuesta negativa hacia el proceso como: llanto, rechazo y búsqueda continua de la madre.

Las principales razones para disminuir esta influencia negativa es lograr una mejor adaptación en:

- a) La recuperación postquirúrgica
- b) La adaptación psicológica después del alta (en este caso el cambio de imagen que se notará en el paciente)
- c) Las experiencias médicas futuras (en el caso de los pacientes que necesitan más operaciones)
- d) La colaboración con el personal sanitario

Ante esta necesidad, la aplicación de técnicas psicológicas para reducir el estrés preoperatorio es una práctica cada vez más usual en países como Estados Unidos o Canadá (Moix, 1998). Sin duda alguna, la técnica más empleada con pacientes pediátricos es el modelado y la psico educación, mayormente en el caso de los padres, donde se muestra como un niño y sus padres deben afrontar correctamente las etapas de la hospitalización, además de que se les explican los procedimientos a realizarse. De esta manera se trata que los niños y sus padres se familiaricen con el proceso de hospitalización y aprendan por imitación cómo deben actuar en los momentos más difíciles del mismo: el ingreso, la separación padres-hijo, el dolor, etc. (Moix, 1998).

Por otra parte en el caso de los pacientes, niños específicamente, varios estudios han comprobado la eficiencia del juego terapéutico para reducir los niveles de estrés en los niños. Los terapeutas, utilizan la terapia de juego para ayudar a los niños a expresar lo que les incomoda; cuando no poseen el lenguaje verbal para expresar sus pensamientos y sentimientos (Bezerra de Araújo, 2010). Los poderes efectivos del juego son utilizados de diversas maneras, por lo que se observó la necesidad de utilizar este método como parte de la preparación terapéutica de los pacientes previo a la cirugía.

La Fundación Operación Sonrisa Ecuador cuenta con diversas áreas en las que los profesionales ya tienen establecido el proceso que se llevará a cabo durante cada misión. En el área de Psicología específicamente no se ha dado de esta manera debido a que es relativamente nueva y por lo tanto aún no se ha establecido un plan de trabajo. Por esta razón se busca determinar ¿qué características debe tener un plan de intervención basado en el juego para disminuir el estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años que se van a intervenir quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador? Para poder implementar el juego terapéutico como un proceso ya establecido y necesario del área de Psicología de la Fundación.

La población con la que se trabajará este proyecto serán exclusivamente niños de 5 a 9 años que serán intervenidos quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador; no serán parte de esta investigación los niños y niñas cuyos rangos de edad estén fuera de los planteados debido a que con niños menores el lenguaje utilizado debería ser más simple y los juguetes deberían ser diferentes, y con pacientes mayores a este rango de edad se debe tomar en cuenta que en la terapia de juego sería necesario ocupar un lenguaje más complejo y otro tipo de recursos; por lo que en cualquiera de los dos casos los procesos serían distintos como para poder abarcarlos dentro de un mismo proyecto.

1.4. ANTECEDENTES

En el caso de los pacientes, niños específicamente, varios estudios han comprobado la eficiencia del juego terapéutico para reducir los niveles de estrés en los niños.

El estudio realizado por María Gabriela de la Cruz en el año 2009 en la Universidad Católica del Ecuador, plantea “Las consecuencias psíquicas del proceso de hospitalización en los niños” (De la Cruz, 2009) donde se trabaja que el mundo del niño se compone de tres esferas fundamentales que son biológica, psicológica y social. Estas esferas se desarrollan a medida que el niño crece y que al vivir una hospitalización se ven afectadas. Además plantean que este proceso trae consecuencias psíquicas, como dificultad para hablar de la enfermedad, angustia, miedo, tristeza, agresividad, angustia de muerte, duelo, conductas regresivas, entre otras. Para trabajar psicológicamente con el niño sobre su condición se debería explicar claramente acerca del tratamiento y todo lo que se realizará para que pueda adquirir confianza y lograr que los niveles de estrés disminuyan. También se refiere al juego como una de las formas más utilizadas para trabajar con el niño hospitalizado; ya que es el ambiente natural en el cual se involucran sus pensamientos, deseos y emociones.

En cuanto al juego podemos recalcar el estudio realizado por Beatriz Villacís, Mélida Estrella y Mariana Calero, estudiantes de enfermería de la Universidad Católica del Ecuador en el año 1972, en el que se investigó el “Efecto de la Terapia Recreativa sobre Ansiedad en niños hospitalizados” (Villacís, Estrella, & Calero, 1972), describe cómo, a través de la terapia recreativa (juego terapéutico), se puede evidenciar cambios fisiológicos por medio de la medición de los signos vitales. Las conclusiones de este estudio muestran que, después de realizar la terapia de juego, la presión arterial del grupo de niños con el que se trabajó disminuyó notablemente. Con esto se puede evidenciar que la terapia de juego causa efectos favorables y notorios a nivel fisiológico y por lo tanto habrá cambios en el nivel de

estrés.

A pesar de que este estudio no pertenece al área de Psicología, muestra cómo el bienestar fisiológico y psicológico, están relacionados y se los puede modificar mediante el Juego.

En un estudio realizado por Paulina Barahona y Mónica Velasco en los años 1989-1990 respecto al estrés ante la intervención quirúrgica titulado “La preparación psicológica a los niños que se van a operar” (Barahona & Velasco, 1989-1990), explica que ante esta situación el niño no se ve afectado solo físicamente sino que también existen cambios psicológicos que hay que identificar y trabajar para que el sujeto pueda internalizar la operación y así evitar que se convierta en una castración en lo real, es decir que no se la tome como un castigo sino como algo doloroso pero necesario para su bienestar.

Si bien es cierto que los trabajos mencionados anteriormente tienen estrecha relación con el proyecto aquí planteado en cuanto a los beneficios de la terapia de juego para reducir el estrés y también con respecto al estrés como respuesta ante la intervención quirúrgica, ninguno de ellos realiza un trabajo relacionado directamente con el estrés provocado por las cirugías en niños trabajado mediante la terapia de juego.

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

1.5.1 Razones sociales

El presente proyecto surge al observar los altos niveles de estrés previos a la cirugía en los niños de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador, la cual centra su atención al tratamiento de la fisura de labio con paladar hendido o labio leporino, el cual es un “defecto congénito que consiste en una hendidura o

separación en el labio superior. El labio leporino se origina por fusión incompleta de los procesos maxilar y nasomedial del embrión y es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes”. (Salaues, 2012)

El hecho de que los niños entren estresados al quirófano puede ocasionar varias consecuencias negativas en el paciente y esto afecta también a la tranquilidad de los padres que esperan ansiosos que sus hijos vivan un proceso quirúrgico y post quirúrgico de la mejor manera.

1.5.2 Razones personales

En cuanto a los motivos personales que dieron paso a este proyecto, tiene un gran peso la vivencia de anteriores misiones en las que se pudo evidenciar los altos niveles de estrés que viven los pacientes al momento de estar hospitalizados y al momento de entrar a quirófano, también se evidenció la falta de organización en cuanto a la ejecución de la actividad principal del área de Psicología: la terapia de juego y el compromiso personal de aportar a la Fundación con la entrega de nuestro conocimiento y destrezas a favor del bienestar de los niños y niñas que acuden a la misma.

1.5.3 Razones teóricas

La Fundación Operación Sonrisa Ecuador cuenta con diversas áreas como Anestesiología, Odontología, Pediatría, Cirugía, Terapia de Lenguaje y Enfermería, en las que los profesionales que participan en cada una de ellas tienen establecido el proceso que se llevará a cabo durante toda la misión. Por su parte, el área de Psicología, no cuenta con un plan de trabajo específico debido a que es relativamente nueva; por lo cual se evidencia la necesidad de establecer actividades específicas que se puedan tomar como referencia para misiones posteriores.

Debido a que se conoce las propiedades de la terapia de juego para disminuir el estrés en los niños, se ha adoptado esta técnica como actividad principal del área de Psicología. Es importante recalcar que el grupo de trabajo de cada misión varía debido a que los asistentes a las misiones lo hacen voluntariamente y no siempre pueden estar presentes. Por esta razón la manera en la que se efectúa la terapia de juego en el área de Psicología no está bien delimitada ya que cada voluntario maneja esta terapia de acuerdo a los recursos que les facilita la Fundación y guiados por sus conocimientos dependiendo de la corriente psicológica con la que trabajan generalmente.

A pesar de que la terapia de juego realizada durante las misiones anteriores ha sido de gran ayuda para trabajar con los niños, también se busca evidenciar teóricamente la funcionalidad de la terapia de juego como instrumento para disminuir el estrés preoperatorio, y además optimizar el trabajo de los voluntarios del área de Psicología; ya que, por nuestra experiencia hemos observado que toma algún tiempo la adaptación al proceso y el conocimiento de los pasos a seguir.

Se ha tomado como línea teórica para este proyecto la perspectiva cognitiva, debido a que se encuentran aportes muy importantes en cuanto a la concepción y tratamiento del estrés, así como también en cuanto a la terapia de juego. A partir de estos se planteará más adelante el plan de intervención de juego terapéutico para aplicarlo a los niños que acuden a la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 General

Diseñar un plan de intervención basado en el juego para disminuir el estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años que se van a intervenir quirúrgicamente.

1.6.2 Específicos

- Sistematizar la información obtenida sobre el estrés relacionado con la intervención quirúrgica desde el enfoque cognitivo.
- Sistematizar la información que existe sobre la terapia de juego como medio de control del estrés desde el enfoque cognitivo.
- Diseñar y ejecutar el plan de intervención de terapia de juego planteado para reducir los efectos del estrés en niños de 5 a 9 años del área preoperatoria de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador en el periodo Octubre – Diciembre 2014.
- Evaluar el impacto que el plan diseñado tenga en los niños con los que se trabaje.

CAPÍTULO II

ESTRÉS PREOPERATORIO

2.1 ESTRÉS

2.1.1 Concepto de estrés

Uno de los inicios del término estrés, como se lo conoce ahora, lo hace Claude Bernard en 1867 al decir que:

Los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno aunque se modifiquen las condiciones del medio externo. (Slipak, Historia y Concepto del Estrés, 1991)

El autor se refiere a la necesidad de cierto equilibrio interno como condición para que el individuo tenga una vida libre e independiente.

Cannon en 1922 propone el término “homeostasia” refiriéndose a “los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos.” (Slipak, Historia y Concepto del Estrés, 1991). En 1939 adopta el término stress y se refirió a los niveles críticos del estrés, definiéndolos como aquellos que pueden producir un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos.

Lazarus por su parte dice que el término estrés aparece a partir de la Primera y Segunda Guerra Mundial y que puede decirse que la guerra es el motivo principal para que nazca el estrés. (Lazarus, 1999). Este autor se refiere al estrés como “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar” (idoneos.com, 1999-2014, pág. 32)

El estrés psicológico no solo se halla en el entorno ni es la consecuencia exclusiva de las características de personalidad, sino que depende de un tipo particular de la relación persona – medio. (Lazarus, 1999). El autor también distingue tres tipos de estrés (1966):

- Daño o pérdida: el cual se da por un perjuicio o una pérdida.
- Amenaza: el cual es un daño o una pérdida que aún no se da, pero que podría.
- Desafío: es la sensibilidad de que se puede superar las dificultades que se presenten.

Luis de Rivera realiza una reseña histórica en cuanto al origen de la palabra estrés, menciona que “debido a que es una palabra de uso común en varios ámbitos es difícil explicar su significado con precisión”. (De Rivera, 2010, pág. 13). En dicha reseña coincide con otros autores en atribuir a Seyle el uso inicial del término estrés.

