

Apoyo a procesos de Psicología en las investigaciones en el área de la salud del proyecto PROMESA: programa de monitoreo casa para niños con cardiopatías congénitas complejas

Yenny Andrea Ariza Romero

Id. 297051

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Bucaramanga

2020

Apoyo a procesos de Psicología en las investigaciones en el área de la salud del proyecto PROMESA: programa de monitoreo casa para niños con cardiopatías congénitas complejas.

Yenny Andrea Ariza Romero

Id. 297051

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

PSICÓLOGA

Directora del Proyecto

Ps. Paula Fernanda Pérez Rivero

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Bucaramanga

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado principalmente a Dios, quien ha sido una gran fuente de inspiración, fortaleza y sabiduría.

A mi hija quien me ha enseñado a tomar valor de las cosas y luchar por mis sueños. Ella ha sido mi aliento para superar obstáculos y convertirme cada día en mejor persona.

Agradecimientos

Principalmente agradezco a mis docentes UPB quienes con su conocimiento han tenido la capacidad de formarme como psicóloga.

Agradezco profundamente a cada uno de los sitios de practicas en los cuales aprendí a poner en práctica cada uno de los conceptos aprendidos durante toda mi carrera.

Finalmente agradezco al grupo Promesa, quienes me permitieron culminar mi proceso formativo, donde adquirí nuevos conocimientos ayudándome a complementarme como una persona profesional.

Contenido	
Capítulo 1	9
Introducción.....	9
Generalidades del proyecto PROMESA.....	10
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Objetivos específicos.....	12
Capítulo 2	13
Marco teórico.....	13
Cardiopatías congénitas	13
Psicocardiología	14
El duelo	14
Duelo patológico.....	18
Terapia de Aceptación y Compromiso	19
Capítulo 3	22
Metodología.....	22
Instrumentos	22
Aspectos éticos	23
Sesiones del protocolo de intervención basado en ACT	23
1 sesión.....	24
2 sesión.....	24
3 sesión.....	24
4 sesión.....	25
5 sesión.....	26
6 sesión.....	26
Capítulo 4	26
Resultados.....	26
Capítulo 5	34
Referencias	34
Capítulo 6	39
Validación por jueces	39
Capítulo 7	45
Seminarios	45
Capítulo 8	45
Notas web para retroalimentación de la página web PROMESA	45
Capítulo 9	46
Revisión bibliográfica de artículos	46

Capítulo 10	47
Anexos	47
Anexo 1	47
Anexo 2	49
Metáfora “dos escaladores”	49
Metáfora de las arenas movedizas	49
Metáfora del Hombre en el Hoyo	50
Metáfora de la Gárgola	51
Metáfora del Calor	51
Metáfora del Asno y el Granjero	53
Anexo 3	54
Anexo 4	55

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Apoyo a procesos de Psicología en las investigaciones en el área de la salud del proyecto PROMESA: programa de monitoreo casa para niños con cardiopatías congénitas complejas.

AUTOR(ES): Yenny Andrea Ariza Romero

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Ps. Paula Fernanda Pérez Rivero

RESUMEN

Las cardiopatías congénitas son una afección que causan la malformación del corazón, su función, el sistema circulatorio y alteración en los vasos sanguíneos, que se da especialmente durante la etapa de la embriogénesis. Esta anomalía ha ocupado los primeros lugares de la causa de muerte en niños, sin embargo, actualmente gracias a los avances de la medicina se han logrado contrarrestar los efectos negativos que causan la enfermedad. Estas afecciones han promovido la sensibilización de profesionales de diferentes áreas con el fin de contribuir en la rehabilitación de los pacientes y familias. Entre ellas una de las áreas que participa es la psicología, pues a través de programas como "PROMESA" Programa de monitoreo en casa para niños con cardiopatías congénitas complejas", buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes. Con el fin de contribuir con el programa que presenta la Fundación Cardiovascular de Colombia, en este informe se presenta un protocolo que está enfocado en el tratamiento al duelo de las familias que pertenecen a PROMESA mediante la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Dentro de la atención que se debe tener en cuenta durante la rehabilitación de un paciente con esta anomalía es el duelo, ya que este es un aspecto psicológico necesario que se debe abordar en la vida de un paciente y su familia que se encuentran enfrentando situaciones de pérdidas y aspectos que conlleva tener un bebé con una CC.

PALABRAS CLAVE:

Cardiopatías congénitas, terapia de aceptación y compromiso, duelo, protocolo de intervención

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Support to Psychology processes in the health research area of the PROMISE project: home monitoring program for children with complex congenital cardiopathies.

AUTHOR(S): Yenny Andrea Ariza Romero

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Ps. Paula Fernanda Pérez Rivero

ABSTRACT

Congenital heart disease is a condition that causes malformation of the heart, its function, the circulatory system, and alteration in the blood vessels, which occurs especially during the stage of embryogenesis. This abnormality has occupied the first places of the cause of death in children, however, at present thanks to the advances of medicine have been able to counteract the negative effects that cause the disease. These conditions have promoted the awareness of professionals from different areas to contribute to the rehabilitation of patients and families. Among them, one of the areas involved is psychology, because through programs such as "PROMESA" Home Monitoring Program for children with complex congenital heart disease," they seek to improve the quality of life of patients. To contribute to the program presented by the Colombian Cardiovascular Foundation, this report presents a protocol that is focused on the treatment of grief of families belonging to PROMESA through the Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Within the care that must be taken into account during the rehabilitation of a patient with this anomaly is the mourning, since this is a necessary psychological aspect that must be addressed in the life of a patient and his family who are facing situations of loss and aspects that involve having a baby with a CC.

KEYWORDS:

Congenital Heart Disease, Health Psychology, Neurodevelopment, Monitoring Program.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Capítulo 1

Introducción

Mediante el siguiente informe se presenta el proceso llevado a cabo con el fin de optar al grado como psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), Bucaramanga mediante la modalidad de servicio social. Este informe está conformado por apartados donde se presentan las actividades realizadas junto con sus respectivos resultados que dieron apoyo al proyecto PROMESA: programa de monitoreo en casa para niños con cardiopatías congénitas complejas (CCC), de la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV).

El servicio social consistió en la realización de un protocolo enfocado en la temática del duelo apoyado desde la terapia de aceptación y compromiso. La realización del protocolo comprende tres fases: la primera está basada en la recopilación de datos bibliográficos relacionados con las principales temáticas como los son cardiopatías congénitas, terapia de aceptación y compromiso y duelo. En la segunda fase se elaboró el protocolo y se evaluó mediante la técnica juicio de expertos. Una vez terminado y aprobado el protocolo en la tercera fase se procedió a la aplicación a una participante madre de una niña vinculada al grupo Promesa. Por último, se presentan los resultados de la aplicación del protocolo.

Generalidades del proyecto PROMESA.

PROMESA, Programa de monitoreo y educación para el seguimiento en casa de niños con cardiopatías congénitas complejas, es un estudio desarrollado en la FCV, centrado en la implementación de este programa durante periodos de interestudio de paliación de los niños con cardiopatías congénitas.

La FCV es una de las instituciones médicas más importantes en Colombia y Latinoamérica certificada con altos estándares de calidad. En esta institución se mantienen altos criterios de excelencia, innovación y sentido social para brindarle a la mejor atención a los pacientes buscando su bienestar y la satisfacción de estos.

La principal misión de la FCV, está enfocada en dar los mejores servicios a pacientes con diferentes enfermedades ofreciendo atención integral y especializada; también, tiene un enfoque investigativo con el fin de contribuir al crecimiento de la salud y el bienestar de los pacientes.

Justificación

Las cardiopatías congénitas han evolucionado a través del tiempo gracias a la investigación ardua que se ha realizado y a los resultados positivos que se han obtenido, sin embargo, de la misma manera también aún se mantienen altas cifras de niños que nacen con esta patología (Valentín, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2017) gracias a los nuevos avances, esta patología en muchos casos no conlleva a la mortalidad, ya que existen diferentes tipos de tratamientos que ayudan a los niños a sobrevivir a las cardiopatías congénitas teniendo en cuenta el mejoramiento de su calidad de vida.