Además, el autor, se basa en las consideraciones de la evolución semántica: “Etimológicamente deriva del latín stringere, cuyo participio pasado es strictus, y que tiene el significado original de comprimir o apretar.” (De Rivera, 2010, pág. 13)

Por otra parte, para Soledad Mochales, psicoterapeuta del Centro de Psicoterapia y Asesoramiento Psicológico, el estrés se puede considerar un proceso que se da cuando determinada situación o acontecimiento es percibido como amenaza para una persona. Generalmente estas situaciones tienen que ver con cambios que requieren de dicha persona un mayor esfuerzo, lo cual puede ser percibido como un desequilibrio para el bienestar personal.

A pesar del malestar que causa el estrés, la autora plantea que existe cierta confusión y exageración en cuanto al concepto de estrés y a su patologización. Para Mochales el estrés no tiene solo consecuencias negativas sino que, en ocasiones tiene el poder de permitir descubrir o desarrollar en las personas nuevas cualidades y capacidades con las que antes no se contaba, lo cual ayuda a fortalecer el autoestima y aumenta las posibilidades de conseguir nuevos logros en el futuro.

En cuanto a los motivos por los cuales se presenta el estado subjetivo de malestar o estrés, la autora dice que ninguna situación es igual de estresante para todas las personas, sino, que hay diferentes factores que pueden influir para que se de éste estado. Entre estos tenemos:

- La forma de evaluar el suceso y/o las capacidades para hacerle frente
- La forma en la que cada persona hace frente a cualquier dificultad, es decir, como lo hace comúnmente.
- Características personales: cada persona tiene una forma distinta para reaccionar ante cada situación.
- Apoyo social: se refiere al acompañamiento que recibe la persona de su entorno social. Esto va a depender de la calidad de relaciones interpersonales que tenga cada sujeto y puede ser un “amortiguador o amplificador” de la situación.

La autora propone como indicadores de estrés 3 tipos: neuroendocrinos, psicofisiológicos y psicológicos. Los neuroendocrinos son dados por la respuesta del organismo como huida frente al peligro. Esta reacción es adaptativa pero si se da con mucha frecuencia puede ser dañina para el estado de salud de la persona.

Al igual que las respuestas neuroendocrinas, las psicofisiológicas también son involuntarias algunas de ellas son: aumento de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea alterada, al igual que la actividad respiratoria.

La autora divide a las reacciones psicológicas asociadas al estrés en: Emocionales, somáticas, cognitivas y comportamentales.

Los indicadores emocionales tienen mucha relación con los somáticos y con frecuencia unos son causa de los otros y viceversa. Las emociones que están asociadas con el estrés son negativas, como la ansiedad, depresión, ira, etc. y los estados de ánimo como la impaciencia, la frustración, etc. En cuanto a los indicadores somáticos Soledad Mochales dice que suelen ser expresados por las personas como quejas, por ejemplo la fatiga, el insomnio, temblores, y también dolores de distintos tipos. La mayoría de estos aspectos somáticos reflejan básicamente una reacción emocional, como se da en el caso de la ansiedad.

Para la autora la ansiedad está relacionada en su mayor parte con el estado de estrés temporal, mientras que la depresión con uno crónico. Los indicadores cognitivos y comportamentales pueden ser tomadas como formas de afrontar el estrés, los cuales son concebidos como más o menos eficaces, entre ellos están: la indecisión, la actividad mental acelerada, pérdida del sentido del humor, etc. En cuanto a los comportamentales están estados de nerviosismo distintos, ya sea morderse las uñas, o estar inquieto, trastornos alimenticios, fumar, etc.

De Rivera por su parte, se refiere también a dos acepciones de entre trece recopiladas por Webster's Dictionary las cuales están relacionadas con la psicología y la medicina:

Acepción séptima (término médico de origen reciente): “Any stimulus, as fear or pain, that disturb or interferes with the normal phsycological equilibrium of an organism” (cualquier estímulo, como miedo o dolor, que altera o interfiere con el equilibrio fisiológico normal de un organismo)

Acepción octava (voz común tradicional): “Physcal, mental or emotional strain or tension” (sobresfuerzo o tensión física, mental o emocional). (De Rivera, 2010, pág. 14)

La Real Academia de la Lengua define al estrés como: “Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.” (De Rivera, 2010, pág. 14)

El autor también encuentra otra definición de uso cotidiano a la cual denomina “notarial”:

Estrés: Cualquier estímulo o situación que altere o interfiera con el equilibrio fisiológico normal de un organismo, así como los estados de ese organismo que implican sobresfuerzo o tensión física, mental o emocional. (De Rivera, 2010, pág. 15).

En cuanto al concepto científico de estrés el autor se refiere a las definiciones fisiológicas y las psicológicas. Con respecto a lo psicológico toma la definición de Engel (1962) la cual dice que:

Estrés Psicológico es todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que impone un apremio o exigencia sobre el organismo, cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo o la actividad del aparato mental, antes de que participe o sea activado ningún otro sistema (De Rivera, 2010, pág. 18)

En conclusión se puede decir que el estrés es una situación o acontecimiento percibidos como amenazantes, que se dan en el entorno y afectan al equilibrio interno de la persona provocando una tensión que puede causar diferentes efectos psicofisiológicos dependiendo de la capacidad de homeostasis del individuo.

2.1.2 Causas del estrés

Fernando Ortiz Lachica en su libro Vivir sin Estrés (2008) explica que muchos estímulos pueden llegar a producir estrés en las personas, pero esto va a depender de varios factores de la situación como por ejemplo la frecuencia, la duración, la intensidad, el momento en el que se dio, etc.

No existen causas fijas que produzcan estrés ya que, como se había dicho anteriormente cada persona reacciona de manera diferente a cada situación, por lo que dependerá de la interacción de distintos factores. A pesar de ello, según la página web de Precedo Inversiones se pueden identificar algunas causas habituales de la presencia de estrés:

- Nuevas responsabilidades o retos personales, casarse, tener un hijo.
- Pérdida de familiares o personas cercanas.
- Término de una relación y/o divorcio.
- Despido y/o desempleado.
- Deudas.
- Enfermedades y/o accidentes.
- Algunos compuestos químicos también son causas conocidas del estrés, como: medicamentos para adelgazar, exceso de antigripales, medicamentos para la tiroides, inhaladores para el asma. (Precedo Inversiones SL, 2012)

En la página de internet Web consultas se dice que el estrés también puede ser causado por factores físicos y factores emocionales.

Entre los físicos podemos encontrar exposición a productos químicos, ruido, sobre esfuerzo, malas posturas, temperaturas extremas, hacinamiento, hambre y falta de sueño. Entre los factores emocionales podemos encontrar mudanzas y obras en casa, exámenes, problemas de pareja, desempleo, muerte o enfermedad grave propia o de un ser querido, retos en el trabajo, competitividad, falta de tiempo para realizar tareas y para dedicar al ocio. (Web Consultas, 2013)

Se puede decir que el estrés no tiene una causa específica debido a que depende de la relación entorno-individuo; sin embargo se pueden encontrar ciertos factores que son considerados generalmente causantes de estrés. Entre ellos tenemos:

- Nuevas responsabilidades o retos personales
- Problemas familiares
- Problemas laborales
- Enfermedades y/o accidentes
- Consumo de ciertos compuestos químicos
- Problemas económicos

2.1.3 Evaluación del estrés

En cuanto a la psicometría del estrés De Rivera (2010) dice que se pueden encontrar diferentes métodos entre los cuales están: Observación de conductas y auto registros, cuestionarios, inventarios y escalas, pruebas psicofisiológicas, los métodos endócrinos, tests proyectivos, tests psicométricos la entrevista clínica y la integración psicométrica en la evaluación clínica del estrés.

La evaluación del estrés toma en cuenta algunos aspectos:

- Acontecimientos o situaciones estresantes a las que se ha sometido la persona
- Valoración cognitiva de las condiciones ambientales que generan estrés
- Patrón de activación fisiológica frente los acontecimientos estresantes
- Estrategias de afrontamiento que la persona utiliza para enfrentar situaciones que generan estrés
- Efectos del estrés

Los autores proponen diversos instrumentos de evaluación del estrés como las entrevistas semiestructuradas, cuestionarios, observación y autoobservación y registros psicofisiológicos. (Crespo & Labrador, 2003, pág. 70)

En conclusión se puede decir que existen diversos métodos para evaluar el estrés, entre los más nombrados están:

- Cuestionarios, inventarios y escalas
- Tests proyectivos
- Entrevista clínica
- Observación
- Registros psicofisiológicos
- Test psicométricos

2.1.4 Clasificación de estrés

Existen diferentes criterios de clasificación del estrés entre los cuales se destacan los siguientes:

Para De Rivera el estrés se puede clasificar por la duración del evento causal en: agudos y crónicos.

“Dentro de los síndromes por estrés agudo se encuentran el autoestrés, la reacción aguda de estrés, síndrome de estrés postraumático, crisis psicosocial y los trastornos adaptativos. En los síndromes por estrés crónico están el trastorno por estrés extremo y persistente, síndrome de victimización de Ochberg, síndrome de desgaste profesional o Burnout y el síndrome de acoso o mobbing”. (De Rivera, 2010, pág. 77)

Por otro lado se encuentra la clasificación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) en la cual toma en cuenta al estrés dentro de los trastornos de ansiedad que se clasifican de la siguiente manera:

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia) sin agorafobia
- Ataques de pánico con agorafobia
- Agorafobia sin ataques de pánico
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (Reinold & Richmond, 2012, pág. 19)

Se puede observar que las clasificaciones descritas se basan en diferentes factores, debido a que el DSM-IV clasifica el estrés en cuanto a la observación de síntomas. Por otro lado De Rivera plantea una clasificación basada en lo causal donde lo que prima son los factores que pueden producir el estrés. Por lo tanto las dos clasificaciones pueden llegar a ser útiles siempre y cuando se determine si el enfoque se va a dirigir a lo sintomático o a lo causal.

2.2 ESTRÉS PREOPERATORIO

El avance de la ciencia trae consigo diversos cambios y su velocidad exige al ser humano ir de la mano con ella. En el caso específico de la medicina, en el cual se puede experimentar este rápido avance, Madrigal García (2005) plantea que la cirugía es un factor psicosocial que puede traer consigo el estrés preoperatorio, el mismo que es considerado como una alteración emocional que se da como anticipación psicológica frente a una cirugía.

Juliana Alonzo López señala que:

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentarse a situaciones desconocidas y que, además, implican riesgos ciertos. La hospitalización representa un acontecimiento relevante en la vida de un niño por la elevada carga estresante y ansiógena que comporta, incrementándose en relación directamente proporcional al tiempo que dura la hospitalización. La hospitalización puede originar en el niño un desequilibrio emocional de tal magnitud que altere su desarrollo evolutivo. (López, 2005)

Martha Escamilla Rocha (2005) dice que si bien la medicina ha avanzado y también las técnicas quirúrgicas, la cirugía sigue representando una situación estresante ya que rondan en torno a ella preocupaciones sobre la muerte, la anestesia, dependencia física, el dolor, la enfermedad, entre otras. Por consecuencia de todos estos interrogantes pueden darse diversas respuestas emocionales como ansiedad, estrés, depresión, las mismas que, dependiendo de su nivel de intensidad pueden repercutir en la recuperación postoperatoria.