Teniendo en cuenta estos grandes avances de la medicina frente a las cardiopatías congénitas, también se han incluido programas que involucran la familia con el fin de que el niño/a pueda crecer con una calidad de vida que favorezca una gran evolución al tratamiento que se encuentre recibiendo; por tal motivo hoy en día aspectos psicológicos, familiares, estilos de vida, etc., son incluidos dentro del foco médico para poder tener un mejor éxito durante el tratamiento. (Castillo, Toro, Zelada, Herrera, Garay, Alcántara, Ferreiro & Agusti, 2010). Dentro de las principales problemáticas que pueden resultar dentro de una familia que tienen un bebé con una cardiopatía congénita se encuentra el duelo, según Cabodevilla (2007) el duelo se asocia con diferentes pérdidas y situaciones del ser humano que no solo tienen que ver con la pérdida de un ser querido; sin embargo, se entiende que al momento de la llegada del bebé con una cardiopatía congénita surgen diversos cambios en la dinámica familiar lo que puede conllevar a pérdidas de diferente índole.

Este suceso conlleva a la implementación de un protocolo de intervención donde a través de la terapia de aceptación y compromiso se pueda dar una atención adecuada a los padres y madres de aquellos niños que pertenecen al grupo PROMESA; esto con el fin de brindar ayuda psicológica para poder sobrellevar estas pérdidas, afrontar un duelo y así mismo contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la dinámica familiar, lo cual beneficiara al tratamiento del bebé.

Objetivos

Diseñar un protocolo de intervención enfocado en el duelo de padres que tienen bebés con cardiopatías congénitas dentro del proyecto PROMESA: Programa de monitoreo en casa para niños con cardiopatías congénitas complejas” basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Objetivos específicos

- Identificar los elementos conceptuales y metodológicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso que puedan servir como fundamento para el protocolo.
- Describir el proceso de duelo en padres, madres y cuidadores de niñas y niños con cardiopatías congénitas.
- Identificar técnicas basadas en la terapia de aceptación y compromiso para la construcción de las sesiones de intervención.

Capítulo 2

Marco teórico

Cardiopatías congénitas

Las cardiopatías congénitas han ganado importancia debido a la frecuencia y delicado tratamiento que requieren. Según García, Jiménez, Leal, García y Ruiz (2012):

Se considera la afección cardiológica más frecuente de la edad pediátrica con una incidencia estimada entre 8 y 9/1 000 nacidos vivos, aunque algunos informes registran cifras entre 4 y 12/1 000; dos de cada 1 000 casos, son malformaciones complejas de difícil tratamiento. En el mundo estas afecciones se encuentran dentro de las 10 primeras causas de muerte infantil; en 22 países de América Latina aparecen registradas dentro de los cinco primeros motivos de fallecimiento en los menores de un año. (p.14)

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2017) no todos los niños que tienen esta anomalía suelen ser de fuerte impacto, ya que muchos sobreviven debido a los avances en la medicina. Sin embargo, es importante tener en cuenta que se requiere una fuerte participación por parte de los profesionales y servicios de salud que garanticen mejorar su calidad de vida. La OMS (2017) define las cardiopatías congénitas como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, estas pueden desarrollarse durante el embarazo en el periodo de la formación del corazón. Por otra parte, en un estudio realizado en Colombia por Tassinari, Martínez, Erazo, Pinzón, Gracia y Zarante (2018) las cardiopatías congénitas pueden definirse como aquellas que causan la malformación del corazón, su función, el sistema circulatorio y alteración en los vasos sanguíneos, que se da especialmente durante la etapa de la embriogénesis.

En el estudio de Tassinari et al., (2018) se destaca también la importancia de la involucración de los sistemas de salud, realizando un fortalecimiento de estos con el fin de disminuir el riesgo y la tasa de mortalidad. Se puede deducir que los programas de promoción y prevención son de gran importancia para tratar esta enfermedad, donde se requiere la ayuda profesional y así mismo familiar para incrementar la posibilidad de un desarrollo normal en el niño a pesar de los tratamientos que deba recibir.