Para Rosen y Glasseman (1952) “las personas adultas que van a ser sometidas a cirugía con anestesia general deben enfrentar diversas ansiedades y temores” (Giacomantone & Mejía, 1997, pág. 35)

Los autores plantean algunas causas que generan un aumento de estrés en los pacientes como: uno de los temores más frecuente está relacionado con la anestesia y el miedo a no despertar. “Algunos temores y fantasías también están relacionados con el órgano que será intervenido y el tipo de operación al que será intervenido el paciente” (Giacomantone & Mejía, 1997, pág. 36)

Otro factor que debe ser considerado es la duración del periodo preoperatorio, es decir el tiempo que transcurre entre el instante en que el paciente conoce la indicación de cirugía, y el momento en que se realiza la operación. En las distintas especialidades quirúrgicas buena parte de los enfermos deben ser internados y operados de forma más o menos urgente, y esa urgencia suele implicar elementos estresantes adicionales (Giacomantone & Mejía, 1997, pág. 41)

En cuanto a los niños que deben ser intervenidos se encuentran algunas dificultades especiales “el mayor grado de indefensión psicológica del niño determina su intolerancia a la frustración y menor capacidad para hacer frente a los aspectos angustiantes y depresivos de la experiencia quirúrgica” (Giacomantone & Mejía, 1997, pág. 155)

En conclusión se puede definir al estrés preoperatorio como una situación producida por un factor psicosocial que altera emocionalmente al paciente debido a que genera diferentes preocupaciones como:

- Miedo a la muerte
- Miedo a la anestesia
- Temor a la dependencia física
- Temor al dolor

2.2.1 Causas del estrés preoperatorio

Existen diversos factores que pueden generar estrés frente a la intervención quirúrgica aunque no todos influyen de la misma manera en cada caso. Los autores del libro *Propedéutica Quirúrgica* (2004) señalan la importancia de proporcionar al paciente una información adecuada y acorde a su edad para poder despejar dudas y aplacar miedos que pueden surgir frente a la cirugía, además sugieren que el hospital representa para los niños un lugar estresante debido a que se presentan algunos eventos como:

La separación de los padres, fantasías y miedos sobre la oscuridad, monstruos y animales, que no están especialmente relacionados con el hospital, pero sí inducido por la situación extraña; demandas y amenazas sociales; dolor y otras complicaciones de la enfermedad o cirugía; procedimientos médicos estresantes, especialmente dolorosos, y por último, miedo a la muerte. (Arias, Aller, Miranda, Arias, & Lorente, 2004, pág. 695)

Por su parte José María Valoria plantea en su libro Cirugía Pediátrica (1994) las siguientes causas del estrés preoperatorio: temores, incertidumbres, fantasías y conflictos dentro del campo mental del sujeto. Esto se da debido a que en la actualidad la posibilidad del diagnóstico frente a una dolencia y el plan de tratamiento se dan de manera más eficaz y rápida y por lo tanto el paciente experimenta un desequilibrio al verse envuelto en una situación inusual.

En los niños la capacidad de asimilar una noticia de esta índole es menor que en un adulto y por lo tanto debe ser considerada como una situación generadora de estrés.

Tomando en cuenta cada una de las aportaciones de los autores mencionados anteriormente se puede resumir que las causas principales del estrés preoperatorio son las siguientes:

- Miedo a la muerte
- Miedo a la anestesia
- Temor a la dependencia física
- Temor al dolor y otras complicaciones durante la cirugía
- Miedo a la separación de los padres
- Fantasías y miedos sobre la oscuridad, monstruos y animales
- Falta de información

2.2.2 Efectos del estrés preoperatorio.

La presencia de estrés antes de una cirugía tiene algunas consecuencias que podrían no presentarse en el caso de realizar una intervención para disminuir el estrés preoperatorio, sin embargo si esta preparación no se da los efectos que el estrés preoperatorio puede producir en pacientes son diversos y van desde el momento preoperatorio, durante la cirugía, en el post operatorio y en la

recuperación. Martha Escamilla Rocha (2005), en su página web, comenta que:

El estrés previo a la cirugía lleva a que el paciente pueda afectar en algún grado la respuesta de la anestesia que se le aplica para la hora de la intervención, también podría existir una alteración en la frecuencia cardiaca o en la tensión arterial, el post operatorio puede resultar más duradero que en casos en los cuales se ha manejado el estrés pre quirúrgico, en el momento de la recuperación sus heridas podrían demorar en la cicatrización, el sistema inmunológico puede debilitarse, puede existir la presencia de insomnio, agresividad, problemas en relacionarse con el médico o enfermeras que lo atienden, podría llegar a usar más analgésicos de los requeridos debido a que pueden sentir mayor dolor de lo normal y una de las cosas más graves que sería quitarle la importancia al cuidado que debe tener en su recuperación. (Escamilla, 2013)

En el artículo de la revista Española de Anestesiología titulado Respuesta al estrés preoperatorio en la cirugía sin ingreso se dice que:

Otras investigaciones indican que como efectos del estrés pre quirúrgico podemos tener diferentes tipos de respuestas: fisiológicas, cognitivas y motoras. Las respuestas fisiológicas se refieren a todos los síntomas físicos o alteraciones que se evidencian como la aceleración cardiaca, el aumento de adrenalina, contracción muscular, etc. Las respuestas cognitivas en cambio hacen referencia a todo lo que puede causar el estrés en el pensamiento del sujeto y que lo lleva a imaginarse cosas terribles; por último está las respuestas motoras que son aquellas que son causadas para manejar la situación estresante y pueden llegar a ser la decisión de un paciente de salir del lugar y no operarse. (Madrigal García, y otros, 2005, págs. 383-388)

Finalmente se puede tomar en cuenta que existen diversas reacciones ante el estrés causado por una cirugía y se las puede dividir en fisiológicas, cognitivas y motoras. En cuanto a lo fisiológico se puede presentar:

- Complicaciones con anestesia
- Problemas en la recuperación
- Necesidad de mayor medicación para combatir el dolor

En lo cognitivo se puede presentar:

- Negación de la enfermedad
- Descuido en el cuidado necesario

Por último en las reacciones motoras se podría presentar:

- Agresividad
- Huida.

2.3 EL JUEGO, UNA ALTERNATIVA PARA LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA CON NIÑOS

Giacomantone y Mejía (1997) plantean que es usual observar ansiedad y fantasías persecutorias en los niños y además la internación, la anestesia y la cirugía acentúan las ansiedades infantiles vinculadas a la separación y el alejamiento de sus padres.

Para las cirugías con niños es de suma importancia la preparación psicológica adecuada debido a que los acontecimientos traumáticos en la niñez influyen en la formación de la futura personalidad del niño, es necesario dar relevancia a cualquier esfuerzo que se centre en el manejo de situaciones traumáticas. Además es necesario darles información efectiva y adaptada a su capacidad de comprensión ya que esta capacidad de entender lo que va a suceder o lo que está sucediendo es menor que la de los adultos; este objetivo se puede lograr con la ayuda de juegos, dibujos y dramatizaciones. (Giacomantone y Mejía, 1997, pág. 155-157).

Es por eso que en este proyecto se ha tomado como herramienta de trabajo la Terapia de Juego frente al estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años que serán intervenidos quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.

La Asociación de Terapia de Juego define a la Terapia de Juego como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Schaefer & Connor, 1988, pág. 193)

Con respecto a esto se puede decir que existen varios tipos de Terapia de Juego debido a los distintos modelos teóricos existentes y que esta es una terapia que se puede utilizar en cualquier tipo de población con diferentes edades; pero la población en la que más se utiliza es en los niños debido a que el jugar es una acción normal y cotidiana para ellos como lo menciona Axline(1969):

La Terapia de Juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión del niño. Es una oportunidad que se le da al niño para “jugar” sus sentimientos y problemas, como en ciertos tipos de terapias para adultos un individuo “habla” sus dificultades. (Janet, 1994, pág. 17)

Al ser el juego una actividad cotidiana en los niños, este puede llegar a ser una gran herramienta para que el niño comunique y exprese lo que siente:

El juego es quizás el medio más poderoso y apropiado para el desarrollo en que los niños pequeños pueden construir relaciones con los adultos, desarrollar el pensamiento causal que es crucial para el control de impulsos, procesar las experiencias estresantes y aprender habilidades sociales. (Schaefer & Connor, 1988, pág. 15)

Schaefer (2012) clasifica a la Terapia de Juego en ocho categorías importantes que son comunicación, juicio moral, autorrealización, regulación emocional, fortalecimiento del Yo, mejora de relación, preparación para la vida y manejo del estrés. También nombra que uno de los poderes curativos del juego es la inoculación del estrés; esto hace referencia a que es importante presentarle al niño el hecho estresante o angustiante con anticipación y una buena manera de realizar esto es en el juego representando la situación estresante con muñecos miniaturas o a través del juego de roles para que el niño pueda dramatizar lo que siente y también el

terapeuta tiene la oportunidad de explicar mediante este qué es lo que le está pasando o que es lo que va a pasar.

Existen varios tipos de Terapia de Juego debido al diverso campo de escuelas psicológicas como: la Terapia de Juego humanista, centrada en el cliente, psicoanalítica, grupal, familiar, cognitivo conductual, entre otras. Este proyecto girará en torno a la Terapia de Juego Cognitivo Conductual.

La Terapia de Juego cognitivo-conductual se basa en el modelo cognitivo del trastorno emocional y su naturaleza es breve, de tiempo limitado, estructurada, directiva, orientada al problema y psicoeducativa. (Schaefer, 2012).

Bandura (1977) refiere que la terapia de juego cognitivo-conductual utiliza el moldeamiento como uno de sus métodos de trabajo, “el moldeamiento es una manera eficiente y eficaz de aprender, así como de adquirir, fortalecer o debilitar conductas” (Schaefer & Connor, 1988, pág. 317). Lo que se busca es que el terapeuta pueda dramatizar o realizar una conducta esperada o adaptada en un muñeco miniatura dentro del juego, para que así el niño pueda seguir este modelo, de alguna forma copiarlo, para que se sienta mejor y más tranquilo.

“La tarea del terapeuta es escuchar, con oídos y ojos, para oír y ver lo que los niños comunican a través del juego. Además, el terapeuta del juego cognitivo conductual proporciona estrategias apropiadas para desarrollar pensamientos y conductas más adaptados” (Schaefer & Connor, 1988, pág. 209)

CAPÍTULO III

ESTAPA DIAGNÓSTICA

3.1 METODOLOGÍA

Para la elaboración de este proyecto se han llevado a cabo varias actividades las cuales se describen en la tabla 1 que consta a continuación.

Tabla 1
Resumen de Actividades

ACTIVIDAD	RESULTADO
1. Reunión con ejecutivos de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.	Aprobación de la elaboración y ejecución del proyecto.
2. Recopilación de la bibliografía para realizar el marco teórico.	Primer capítulo redactado.
3. Elaboración de las guías de observación preoperatoria	Guía de observación elaborada. (Ver anexo 1).
4. Elaboración de la entrevista semi estructurada a padres y la guía de observación post quirúrgica.	Entrevista semi estructurada elaborada. (Ver anexo 2).
5. Diseño del plan de intervención de terapia de juego.	Plan de intervención de terapia de juego redactado.
6. Ejecución del plan de intervención de terapia de juego desarrollado.	Ejecución del proyecto.
7. Tabulación de datos obtenidos a través de las guías y entrevistas realizadas en la Misión del mes de Noviembre del año 2014 en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.	Base de datos elaborada para la interpretación de resultados.
8. Interpretación de resultados	Conclusiones y recomendaciones elaboradas.

Fuente: Elaborada por autoras, Noviembre 2014.

Para realizar el presente proyecto existieron tres momentos en los cuales se utilizaron diferentes recursos:

1) Etapa diagnóstica: Preoperatoria (Hospitalización)

En esta etapa se aplicaron las Guías de observación para evidenciar el nivel de estrés preoperatorio en cada uno de los niños de 5 a 9 años que se intervinieron quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador, es decir a 25 niños, esta observación se realizó en el área de hospitalización en una sala de juego donde se encontraban juguetes varios que dejaban ver conductas específicas del niño. Y también se aplicó la entrevista semi estructurada a los padres de estos niños.

2) Etapa de ejecución: Quirúrgica (CLS)

En esta etapa se realizó la terapia de juego en el área de CLS (Children Life Supporting), el cual es un espacio ubicado en el quirófano donde los niños permanecen de 15 a 20 minutos antes de ser operados.

3) Etapa de evaluación: Post quirúrgica (Hospitalización)

En esta última etapa se aplicó la Guía de observación post quirúrgica para evaluar el impacto del proyecto ejecutado.

En el presente capítulo se mostrarán los resultados de la etapa diagnóstica realizada a través de las guías de observación con los niños de 5 a 9 años y la entrevista semi-estructurada realizada a los padres de dichos niños, a continuación se presenta los resultados de la aplicación de estos 2 instrumentos.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

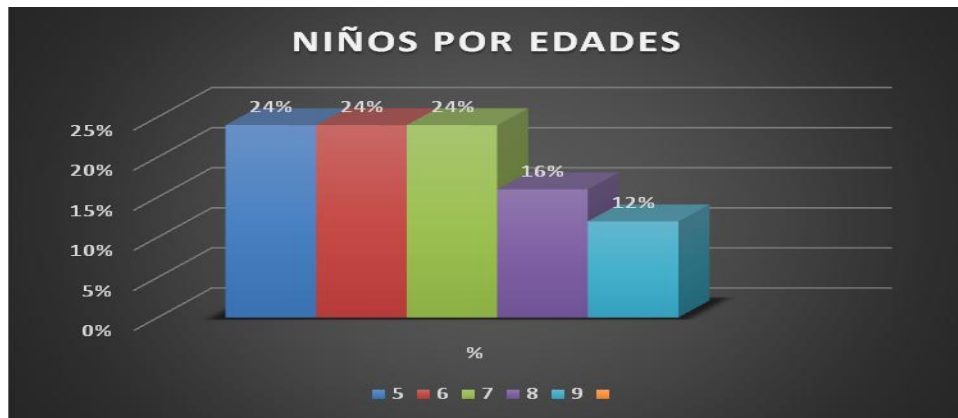
La población con la que se trabajó en la etapa de diagnóstico de este proyecto son todos los niños que se encontraron entre los 5 hasta los 9 años de edad y que fueron sometidos a una intervención quirúrgica durante la misión de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador realizada los días 12, 13, 14 y 15 de Noviembre del 2014 en el Hospital del Seguro Social en la ciudad de Ibarra.

3.2.1 Caracterización de la población por edad.

En el gráfico 1 que consta a continuación se muestra la caracterización de la población por edad:

Gráfico 1

Población por Edad



Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres, Noviembre 2014.

Se puede observar que hay mayor número de niños de 5, 6 y 7 años con e 24% que son 6 niños por edad. La menor cantidad de niños se encuentran en la edad de 9 años con apenas el 12%, es decir, 3 niños.

3.2.2 Caracterización de la población por sexo

A continuación en la tabla 2 se muestra la distribución de la población por sexo.

Tabla 2

Población por sexo

EDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5	5	20%	1	4%	6	24%
6	4	16%	2	8%	6	24%
7	3	12%	3	12%	6	24%
8	2	8%	2	8%	4	16%
9	1	4%	2	8%	3	12%
	15	60%	10	40%	25	100%

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres, Noviembre 2014.

En la tabla que antecede se observa que de 25 niños, 15 son mujeres que vendrían a ser el 60% y 10 son hombres con un 40% por lo tanto se puede ver que acudieron mayor cantidad de mujeres que de hombres en esta misión.

3.2.3 Caracterización de la población por ciudad de referencia

En la siguiente tabla mostrada a continuación se puede observar a la población de acuerdo a la ciudad de donde provienen.

Tabla 3

Población por ciudad de referencia

REGIÓN	CIUDAD		EDAD						
SIERRA	QUITO	Nº	0	5	2	1	1	9	68%
		%	0%	20%	8%	4%	4%	36%	
	IBARRA	Nº	2	1	1	1	0	5	
		%	8%	4%	4%	4%	0%	20%	
	COTOPAXI	Nº	0	0	0	0	1	1	
		%	0%	0%	0%	0%	4%	4%	
	CAYAMBE	Nº	0	0	1	0	0	1	
		%	0%	0%	4%	0%	0%	4%	
CAÑAR	Nº	0	0	0	1	0	1		
	%	0%	0%	0%	4%	0%	4%		
ORIENTE	LAGO AGRIO	Nº	1	0	2	1	1	5	20%
		%	4%	0%	8%	4%	4%	20%	
COSTA	ESMERALDAS	Nº	1	0	0	0	0	1	12%
		%	4%	0%	0%	0%	0%	4%	
	MACHALA	Nº	1	0	0	0	0	1	
		%	4%	0%	0%	0%	0%	4%	
	GUAYAQUIL	Nº	1	0	0	0	0	1	
		%	4%	0%	0%	0%	0%	4%	

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres, Noviembre 2014.

En el cuadro presentado anteriormente se puede observar que el 68% de la población proviene de la región Sierra con 17 personas, del Oriente provinieron 5 pacientes que son el 20%, mientras que apenas el 12% de asistentes, es decir, 3 niños provienen de la región Costa.

Los niños acudieron de 9 lugares distintos del país, siendo Quito la ciudad con mayor número de asistentes, con 9 niños que representan el 36% de la población; seguida de las ciudades de Ibarra y Lago Agrio con un porcentaje de 20 % cada una, que serían 5 niños.

La razón por la que Quito fue el lugar de donde más niños provinieron se debe a que semanas antes de la misión se realizó una pre evaluación en el Consejo Provincial de Pichincha donde fueron aceptados para esta misión una gran cantidad de niños.

Ibarra al ser la ciudad donde se realizó la misión también atrajo a uno de los mayores porcentajes de asistentes; y la ciudad de Lago Agrio también tuvo una gran afluencia debido a que por presentarse una alta demanda de pacientes con malformaciones en esta zona, el Patronato proporcionó la ayuda necesaria para que los pacientes de esta ciudad puedan asistir a la misión.

Con estos resultados se puede decir que la Fundación Operación Sonrisa Ecuador, al realizar sus misiones en diferentes ciudades del país, llega a tener una amplia cobertura a nivel nacional debido a que se convoca a la gente a diferentes ciudades y no solo van personas que residen en la misma sino que las personas viajan desde cualquier ciudad del país llegando así a cualquier ciudad donde se realiza la misión en busca de ayuda.

3.3 INSTRUMENTOS

Para la ejecución de la etapa diagnóstica la cual se realizó en Hospitalización el día anterior a la intervención quirúrgica, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- 1) Entrevista semi-estructurada para padres de comportamientos referidos
- 2) Guía de observación del comportamiento del niño en la sala de juegos

3.4 RESULTADOS

3.4.1 Entrevista semi estructurada a padres

Para el análisis de los resultados obtenidos se seguirá el mismo orden en el que fueron ejecutadas las preguntas dentro de la entrevista.

3.4.1.1 ¿Quién acompañó al niño?

En la tabla siguiente se detalla a los acompañantes que estuvieron con el niño el día de la operación:

Tabla 4

Acompañante

EDAD	MAMÁ		PAPÁ		PADRES		MAMÁ Y ABUELA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5	5	20%	0	0%	0	0%	1	4%
6	5	20%	1	4%	0	0%	0	0%
7	6	24%	0	0%	0	0%	0	0%
8	3	12%	0	0%	1	4%	0	0%
9	2	8%	1	4%	0	0%	0	0%
TOTAL	21	84%	2	8%	1	4%	1	4%

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres, Noviembre 2014.

De los 25 niños 23 fueron acompañados por su madre, representando el 92% de la población y el 8% restante, que son 2 niños, fueron acompañados por el padre.

3.4.1.2 ¿Se habló de la operación?

La tabla 5, que está a continuación, demuestra si a los niños se les habló o no sobre la intervención por la cual iban a pasar:

Tabla 5

¿Se habló de la operación?

EDAD	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
5	2	8%	4	16%
6	4	16%	2	8%
7	3	12%	3	12%
8	1	4%	3	12%
9	2	8%	1	4%
TOTAL	12	48%	13	52%

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres, Noviembre 2014.

A partir de la tabla 5 se puede observar que a la mayoría de niños (52%) no se les dijo absolutamente nada sobre la intervención por la que iban a pasar, lo que incrementa el estrés que los niños viven frente a este proceso quirúrgico.

3.4.1.3 ¿Quién le habló de la operación?

A continuación en la tabla 6 se observa quién fue la persona que dio algún tipo de explicación a los niños a los cuales sí se les habló de esta.

Tabla 6

¿Quién le habló de la operación?

EDAD	SI		MADRE		PADRE		PADRES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5	2	8%	2	8%	0	0%	0	0%
6	4	16%	3	12%	0	0%	1	4%
7	3	12%	3	12%	0	0%	0	0%
8	1	4%	0	0%	0	0%	1	4%
9	2	8%	1	4%	1	4%	0	0%
TOTAL	12	48%	9	36%	1	4%	2	8%

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres, Noviembre 2014.

A 48% de los niños se les habló sobre la intervención que iban a tener, a 36% de estos fue la madre la que dio algún tipo de explicación, a un 8% les habló padre y madre sobre lo que iban a vivir y a un 4% les habló el padre.

En este punto se debería poner especial importancia al hecho de que la persona que mayor información tiene sobre el procedimiento que se realizará es el médico pero aún así no es una de las personas que le proporciona la información debida al niño.

3.4.1.4 ¿Qué se le dijo acerca de la intervención?

La tabla 7 muestra que información se les proporcionó a los niños en cuanto a la cirugía a la cual iban a ser sometidos.

Tabla 7

¿Qué se le dijo?

EDAD	SI		COMENTARIOS	# DE OPERACIÓN
	Nº	%		
5	2	8%	Van a viajar porque le van a operar	Cuarta
			Le van a dormir y le van a cerrar la Fisura	Cuarta
6	4	16%	Le van a revisar los doctores	Tercera
			Le van a operar para cerrar la fisura de la encía	Tercera
			Te van a ayudar con tu manito	Primera
			Los doctores van a revisarle el pie	Primera
7	3	12%	Le van a volver a operar del labio y del paladar	Segunda
			Le van a sacar un diente para que los doctores vean que hay que hacerle	Tercera
			Le van a coger un puntito más	Segunda
8	1	4%	Los médicos le van a dar medicamento para que no le duela y es para que ella esté mejor	Quinta
9	2	8%	Le van a operar por su bien	Sexta
			Le van a quitar el dedito de más	Primera

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres, Noviembre 2014.

Al observar los datos de la Tabla 7 se puede decir que del 48% de niños a los que se les habló de la operación, podemos notar que a ninguno se le dio una explicación acorde y debida a la intervención que los niños iban a vivir; todas las explicaciones son pasajeras y realmente no se les informa el proceso.

También podemos notar que a la población que más explicación se les dio fue a los niños de 4 años siendo el 16%. Por último también podemos observar que el mayor número de explicaciones se los dieron a niños que iban a ser intervenidos por primera y tercera vez.

Es necesario proporcionarle a la madre la información necesaria para que esta, al ser la fuente de apoyo y la que transmite la mayoría de veces la información al niño, pueda transmitírsela de la mejor manera.

3.4.2 Observación realizada a los niños en la etapa preoperatoria

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la guía de observación de los niños de 5 a 9 años que se operaron en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador y la entrevista semi estructurada aplicada a sus acompañantes.

Es importante recalcar que las conductas observadas por los padres y las observadoras son distintas debido a que se dan en diferentes lugares, los padres en la habitación y las observadoras en la sala de juego, y esto hace que existan conductas que los padres no pueden observar debido al espacio y lo mismo sucede con las observadoras, por lo cual se dará igual importancia a los resultados de los dos instrumentos aplicados.