Psicocardiología

Dentro de la atención que se debe tener en cuenta durante la rehabilitación de un paciente con esta anomalía es la psicocardiología, esta es una disciplina relacionada con los aspectos psicológicos necesarios que se deban abordar en la vida de un paciente y su familia, ya que estos se encuentran pasando por la situación de conllevar con una enfermedad cardíaca. Este concepto según Laham (2009), fue acuñado por la psicología de la salud con un punto de vista interdisciplinario de las enfermedades cardíacas; esta rama de la psicología pretende realizar intervención en las situaciones desencadenadas por las enfermedades coronarias e influir en su rehabilitación. Es por esto, por lo que se puede afirmar que las enfermedades coronarias han promovido la sensibilización de profesionales de diferentes áreas en la contribución de la rehabilitación de los pacientes y familias que padecen esta anomalía como por ejemplo la importancia de la intervención psicológica.

El duelo

El duelo es una situación inevitable por la cual todos los seres humanos debemos vivir en algún momento. Uno de los principales factores que se tratan en una familia o paciente con enfermedad coronaria es el duelo. En el transcurrir de la vida de un ser humano es normal sufrir pérdidas y se puede considerar como eventos vitales para cada ser humano; según Cabodevilla (2007) “el duelo es producido por cualquier tipo de pérdida, y no sólo es aplicable a la muerte de una persona” (p.164) Esto quiere decir que el duelo tiene que ver con alguna pérdida relacionada con la idealización de sí mismos, la pérdida de algo simbólico o pérdidas relacionadas con el desarrollo o de la vida. Según (Gamo & Pazos 2009). Existen diferentes tipos de duelo entre ellos podemos destacar algunos que se presentan con frecuencia:

- Pasar de la infancia a la adolescencia, partir de la vida joven a la vida adulta, son crisis que generan un replanteamiento de la vida.
- Inicio de un nuevo trabajo, formación de la pareja, nacimiento de los hijos, esto genera dejar atrás aspectos generacionales y asumir nuevos roles
- Cambios radicales en el trabajo, cambios de residencia o cambios de relaciones
- La pérdida de un ser querido.
- La presencia de un quebrantamiento de salud importante (Gamo & Pazos 2009).

Normalmente se ha encontrado que las personas tienen tres aspectos básicos relacionados con la reacción que tienen frente a un evento considerado doloroso, entre ellos se encuentran la evasión, negación y afrontamiento, ante esto se propone que las personas pueden tomar el camino de buscar distractores ignorando la situación, continuar con la vida como si nada estuviera sucediendo o tomar el camino de crecer y fortalecerse, los aspectos negativos de tomar estas situaciones de una forma inadecuada afectan directamente el funcionamiento adecuado en la vida de la persona. (Acero, s.f)

Las personas tienen tres formas principales de acercarse al duelo, de forma proactiva, reactiva o activa. Es importante que el profesional de la salud identifique la etapa en la cual se encuentra el individuo y conllevar a que las personas realicen un proceso adecuado de afrontamiento ya que estas situaciones no solo quedan en el pasado si no que no están exentos a que vuelvan a vivir un hecho traumático o un evento negativo que afecte su vida así mismo se busca que las personas asuman el acontecimiento de la mejor manera y se reconstruyan a partir de los hechos sucedidos y sobre todo aprender a vivir con ellos de forma positiva. (Acero, s.f)

La principal emoción que se puede sentir durante un duelo es el dolor. Principalmente como ya se había dicho antes el duelo es normal ante diferentes eventualidades, al principio no se requiere tratamiento farmacológico, sin embargo, existen técnicas y trabajos desarrollados desde el área de la psicología que impiden que este se convierta en algo patológico, sobre todo cuando se trata de convertirse en un cuidador de un niño con una cardiopatía congénita, ya que este puede transformarse en un factor de riesgo. (Victoria, García, Infante & Grau, 2013).

Principalmente, se reconoce que los cuidadores tienen una visión de entregarse completamente al paciente generando cargas adicionales lo que conlleva a que los familiares que estén pasando por esta situación desmejoren su calidad de vida dando paso así a un menor rendimiento en el cumplimiento de su rol como cuidadores (Vilajoana, 2017). Por lo tanto, según Vilajoana 2017, es importante que desde el campo de los profesionales que se encuentran a cargo de estos pacientes incluyendo el área de psicología, evalúen sus prácticas de promoción y prevención frente a este tema facilitando herramientas para que este proceso de duelo pueda ser adaptativo y no se convierta en una patología que afecte su función, lo cual es vital para el desarrollo de los tratamientos aplicados a los pacientes.