Estos resultados se dividen por áreas de observación de la siguiente manera:

- Área Cognitiva
- Área Conductual
- Área Fisiológica

3.4.2.1 Área cognitiva

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la observación de las conductas cognitivas.

Tabla 8
Respuestas Cognitivas

TIPO DE INDICADOR		COGNITIVO						
INDICADOR		Miedo		Depresión		Negación de la situación (operación)		
CONDUCTAS		Referencia a la muerte	Referencia a la anestesia	Llanto	Aislamiento	Se niega a hablar de la cirugía	Se niega a ser operado	Huida
N1	PADRE		1	1			1	
	INVEST				1			
N2	PADRE			1				
	INVEST							
N3	PADRE							
	INVEST							
N4	PADRE			1	1	1		
	INVEST							
N5	PADRE							
	INVEST							
N6	PADRE			1				
	INVEST							
N7	PADRE					1		
	INVEST					1		
N8	PADRE			1			1	
	INVEST				1			
N9	PADRE							
	INVEST							
N10	PADRE				1			
	INVEST							
N11	PADRE	1	1					
	INVEST							
N12	PADRE		1					
	INVEST							
N13	PADRE			1				
	INVEST				1			
N14	PADRE	1		1				1
	INVEST							
N15	PADRE			1				1
	INVEST							
N16	PADRE		1	1				
	INVEST							
N17	PADRE							
	INVEST				1			
N18	PADRE	1		1				1
	INVEST				1			
N19	PADRE	1		1		1		
	INVEST				1			
N20	PADRE				1			
	INVEST			1		1	1	1
N21	PADRE					1		
	INVEST				1			1
N22	PADRE		1					
	INVEST			1				
N23	PADRE	1				1		
	INVEST			1	1			
N24	PADRE		1				1	
	INVEST			1	1			
N25	PADRE	1		1				
	INVEST							1
TOTAL	NO.	6	6	16	12	7	4	6
	%	24	24	64	48	28	16	24

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres y guía de observación, Noviembre 2014.

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 8 se evidencia que el llanto es la conducta más observada con un porcentaje de 64%, que serían 16 niños de los 25 evaluados, esta conducta está seguida por la de aislamiento que se observó en 12 niños y representan el 48%. En tercer lugar se encuentra la conducta de que el niño se niega a hablar de la cirugía presente en el 28% de niños que serían 7. Las conductas: referencias a la muerte, referencias a la anestesia y huida se observaron cada una en el 24% de la población que son 6 niños.

Es importante recalcar que las conductas con mayor porcentaje de evidencia en los niños pertenecen al indicador de depresión.

3.4.2.2 Área Conductual

A continuación se observa en la tabla 9 los resultados del área conductual.

Tabla 9
Respuestas Conductuales

TIPO DE INDICADOR		CONDUCTUAL											
INDICADOR		Ausencia de palabra			Agresividad			Alteración de conductas habituales		Tipo de juego			
CONDUCTAS		Monosílabos	Timidez	Rechazo a la interacción	Gritos	Golpes	Arroja objeto	Dificultad al dormir	Comportamiento inusual	Aislado	Interactivo	Agresivo	Ausencia de juego
N1	PADRE							1					1
	INVEST	1		1						1			
N2	PADRE							1				1	
	INVEST					1				1			
N3	PADRE	1	1	1							1		
	INVEST				1								
N4	PADRE			1				1					
	INVEST	1				1				1		1	
N5	PADRE										1		
	INVEST				1								
N6	PADRE							1					
	INVEST	1									1		
N7	PADRE			1							1		
	INVEST	1					1						
N8	PADRE							1					
	INVEST		1	1						1			
N9	PADRE				1	1						1	
	INVEST							1			1		
N10	PADRE				1	1		1	1				
	INVEST		1							1			1
N11	PADRE								1				
	INVEST				1	1					1		
N12	PADRE										1		
	INVEST	1				1							
N13	PADRE	1											
	INVEST									1			
N14	PADRE			1									
	INVEST	1	1							1			
N15	PADRE			1		1			1		1		
	INVEST	1	1							1		1	
N16	PADRE						1	1				1	
	INVEST	1	1							1			
N17	PADRE												
	INVEST	1	1							1			
N18	PADRE							1					
	INVEST	1								1			
N19	PADRE												
	INVEST	1	1	1						1			
N20	PADRE	1							1				
	INVEST			1	1	1						1	
N21	PADRE												
	INVEST		1	1		1				1			
N22	PADRE	1										1	
	INVEST		1		1	1							
N23	PADRE			1									
	INVEST	1	1							1			1
N24	PADRE			1									
	INVEST	1	1							1			
N25	PADRE				1	1	1						
	INVEST				1	1	1					1	
TOTAL	NO.	17	12	12	9	11	4	8	5	15	8	8	3
	%	68	48	48	36	44	16	32	20	60	32	32	12

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres y guía de observación, Noviembre 2014.

En cuanto a las respuestas conductuales se puede ver que el uso de monosílabos es la conducta con mayor porcentaje ya que estuvo presente en el 68% de la población, que serían 17 niños.

La siguiente conducta con un porcentaje alto fue el aislamiento presente en 15 niños, que sería el 60%; seguida de la conducta de timidez y rechazo a la interacción, las dos con un porcentaje del 48%, que son 18 niños.

La conducta de juego interactivo da cuenta de un factor positivo, pero a pesar de ello se tomó en cuenta en la observación para poder evidenciar todo tipo de juego que se pudiera presentar.

En esta tabla también se puede identificar una predominancia de las conductas que forman parte del indicador de ausencia de palabra, lo cual es importante tomar en cuenta.

3.4.2.3 Área Fisiológica

En la tabla 10 se detallan los resultados de las respuestas fisiológicas.

Tabla 10
Respuestas Fisiológicas

TIPO DE INDICADOR		FISIOLÓGICO							
INDICADOR		Dolor físico				Sudor		Alteraciones de la respiración	
CONDUCTAS		Cabeza	Espalda	Cuello	Otros	Exceso de sudor	Sudoración palmar	Agitada	Profunda
N1	PADRE		0				1		1
	INVEST		0						
N2	PADRE		0				1		
	INVEST		0						
N3	PADRE		0				1		
	INVEST		0						
N4	PADRE		0				1		1
	INVEST		0						
N5	PADRE		0				1		
	INVEST		0						1
N6	PADRE		0				1		
	INVEST		0						
N7	PADRE		0				1		
	INVEST		0						
N8	PADRE		0						
	INVEST		0						
N9	PADRE		0				1		
	INVEST		0			1		1	1
N10	PADRE		0			1			
	INVEST		0			1			1
N11	PADRE		0						
	INVEST		0				1		1
N12	PADRE		0						
	INVEST		0						
N13	PADRE		0			1			
	INVEST		0						
N14	PADRE		0		1	1			
	INVEST		0				1		
N15	PADRE	1	0						
	INVEST		0				1		
N16	PADRE		0				1		
	INVEST		0						
N17	PADRE		0			1			
	INVEST		0				1		
N18	PADRE		0						
	INVEST		0				1		
N19	PADRE		0				1	1	
	INVEST		0						1
N20	PADRE		0				1		1
	INVEST		0			1		1	
N21	PADRE	1	0					1	
	INVEST		0				1		1
N22	PADRE		0			1		1	
	INVEST	1	0				1		1
N23	PADRE		0						1
	INVEST		0			1			
N24	PADRE		0						1
	INVEST		0				1		
N25	PADRE		0					1	
	INVEST		0						1
TOTAL	NO.	3	0	0	1	9	19	6	13
	%	12	0	0	4	36	76	24	52

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres y guía de observación, Noviembre 2014.

A partir de la tabla anteriormente detallada se concluye que el indicador fisiológico: sudoración palmar presenta el mayor porcentaje con el 76%, que serían 19 niños. Seguido de este, se encuentra el tipo de respiración profunda con el 52% de la población, que son 13 niños.

También presenta un porcentaje importante el exceso de sudor ya que está presente en 9 niños, que es el 36% y por último la respiración agitada se presenta en un 24% de la población que serían 6 niños.

En esta tabla es importante recalcar que los porcentajes altos se reparten entre los indicadores de sudoración y alteraciones de la respiración; mientras que el dolor físico se presenta en un porcentaje muy bajo.

3.5 Discusión de resultados

En la Misión Médica Humanitaria No. 123 realizada en la ciudad de Ibarra, del 12 al 16 de noviembre del 2014 de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador se pudieron observar distintos resultados realizados en la etapa diagnóstica, los mismos que se presentan de manera resumida a continuación.

Se observa que el 60% de la población, es decir 15 asistentes, fueron niñas; mientras que los niños fueron apenas 10, los mismos que representan el 40%. Además la ciudad con mayor número de asistentes fue Quito con 9 niños que son el 36%, seguido por la ciudad de Lago Agrio que representa el 20%, que serían 5 niños.

De los datos se observa que el 92% de los pacientes, equivalente a 23 niños, acuden a la misión acompañados de la madre, quien es la figura de seguridad. A la madre se le encarga también en un 48% el hablar con los niños, pero al no haber recibido la información necesaria se observa que en un 100% no se dan las palabras adecuadas.

La falta de información causa estrés preoperatorio en los niños ya que en su mayoría acuden a las misiones sin una idea clara de lo que va a suceder, lo que se evidencia en las conductas observadas por los padres y las investigadoras. En cuanto a los indicadores Cognitivos se pudo ver que el llanto fue la conducta con el mayor porcentaje que fue de 64%, es decir, 16 niños y esta conducta estuvo seguida por la de aislamiento, la cual se observó en 12 niños y representan el 48% de la población evaluada; es importante recalcar que estas dos conductas conforman el indicador de depresión. Por otra parte, la observación de indicadores Conductuales arrojó como resultados que el uso de monosílabos fue la conducta con mayor porcentaje ya que se presentó en el 68% de la población, que fueron 17 niños y la siguiente conducta con un porcentaje alto fue el aislamiento, la misma que estuvo presente en 15 niños, que serían el 60%. De acuerdo con estos resultados las conductas muestran una predominancia del indicador de ausencia de palabra como evidencia del estrés preoperatorio. En cuanto a las respuestas fisiológicas observadas la conducta de sudoración palmar estuvo presente con el 76%, que serían 19 niños y seguido de este, se encontró el tipo de respiración profunda con el 52% de la población, que son 13 niños.

También se concluye que el niño que no está familiarizado con el contexto del hospital ni ha recibido palabras que les ayuden a comprender lo que están viviendo presenta estrés preoperatorio. La principal consecuencia del estrés preoperatorio es que podría llevar a que el niño no colabore con el personal médico durante el proceso por lo que su recuperación post quirúrgica puede presentar complicaciones.