Es claro que los familiares cuando se encuentran frente a una situación en donde se detecta una enfermedad grave a alguno de sus miembros entran en una fase de desafío donde deben llevar a cabo un duelo con el fin de encontrar un equilibrio que les permita continuar con la vida a pesar de los cambios adaptativos que este conlleva. (Barreto, de la Torre & Pérez, 2012). Dentro de las reacciones de duelo más comunes que se encuentran pueden clasificarse de la siguiente manera, sentimientos experimentados: embotamiento, desesperanza, impotencia o confusión; sensaciones: molestias físicas como digestivas, fatiga, alteraciones de sueño, disminución del umbral sensorial, entre otras; cognitivo: olvidos, pensamientos intrusivos imaginativo de muerte, falta de concentración; alteraciones perceptivas: ilusiones, alucinaciones visuales o auditivas que pueden ser de forma transitoria (Minguez & Ruiz, s.f).

Según (Campos, 2017) las principales manifestaciones que se deben tener en cuenta por las cuales puede atravesar una persona en fase de duelo:

- Se pueden presenciar conductas inadaptadas que no se producen de forma consciente ya que la persona se encuentra en una situación que no tiene claridad de ver la realidad de forma correcta.
- Sentimientos de culpa, ansiedad, depresión o injusticia.
- Al vivir un cambio significativo en la vida relacionado con el duelo la persona puede presenciar desorganización de sus pensamientos que se ven reflejados en su vida así mismo está relacionado con el sentimiento de desesperación.
- Volver al curso de la vida sobrellevando los sentimientos causados por la pérdida conllevando a una resolución adecuada para su vida.

Según (Colomo, 2016) el duelo es considerado como un proceso complejo en donde principalmente se debe trabajar en la pérdida. Un duelo superado adecuadamente convierte a la persona resiliente y estimula facultades que ayudan a la resolución de este

evento, ya que es considerado como un factor estresante para las personas. Sin embargo, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- En primer lugar, es importante reconocer la realidad en la que se encuentra en el duelo de pérdida, así mismo la estimulación de que puede encontrar una resolución a la situación que está viviendo y adecuar sus propios recursos para sobrellevar la pérdida, este proceso requiere aceptación cognitiva y emocional.
- El importante trabajar en las emociones y el dolor de la pérdida a tiempo para evitar un duelo patológico. Es importante durante la intervención hacer una ruptura entre el pasado y lo que debe vivir la persona ahora después de la pérdida, ya que estas conductas que mantienen a la persona vinculada con el pasado no son adecuadas ya que son eventos irreversibles.
- Se debe trabajar en una fase de adaptación, esto requiere asumir roles distintos en el nuevo contexto en el que la persona se ve inmersa. es importante tener en cuenta que no todos los duelos se viven de la misma manera o por el mismo motivo, por lo tanto, es imprescindible recalcar que no existe un patrón de tratamiento con una sola respuesta ante el duelo.
- Cuando la persona atraviesa un duelo suele percibir que su vida se ha detenido, es importante que la persona tratante trabaje con el paciente a que encuentre una salida con el fin de recuperar su vida emocional reubicando los eventos pasados en un lugar que no interrumpa con la continuidad de su vida. (Colomo, 2016).

Duelo patológico

Principalmente como se ha dicho anteriormente el duelo es un proceso normal de la vida de cualquier ser humano, sin embargo, existen factores que pueden llevar a que el duelo se convierta en un factor de riesgo y requiera atención clínica. Entre las

condiciones que pueden conllevar a un duelo patológico principalmente son la prolongación de los síntomas y no poder dar una resolución a la situación por sus propios. (campos) A estas les cuesta recomponerse del duelo dando paso al duelo patológico. (Gambas & Navia 2017) Según el DSM-5 se considera que un cuadro de duelo patológico esta caracterizado por síntomas intensos, especialmente relacionados con estrés (APA, 2013).

Terapia de Aceptación y Compromiso

Se propone para la intervención del duelo la implementación de la terapia de aceptación y compromiso, esta es conocida por promover flexibilidad psicológica que ayuda en el tratamiento psicológico de varios trastornos, es una terapia que está centrada en la aceptación de los síntomas y una reorientación a nuevos objetivos en la vida de un ser humano (Campos, 2017). Según Hayes, Strosahl y Wilson citado por Egúsquiza (2015) la terapia de aceptación y compromiso es definida así:

La ACT sienta sus bases en el contextualismo funcional y en la teoría del marco relacional (RFD para entender y explicar las diversas problemáticas humanas, en esa línea, se propone a la flexibilidad psicológica como modelo unificado del funcionamiento humano; es así como ACT pretende ayudar a quienes están sufriendo mediante el desarrollo de una práctica de la psicología que sea más respetuosa con el desafío que implica la humanidad. (p.1)

Por otra parte, otra definición de la terapia de aceptación y compromiso según Cruz, Reyes y Corona (2017) se describe como una terapia sensible al contexto de las personas y a las funciones de su procesamiento psicológico. Según el mismo autor esta

es una terapia apropiada para tratar procesos de duelo, ya que esta permite que la persona tenga consciencia de su sufrimiento para pasar a la etapa de aceptarlo y vivir una adaptación al medio utilizando sus propios recursos que le permitan continuar la vida aceptando aquellos factores que pueden estar impidiendo sobrellevar una pérdida.

Según ACT el dolor es una condición del ser humano normal pero la cultura o el contexto de la persona suele convertirlo en algo patológico por lo tanto se entra en una etapa de evitación de la situación. La ACT propone trabajar sobre procesos y no sobre síntomas con el fin de que la persona realice compromisos con sus propios valores y recursos promoviendo que el cliente tenga una experiencia interna sin dar cabida a juzgarla ni evitarla y aceptar el dolor como parte del curso de la vida con el fin de mejorar su situación. (Vargas & Coria 2017).

Según (Bond et al., 2011) la flexibilidad psicológica va encaminada a que la persona tenga el dominio de las experiencias privadas sobre los valores y contingencias elegidos para guiar la acción. Por medio de la ACT se busca promover la flexibilidad psicológica es decir, que la persona adquiera la capacidad para estar en contacto con los eventos negativos que ha vivido sin necesidad de que parezca la evitación e intente escapar de ella si no que se deje ajustar el comportamiento teniendo en cuenta los valores de la misma persona para conseguir los fines esperados.

La ACT está compuesta principalmente por tres componentes, que la persona identifique y abandone esas estrategias de control de los eventos internos, que observe las experiencias sin tener que etiquetarlas y llevarlas a ser literalmente ciertas y por último se centre en conductas orientadas a obtener resultados valiosos, para crear de esta manera acciones flexibles y eficaces que le permitan tener una calidad de vida y aprender a vivir con aquellos eventos considerados negativos. (Riberio & Agudelo, 2016).

Uno de los principios de la ACT la búsqueda del problema no está centrado en las situaciones que vive la persona si como esta reacción ante ellos. Los pensamientos negativos causan sentimientos negativos y respuestas fisiológicas que no son favorables.(Luciano y Hayes, 2001). El comportamiento va a depender del contexto histórico y actual y así mismo tendrá repercusiones en el organismo. La ACT comprende que el mantenimiento de patrones importantes en la vida de una persona es importante para la salud psicológica. En esta terapia se trabaja la salud mental teniendo en cuenta que los acontecimientos que conllevan a pensamientos negativos trayendo consigo problemas del estado de ánimo toman un papel relevante en la vida de la persona adquiriendo el control de su comportamiento por tal motivo la implementación de la ACT puede ayudar a que la persona entienda como funciona su pensamiento y acepte los eventos negativos y a partir de allí vuelva a reconstruirse nuevamente aprendiendo a vivir con ellos pero creando objetivos que fortalecen su calidad de video. (Páez, Gutiérrez, Valdivia, & Luciano, 2006).