Las principales problemáticas encontradas son:

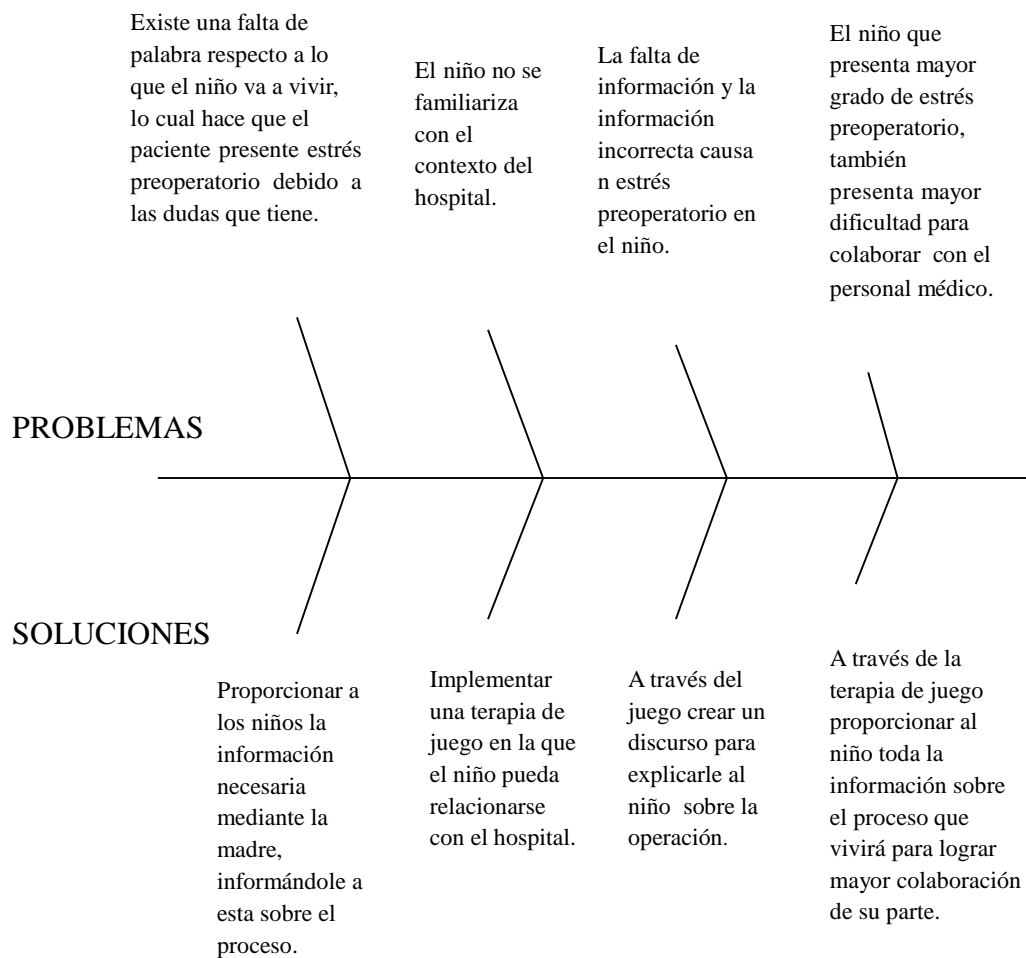
1. Existe una falta de palabra respecto a lo que el niño va a vivir, lo cual hace que el paciente presente estrés preoperatorio debido a las dudas que tiene.
2. El niño no está familiarizado con el contexto del hospital.
3. La falta de información y/o la información incorrecta causa estrés preoperatorio en el niño.

4. El niño que presenta mayor grado de estrés preoperatorio podría presentar también mayor dificultad para colaborar con el personal médico.

CAPITULO IV

PRODUCTO

En base a los resultados obtenidos en el diagnóstico realizado (guías de observación madre-observador preoperatoria y guía postquirúrgica) su puede reconocer los siguientes problemas:



4.1 OBJETIVO DEL PROYECTO

Diseñar un modelo de terapia de juego que permita la disminución del estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años que van a ser intervenidos quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.

4.2 ACTIVIDADES

Durante la ejecución del proyecto se realizaron las siguientes actividades:

- Dirigir al niño desde hospitalización hasta el área de CLS que está ubicada junto al quirófano
- Realizar la terapia de juego entre 15 a 20 minutos con la canasta de juego propuesta.
 - Al niño se le da la consigna que este lugar es para que él juegue como quiera hacerlo y que si desea puede ponerse el mandil de doctor.
 - El niño escoge el juego donde puede ser doctor o paciente. Si escoge ser el doctor también define quien será su paciente: muñecos o voluntarios.
 - Dentro del juego se familiariza al niño con el ambiente hospitalario a través de los juguetes que recrean la sala de quirófano.
 - Se le proporciona al niño la información necesaria en cuanto a la cirugía utilizando los instrumentos de la canasta de juego para que este sepa que sucederá cuando entre a quirófano.
- Acompañar al niño hasta el quirófano donde va a ser intervenido, después de la terapia de juego.

4.3 HIPÓTESIS O SUPUESTOS

El estrés generado por la intervención quirúrgica disminuye si se realiza una adecuada intervención psicológica a través del juego terapéutico.

4.4 PRECONDICIONES

1. Para poder realizar el proyecto es necesaria, en primera instancia, tener la autorización de los responsables de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.
2. En el área de hospitalización tanto como en el área de CLS es necesario contar con mínimo dos personas para poder realizar las actividades propuestas de una manera óptima; es decir, serían 4 personas en total.
3. Se necesita contar con un espacio específico en hospitalización para poder aplicar las guía de observación a partir de las cuales se obtendrá la información para poder evidenciar el estrés preoperatorio en los niños de 5 a 9 años.
4. En la sala de juego del piso de hospitalización son necesarios juguetes varios que permitan interactuar con el niño para poder evidenciar el estrés preoperatorio.
5. Es necesaria una vía de comunicación que permita transmitir información relevante en cuanto a casos específicos identificados en área de hospitalización por los observadores, para poder trabajar durante la terapia de juego en el área de CLS.
6. Es necesario contar con un espacio adecuado para la ejecución de la terapia de juego en el área de CLS.
7. Es indispensable contar con la canasta de juego que contenga todos los juguetes que permitan escenificar la sala quirúrgica y el ambiente médico.

4.5 INDICADORES

Una adecuada preparación psicológica se evidencia al realizar un trabajo con el niño en el área de CLS mediante la terapia de juego para lograr una disminución del estrés preoperatorio y por lo tanto permite evitar cualquier complicación después de la cirugía.

4.6 FUENTES DE VERIFICACIÓN

Para la confirmación en cuanto a la disminución del estrés preoperatorio en los niños de 5 a 9 años los cuales fueron sometidos a cirugía se realizó una entrevista semi estructurada a la madre, junto con la guía de observación post quirúrgica y la observación al niño en su habitación.

4.7 SOSTENIBILIDAD

Este proyecto es sostenible debido a que todos los materiales necesarios para realizarlo (juguetes, guías, entrevistas, lápices, colores, hojas, etc.) fueron donados por las autoras del mismo por lo tanto es totalmente accesible ponerlo en práctica.

4.8 MEDIOS O INSUMOS

Para realizar la etapa de ejecución del proyecto se diseñó un plan de intervención de terapia de juego donde se utilizaron varios insumos detallados a continuación en la tabla 11. La selección de los juguetes utilizados respondía a objetivos previamente establecidos, los cuales también se muestran en la tabla que consta a continuación.

En la canasta de juguetes utilizados se colocó muñecos que permitan al niño identificarse tanto con el rol de médico como con el de paciente y que por tanto le faciliten asumir indistintamente ambos roles lo cual buscaba poder relacionar y tranquilizar al niño al tomar el poder como doctor y también para ayudarlo al reconocimiento de este como paciente.

Tabla 11

Medios o Insumos

JUGUETE	OBJETIVO
4 MUÑECOS 2 Niñas: 1 con labio fisurado y 1 sin labio fisurado 2 Niños: 1 con labio fisurado y 1 sin labio fisurado	Evidenciar la malformación y dar cuenta de la postura del niño/a frente a ésta
2 Doctores: hombre y mujer	Poder apreciar cuál es la postura del niño frente al personal del hospital.
2 Kits de implementos médicos y de cirugía	Familiarizar al niño o niña con los instrumentos a los que va a estar expuesto y que conozca la función de cada uno de ellos para poder disminuir el estrés frente a la cirugía.
2 Mandiles de doctor para niños	Permitir que el niño o niña puedan asumir u otorgar a alguien más el papel de doctor durante el juego.
Mascarillas	Evitar que el niño/a sienta miedo frente a las personas que utilizan mascarilla, ya que dentro del quirófano todos los médicos la utilizan.
Gorros quirúrgicos	Proporcionar a los niños todos los instrumentos que puedan causar miedo o estrés al momento de entrar a quirófano.

Fuente: Elaborada por autoras, Noviembre 2014.

Para la ejecución del plan de intervención de terapia de juego se procedió a explicar al niño la función que cada uno de los instrumentos tiene, a continuación se presenta un resumen de las explicaciones dadas a los niños en la tabla 12.

Tabla 12

Detalle del Kit médico

INSTRUMENTO	EXPLICACIÓN DADA AL NIÑO
Estetoscopio	Instrumento que llevan generalmente los doctores para escuchar los latidos del corazón.
Inyección	Sirve para administrar medicamentos que ayuden a sanar o disminuir el dolor de la cirugía.
Tensiómetro	Instrumento utilizado para medir la presión del cuerpo, es una banda que te ponen en el brazo y se infla a través de una bomba.
Termómetro	Instrumento que sirve para medir la temperatura y por lo general la ponen debajo del brazo o en la boca.
Tijeras de cirugía	Instrumento que se utiliza para cortar.
Bomba de anestesia	Mascarilla que se utiliza para poder poner la anestesia. Al respirar con esta mascarilla se infla y se desinfla una bomba que ayuda a quedarte dormido y no sentir nada mientras te operan.
Gasas y Curitas	Instrumento que se utilizan para sanar, limpiar o cubrir heridas.

Fuente: Elaborada por autoras, Noviembre 2014.

Como se observa en la tabla anterior el lenguaje utilizado para dar la explicación de los instrumentos a los niños fue claro, y sencillo, acorde a la edad de los pacientes.

En el gráfico mostrado a continuación se muestran los componentes de la canasta de juegos tal como se los utilizó durante la ejecución del proyecto.

Gráfico 2
Canasta de juegos



Fuente: Canasta de juegos utilizada con los niños de 5 a 9 años que se operaron en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador, misión Ibarra, Noviembre 2014.

4.9 PRESUPUESTO

Para la realización del presente proyecto el presupuesto necesario fue el siguiente descrito en la tabla 19.

Tabla 13
Presupuesto

INSUMOS	CANTIDAD	COSTO
Copias	200	\$ 6.00
Esferos	10	\$ 5.00
Lápices de colores (paquetes)	3	\$ 3.75
Hojas	100	\$ 2.00
Mandiles de doctor	2	\$ 18.00
Muñecos de doctores	2	\$ 32.00
Muñecos pacientes	4	\$ 36.00
Kits médicos	2	\$12.00
	TOTAL	\$ 114.75

Fuente: Elaborada por autoras, Noviembre 2014.

4.10 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

A continuación se presenta la tabla 14 que contiene el marco lógico del proyecto.

Tabla 14
Matriz de marco lógico

NARRATIVA		INDICADORES	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Disminuir el estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años que van a ser intervenidos quirúrgicamente	Disminuido en un 95% el estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años	95%	Guía de observación post operatoria.	Padres y niños dispuestos a formar parte del proyecto.
PROPÓSITO	Diseñar un modelo de terapia de juego que permita la disminución del estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años	Diseñado 1 plan de intervención de terapia de juego para niños de 5 a 9 años	1 Plan de intervención	Informe final (Capítulo IV)	Material bibliográfico disponible.
COMPONENTES	1. Describir el estrés relacionado con la intervención quirúrgica desde el enfoque cognitivo.	Descrito el estrés relacionado con la intervención quirúrgica	1 Informe	Capítulo del proyecto sobre estrés (Capítulo II)	Existencia de teoría sobre el tema: Estrés relacionado con la intervención quirúrgica.
	2. Sistematizar la información que existe sobre la terapia de juego como medio de control del estrés desde el enfoque cognitivo.	Sistematizada la información sobre la terapia de juego desde el enfoque cognitivo	1 Informe	Capítulo sobre El juego (Capítulo II)	Existencia de teoría sobre el tema.
	3. Diagnosticar el estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años	Diagnosticado el estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años que se van a intervenir quirúrgicamente	1 Informe	Informe de diagnóstico (Capítulo III)	Participación activa de niños y sus familias.
	4. Diseñar un plan de intervención de terapia de juego para reducir los efectos del estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años	Diseñado 1 plan de intervención de terapia de juego para reducir los efectos del estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años	1 Plan de intervención	Plan de intervención (Capítulo IV)	Bibliografía disponible sobre el tema.
	5. Ejecutar el plan de intervención de terapia de juego diseñado para reducir los efectos del estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años	Ejecutado 1 plan de intervención con los niños de 5 a 9 años intervenidos mediante terapia de juego para disminuir el estrés preoperatorio	1 Plan de intervención	Informe de Ejecución (Capítulo IV)	Participación activa de niños y sus familias.
	6. Evaluar el impacto que el plan diseñado tenga en los niños con los que se trabaje.	Evaluado plan aplicado a los niños de 5 a 9 años.	1 Informe	Informe de evaluación (Capítulo IV)	Existencia de las guías pre y post quirúrgicas aplicadas a los niños y entrevistas semi estructuradas aplicadas a los padres.
ACTIVIDADES	1.1. Describir el estrés preoperatorio	Descrito el estrés preoperatorio	1 Informe	Informe redactado (Capítulo II)	Existencia de bibliografía disponible sobre el tema.
	2.1. Describir al juego como medio de control del estrés desde el enfoque cognitivo.	Descrito el juego como medio de control del estrés desde el enfoque cognitivo.	1 Informe	Informe redactado (Capítulo II)	Existencia de bibliografía disponible sobre el tema.
	3.1. Diseñar los instrumentos de la fase diagnóstica.	Diseñado guías de observación pre y post quirúrgica y entrevista semi estructurada para padres.	3 Guías	Informe de diagnóstico (Capítulo III y anexos)	Existencia de bibliografía disponible para poder tener una base teórica de las guías elaboradas.
	3.2. Aplicar la guía de observación pre quirúrgica a los niños de 5 a 9 años	Aplicada guía de observación pre quirúrgica al 100% de niños de 5 a 9 años intervenidos quirúrgicamente	100%	Informe de ejecución (Capítulo IV)	Participación activa de niños y sus familias.
	3.3. Aplicar la guía de entrevista semi estructurada a padres a los niños de 5 a 9 años	Aplicada guía de observación pre quirúrgica al 100% de los padres de los niños de 5 a 9 años intervenidos quirúrgicamente	100%	Informe de aplicación (Capítulo III)	Participación activa de niños y sus familias.
	4.1 Redactar problemas y soluciones detectadas	Redactado informe de problemas y soluciones	1 Informe	Informe redactado (Capítulo IV)	Aplicación de guías pre y post quirúrgicas y entrevista semi estructurada a padres.
	4.2 Elaborar plan en base a necesidades detectadas	Elaborado 1 plan de intervención de terapia de juego diseñado para reducir los efectos del estrés preoperatorio en niños de 5 a 9 años	1 Plan de intervención	Plan de intervención (Capítulo IV)	Bibliografía disponible sobre el tema.
	5.1. Identificar niños de 5 a 9 años para ejecutar plan de intervención de terapia de juego en el área de CLS	Identificado el 100% de niños de 5 a 9 años	100%	Informe de ejecución (Capítulo IV)	Participación activa de niños y sus familias.
	5.2 Ejecutar terapia de juego con niños seleccionados previamente	Ejecutada terapia de juego con niños seleccionados	1 Informe	Informe de ejecución (Capítulo IV)	Participación activa de niños.
	6.1. Aplicar la guía de observación post quirúrgica	Aplicada guía de observación post quirúrgica con el 100% de niños de 5 a 9 años intervenidos quirúrgicamente	100%	Informe de aplicación (Capítulo III)	Participación activa de niños y sus familias.

Fuente: Elaborada por autoras, Noviembre 2014

4.11 MONITOREO

Cumplimiento del orden de actividades.

4.12 EVALUACIÓN

El proyecto se ejecutó en base a las actividades propuestas anteriormente.

Durante la terapia de juego realizada en CLS se pudo observar en los niños emoción al estar en contacto con los juguetes, es decir, que además de ser una herramienta útil para relacionarlos con la cirugía, la sala de juegos también es un espacio que les permite expresar sus temores debido a que en esta comentaban sobre el miedo que le tienen a las agujas, al dolor que pueden tener después de la operación, etc. Además se pudo observar que los niños establecen un vínculo con el voluntario que realiza la terapia de juego y esto le proporciona seguridad; por lo que resulta más fácil trasladar al niño con este voluntario hasta la camilla del quirófano, obteniendo así mayor colaboración de su parte.

Se pidió al personal médico del área de quirófano comentar respecto a la conducta que observaron en los niños de 5 a 9 años que fueron intervenidos quirúrgicamente. A continuación se muestran las respuestas dadas por los especialistas de quirófano, los cuales fueron 6 médicos dado que en la misión donde se realizó el presente proyecto existieron tres salas de operación con dos mesas de cirugía en cada cuarto, formando así 6 mesas quirúrgicas con sus respectivos médicos cada una.

Tabla 15

Respuestas del Personal Médico

MÉDICOS	COMENTARIOS
1	Los niños entraron mucho más calmados.
2	Colaboraron de mejor manera y se nota el cambio de la anterior misión a esta.
3	Los vi tranquilos y se pudo trabajar mejor.
4	Ninguno lloró ni se asustó al entrar al quirófano.
5	Me gusta que los niños estaban tranquilos y así al ponerles anestesia colaboraron.
6	Estuvieron tranquilos.

Fuente: Elaborada por autoras, Noviembre 2014

De las respuestas dadas por los profesionales médicos, las cuales se observan en el cuadro anterior, se puede entonces decir que los niños se mostraron colaboradores y no se presentó ninguna complicación con aquellos niños con quienes se realizó la terapia de juego.

En cuanto a la recuperación post quirúrgica se realizó una entrevista a la madre junto con la observación del niño en su habitación, para lo cual se utilizó las mismas guías de la etapa preoperatoria que consta en los anexos 1 y 2, y además al entrevistar a los padres se incluyó una pregunta sobre cómo lo ve al niño de manera general después de la operación.

A continuación se muestra las respuestas obtenidas:

Tabla 16

Comentarios de los padres en el Área post quirúrgica

PADRE		COMENTARIO
N1		Bien
N2		Mejor
N3		Bien
N4		Tranquilo
N5		Ya está mejor
N6		Estaba llorando un poco porque tiene hambre
N7		Está mejor
N8		Duerme desde que salió de la cirugía
N9		Está feliz
N10		Tranquilo
N11		Bien
N12		No ha molestado, solo pidió agua y se durmió
N13		Mejor
N14		Tranquilo
N15		Bien
N16		Ya se está reponiendo
N17		Muy bien
N18		Mejor
N19		Como si nada
N20		Llora porque ya quiere comer algo
N21		Bien
N22		Ya está bien
N23		Mucho mejor, ya se durmió
N24		Muy bien
N25		Ya está mejorando
TOTAL	No.	2
	%	8%

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres y guía de observación post quirúrgica, Noviembre 2014.

Como se puede observar en la tabla anterior en cuanto a la evaluación de los niños de 5 a 9 años intervenidos quirúrgicamente, en su mayoría muestran una recuperación favorable después de la cirugía. Tan solo en un 8% de los niños intervenidos, que serían 2, se observó el indicador cognitivo de llanto por hambre y esto se debe a que los niños suelen permanecer sin alimentarse un día aproximadamente.

A continuación se presenta la información obtenida a partir de la guía de observación post quirúrgica en cuanto a los indicadores cognitivos, conductuales y fisiológicos.

Tabla 17
Indicadores Cognitivos Post quirúrgicos

TIPO DE INDICADOR		COGNITIVO						
CONDUCTAS		Referencias a la muerte	Referencias a la anestesia	Llanto	Aislamiento	Se niega a hablar de la cirugía	Se niega a ser operado	Huida
N1	PADRE							
	INVEST							
N2	PADRE							
	INVEST							
N3	PADRE							
	INVEST							
N4	PADRE							
	INVEST							
N5	PADRE							
	INVEST							
N6	PADRE			1				
	INVEST							
N7	PADRE							
	INVEST							
N8	PADRE							
	INVEST							
N9	PADRE							
	INVEST							
N10	PADRE							
	INVEST							
N11	PADRE							
	INVEST							
N12	PADRE							
	INVEST							
N13	PADRE							
	INVEST							
N14	PADRE							
	INVEST							
N15	PADRE							
	INVEST							
N16	PADRE							
	INVEST							
N17	PADRE							
	INVEST							
N18	PADRE							
	INVEST							
N19	PADRE							
	INVEST							
N20	PADRE			1				
	INVEST							
N21	PADRE							
	INVEST							
N22	PADRE							
	INVEST							
N23	PADRE							
	INVEST							
N24	PADRE							
	INVEST							
N25	PADRE							
	INVEST							
TOTAL	NO.	0	0	2	0	0	0	0
	%	0	0	8	0	0	0	0

Fuente: Elaborada por autoras en base a entrevista semi estructurada a padres y guía de observación post quirúrgica, Noviembre 2014.

En la tabla descrita anteriormente se observa que el 8%, es decir 2 de los 25 niños que se intervinieron quirúrgicamente, presentan la conducta de llanto; por lo tanto se puede decir que no hubo una presencia notable de consecuencias debido al estrés pre operatorio. Dado que la terapia de juego realizada se llevó a cabo en el área de CLS, previa al quirófano, se puede decir que esta tiene estrecha relación con los resultados favorables obtenidos en el área post quirúrgica.

Estos datos se obtuvieron al realizar la observación en hospitalización y la entrevista semi estructurada a los padres de los niños intervenidos. En cuanto a los indicadores fisiológicos y conductuales no se presenta un cuadro descriptivo debido a que en ningún caso se presentó una conducta que indique consecuencias del estrés pre operatorio.

En conclusión se puede decir que al observar las respuestas dadas por parte de los médicos y de los padres, junto con los resultados obtenidos en base a la guía de observación realizada, se evidencia que la conducta de los niños frente a la cirugía cambio después de la terapia de juego, en la cual se le proporcionó al niño la información necesaria en cuanto al proceso que estaba próximo a vivir y por lo tanto su colaboración fue notoria durante dicho proceso. Además se observa la ausencia de malestares significativos en los niños en cuanto a lo fisiológico, cognitivo y conductual.

4.13 DESTINATARIOS

En este proyecto se identifican dos grupos de destinatarios:

Directos:

- Niños de 5 a 9 años intervenidos quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.

Indirectos:

- Familiares de los niños de 5 a 9 años intervenidos quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.
- Médicos que atendieron a los niños de 5 a 9 años intervenidos quirúrgicamente en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.

4.14 CRONOGRAMA

A continuación se muestra el cronograma de la misión No. 123 realizada en la ciudad de Ibarra, del 12 al 16 de noviembre del 2014 de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.

Tabla 18

Cronograma de Actividades

DÍA	JUEVES 13 NOVIEMBRE	VIERNES 14 NOVIEMBRE.	SÁBADO 15 NOVIEMBRE.
ACTIVIDAD			
ETAPA DIAGNÓSTICA	<p>Aplicación de la entrevista semi estructurada a padres en la habitación del niño.</p> <p>Aplicación de la guía de observación en la sala de juego.</p>	<p>Aplicación de la entrevista semi estructurada a padres en la habitación del niño.</p> <p>Aplicación de la guía de observación en la sala de juego.</p>	<p>Aplicación de la entrevista semi estructurada a padres en la habitación del niño.</p> <p>Aplicación de la guía de observación en la sala de juego.</p>
ETAPA DE EJECUCIÓN	<p>Realización de la Terapia de Juego en los niños de 5 a 9 años que se operaron en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.</p> <p>Acompañamiento al niño hasta el quirófano donde es operado.</p> <p>Acompañamiento al niño en la sala de recuperación al salir de la anestesia.</p>	<p>Realización de la Terapia de Juego en los niños de 5 a 9 años que se operaron en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.</p> <p>Acompañamiento al niño hasta el quirófano donde es operado.</p> <p>Acompañamiento al niño en la sala de recuperación al salir de la anestesia.</p>	<p>Realización de la Terapia de Juego en los niños de 5 a 9 años que se operaron en la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.</p> <p>Acompañamiento al niño hasta el quirófano donde es operado.</p> <p>Acompañamiento al niño en la sala de recuperación al salir de la anestesia.</p>
ETAPA DE EVALUACIÓN	Entrevista semi estructurada a padres.	Entrevista semi estructurada a padres.	Entrevista semi estructurada a padres.

Fuente: Elaborada por autoras, Noviembre 2014.

Conclusiones

1. El nivel de estrés preoperatorio en los niños es alto debido a que se presenta en un 76% - 19 niños. Esto se da debido a que no poseen la información necesaria y correcta para saber lo que van a vivir, es por esto que la terapia de juego, al ser el juego el lenguaje natural del niño, posibilita que estos se informen y tengan el conocimiento necesario del proceso para que así se sientan más tranquilos y colaboren de la mejor manera.
2. Al ser el juego la forma de expresión natural del niño, la terapia de juego es un recurso que facilita la comunicación y el acercamiento con los niños para poder disminuir el estrés preoperatorio.
3. La información proporcionada a los niños mediante la terapia de juego permitió modificar su pensamiento y percepciones en cuanto al proceso de cirugía y por lo tanto también hubo un cambio en cuanto a su actitud frente al personal médico.
4. El alto nivel de estrés preoperatorio se evidenció al realizar el diagnóstico en el cual se observa que las conductas con mayor porcentaje fueron: el llanto con un 64% - 16 niños en cuanto a los indicadores cognitivos, el uso de monosílabos con un 68% - 17 niños en los indicadores conductuales y, la sudoración palmar con un 76% - 19 niños en cuanto a las respuestas fisiológicas.
5. Existen niños que acuden a las misiones de la Fundación por varias ocasiones y a pesar de ello desconocen cuál es el motivo por el que van. Según los datos encontrados el 52% no sabe exactamente la situación que va a vivir, situación que incrementa los niveles de estrés preoperatorio y causa que el niño sienta intranquilidad ante el proceso que va a vivir.

6. Al ser la madre la persona que acompaña al niño en su mayoría, con un 92% - 23 niños, esta se convierte en la figura de seguridad del niño por la cercanía afectiva que establecen, es importante que sea ella quien reciba la información apropiada sobre lo que vivirá el niño debido a que es ella quien puede proporcionarle esta información.

7. El niño colabora de mejor manera con el personal médico cuando ha recibido la terapia de juego puesto que tiene la oportunidad de ponerse en el lugar del doctor y manipular los instrumentos médicos que ellos utilizan, lo cual hace que en ese momento él posea el control y esto ayude a disminuir el estrés preoperatorio.

8. La realización del proyecto, al intervenir a los niños a través de la terapia de juego, tuvo un impacto positivo permitiendo la disminución del estrés preoperatorio en un 100% de los niños debido a que en esta él puede expresar sus temores y al hacerlo a través del juego y de la palabra siente tranquilidad.

9. En relación con la teoría y vivencias de misiones anteriores se puede decir que disminuyeron notablemente las conductas que evidencian la presencia de estrés preoperatorio como: problemas en la recuperación, necesidad de mayor medicación para combatir el dolor, descuido en el cuidado necesario después de la operación, agresividad y llanto en los niños con quienes se aplicó la terapia de juego.

Recomendaciones

1. Sería importante que la Facultad de Psicología considere dentro de la formación académica el tema de Estrés situacional relacionado con eventos actuales como por ejemplo el estrés generado por las intervenciones quirúrgicas.
2. El presente proyecto debería institucionalizarse para ser utilizado en todas las misiones de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador siguiendo el proceso de la misma manera para así lograr un trabajo continuo que sea útil y tenga resultados favorables.
3. Se debería considerar a la Terapia de juego como un instrumento indispensable para trabajar el estrés preoperatorio en los niños que se van a someter a cirugía durante las misiones de la Fundación Operación Sonrisa Ecuador.
4. Se recomienda determinar un lugar específico en todas las misiones para la sala de juego en el área de hospitalización ya que en su mayoría este es un espacio que se acomoda únicamente en las misiones en las que sobra un espacio libre.
5. Es importante que los voluntarios del área de Psicología sean capacitados previamente para ejecutar la terapia de juego propuesta.
6. Sería favorable que cada especialista del personal médico le dé una explicación clara y sencilla al niño sobre el proceso que vivirá junto a él para disminuir el estrés generado por el proceso quirúrgico.
7. Se debe dar igual importancia tanto a los niños que acuden por primera vez a las misiones como a los que ya han estado en ocasiones anteriores, ya que el estrés preoperatorio se presenta en todos por el hecho de estar expuestos a

una situación de riesgo.

8. Es importante que, al ser los padres la figura de seguridad de los niños, se informen desde una fuente verídica sobre el proceso que vivirán estos durante las misiones de la Fundación y de esta manera proporcionen la información adecuada a sus hijos.
9. Es necesario proporcionar a los padres los recursos necesarios para que puedan mejorar su comunicación con los niños y que de esta manera aporten con la información necesaria en cuanto al proceso que se vivirá en la misión.

Bibliografía

- Arias, J., Aller, M., Miranda, E., Arias, J., & Lorente, L. (2004). *Propedeútica Quirúrgica preoperatorio, operatorio, postoperatorio*. México: Tebar.
- Barahona, P., & Velasco, M. (1989-1990). *La preparación psicológica a los niños que se van a operar*. Quito.
- Crespo, M., & Labrador, F. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- De la Cruz, M. G. (2009). *Las consecuencias psíquicas del proceso de hospitalización en los niños*. Quito.
- De Rivera, L. (2010). *Los Síndromes del Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Escamilla, M. (2013). *Trauma Treatments*. Obtenido de <http://www.traumatreatments.com/>
- Fundación Operación Sonrisa Ecuador. (2011). *Fundación Operación Sonrisa Ecuador*. Obtenido de http://www.operacionsonrisa.org.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=85
- Giacomantone, E., & Mejía, A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. Argentina: Paidós.
- idoneos.com. (1999-2014). *El Estrés en la Evaluación Institucional*. Obtenido de <http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/345577/>
- Janet, W. (1994). *Terapia de Juego Centrada en el Niño*. México: El Manual Moderno.
- Lazarus, R. S. (1999). *Estrés y Emoción*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- López, J. A. (2005). *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo Conductual*. Obtenido de www.aseteccs.com/inicio/php

- Madrigal García, J., Moreno Cuesta, A., Rubio Vitaller, A., Ibañez García, J., López Santiago, L., & Gómez, M. (2005). Respuesta al estrés pre quirúrgico en la cirugía sin ingreso. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 383-388.
- Precedo Inversiones SL. (2012). *Combatir Estrés*. Obtenido de <http://www.combatirestres.com/>
- Reinold, C., & Richmond, B. (2012). *CMASR-2*. México: Manual Moderno.
- Salaues, N. (2012). *Dr. Nadir Salaues-Cirujano Plástico*. Obtenido de <http://drsalaues.com/cirugia-reparadora-de-labio-leporino-y-paladar-hendido/>
- Schaefer, C., & Connor, K. (1988). *Manual de Terapia de Juego*. México: El Manual Moderno.
- Slipak, O. (1991). *ALCMEON*. Obtenido de Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
- Villacís, B., Estrella, M., & Calero, M. (1972). *Efecto de la Terapia Recreativa sobre Ansiedad en niños hospitalizados*. Quito.
- Web Consultas. (2013). *Mente y Emociones*. Obtenido de <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones/y/autoayuda/causas-%20de-estres-3650>

Anexos

GUÍA DE OBSERVACIÓN PREOPERATORIA

Nombre: _____ Edad: _____
 Residencia: _____

Fecha: ____ Nov. 2014 Acompañante:
 ¿Alguien le habló de la operación?: Si No ¿Quién?:
 ¿Qué se le dijo?: _____
 Número de operación: _____ Tipo de cirugía: _____

TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	CONDUCTAS	S I	N O	COMENTARIOS
C O G N I T I V O	Miedo	Referencias a la muerte			
		Referencias a la anestesia			
	Depresión	Llanto			
		Aislamiento			
	Negación de la situación(operación)	Se niega a hablar de la Cirugía			
		Se niega a ser operado			
Huida					
C O N D U C T U A L	Ausencia de palabra	Monoslabos			
		Timidez			
		Rechazo a la interacción			
	Agresividad	Gritos			
		Golpes			
		Arroja objetos			
	Alteración de conductas habituales (sueño, juego)	Dificultad al dormir			
		Comportamiento inusual			
	Tipo de juego	Aislado			
		Agresivo			
Ausencia de juego					
Interactivo					
F I S I O L O G I C O	Llanto				
	Sudor				
	Fiebre				
	Dolor de cabeza				

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA A PADRES (PRE Y POST QUIRÚRGICA)

Nombre: _____ Edad: _____ Residencia: _____

Fecha: ____ Nov. 2014

Acompañante: _____

¿Alguien le hablo de la operación?: Si No ¿Quién?: _____

¿Qué se le dijo?: _____

Número de operación: _____

Tipo de cirugía: _____

TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	CONDUCTAS	S I	NO	COMENTARIOS
C O N D U C T I V O	¿Siente algún tipo de miedo respecto a la cirugía?	Referencias a la muerte			
		Referencias a la anestesia			
	¿Nota tristeza en el niño(depresión)?	Llanto			
		Aislamiento			
	¿Ha escuchado que no quiere operarse o que se niega a hacerlo?	Se niega a hablar de la cirugía			
		Se niega a ser operado			
Huida					
C O N D U C T U A L	¿El niño presenta ausencia de palabra?	Monosílabos			
		Timidez			
		Rechazo a la interacción			
	¿Lo ha notado agresivo?	Gritos			
		Golpes arroja objetos			
	¿Presenta alteración de conductas habituales (sueño, juego)?	Dificultad al dormir			
		Comportamiento inhabitual			
	¿Cuál es el tipo de juego?	Aislado			
		Agresivo			
		Ausencia de juego			
Interactivo					
F I S I O L O G I C O	¿Presenta llanto?				
	¿Presenta sudor?				
	¿Ha tenido fiebre?				
	¿Le ha dolido la cabeza?				

Anexo 3

GUÍA DE OBSERVACIÓN POST QUIRÚRGICA

TIPO DE INDICADOR	CONDUCTAS	S I	N O	COMENTARIOS
C O G N I T I V O	Referencias a la muerte			
	Referencias a la anestesia			
	Llanto			
	Aislamiento			
	Se niega a hablar de la cirugía			
	Se niega a ser operado			
	Huida			
C O N D U C T U A L	Monosílabos			
	Timidez			
	Rechazo a la interacción			
	Gritos			
	Golpes			
	Arroja objetos			
	Dificultad al dormir			
	Comportamiento inhabitual			
	Aislado			
	Agresivo			
Ausencia de juego				
Interactivo				
F I S I O L O G I	Llanto			
	Sudor			
	Fiebre			
	Dolor de cabeza			
C O				