Según (Prevedini, Presti, Rabitti, Miselli & Moderato, 2011) dentro de la ACT se realizan cambios significativos, que pueden dar lugar a través de cambios contextuales donde se utilizan estrategias como metáforas, paradojas y ejercicios experienciales, que le permiten a la persona entender que los cambios que han surgido en su vida son normales en las diferentes facetas de sus vivencias y que el dolor en algunos casos son inevitables(Russo & Forsyth, 2013), así mismo se pretende que la persona haga su mayor esfuerzo teniendo en cuenta que los valores a largo plazo y las áreas significativas de la vida de una persona principalmente están guiador por la evitación de estos dejando de lado sus valores y propósitos y dando un gran lugar a pensamientos negativos. (Ribero & Agudelo, 2016).

Capítulo 3

Metodología

Se evaluará a los padres o cuidadores del niño con el fin de identificar si existen síntomas relacionados con el duelo para la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso. Se contará con un participante que pertenece al proyecto PROMESA: Programa de monitoreo en casa para niños con cardiopatías congénitas complejas.

Instrumentos

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al. 2011). El AAQ-II está basado en una medida genérica de evitación experiencial y aceptación psicológica. Se utilizó su versión en castellano (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Se adaptó para ser aplicada en una población universitaria. Está conformado por 7 ítems que hacen referencia a la falta de voluntad al vivir o experimentar pensamiento, emociones y situaciones no deseados, así como la imposibilidad de alcanzar metas y valores personales relacionados con pensamientos, emociones o situaciones dolorosas o molestas. Este instrumento. Tiene un alfa de Cronbach de 0.82 . El instrumento adaptado consta de 7 ítems tipo Likert de 1 a 7 puntos, donde puntuaciones altas indican mayor grado de evitación experiencial.

Anexo1

Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21; Antony et al., 1998), Es un cuestionario que evalúa depresión, ansiedad y estrés. Está compuesto por 21 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 (0: no se aplica en nada a mí y 3: Se aplica mucho a mí en la mayor parte del tiempo). Tiene tres subescalas, correspondientes, sentimientos negativos relacionados con ansiedad (ítems 2, 4, 7,9, 15, 19 y 20) depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21) y estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). La versión traducida para

población española obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.90 (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2010). Anexo 1

López & Moral (2005) índice de esfuerzo del cuidador en su versión de validación española, también conocido como el Caregiver Strain Index (CSI) validado por Robinson, 1983 es un instrumento diseñado para medir la carga percibida de aquellas personas que cuidan a sus familiares. consta de 13 ítems. Cada respuesta positiva se valora con un punto y se establece el punto de corte en 7, puntuación por encima de la cual se considera que existe un alto nivel de esfuerzo, mantiene un Alfa de Cronbach 0,86 según el artículo original y en la versión española obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.80. (Odriozola, Vita, Maiz, Zialtzeta, & Bengoetxea, 2008). Anexo 1

Aspectos éticos

El proyecto promesa, Programa de monitoreo en casa para niños con cardiopatías congénitas complejas. Se estableció el consentimiento informado para los participantes para los instrumentos, Depression Anxiety Stress Scales-21, Cuestionario de Aceptación y Acción II , Caregiver Strain Index (CSI) y índice de esfuerzo del cuidador, así como la implementación de la terapia de aceptación y compromiso frente al duelo de padres de familia con niños que tengan cardiopatía congénita. Los riesgos de la aplicación del protocolo son mínimos y se garantiza completa confidencialidad de los datos y la información suministrada.

Sesiones del protocolo de intervención basado en ACT

Se plantea que cada sesión tendrá una duración de 1 hora y se realizarán con intervalos de una semana.

1 sesión

Objetivo: identificar el foco del problema del participante y dar paso a la introducción de la terapia.

En esta primera parte del tratamiento nos presentamos, se realiza rapport utilizando la metáfora “dos escaladores” (anexo 2) y se hará una entrevista sociodemográfica y datos relevantes para la historia clínica (anexo 5) se procederá a la presentación del consentimiento informado (anexo 6) a la aplicación de los siguientes instrumentos: cuestionario de aceptación y acción II AAQ-II, depression anxiety stress scales-21 DASS-21 y el Índice de esfuerzo del cuidador (IEC).

2 sesión

Objetivo: interpretar que conduce a la persona a estar en la situación en la que se encuentra y clarificar valores.

Aquí es importante identificar a través de los instrumentos aplicados, las emociones negativas que están afectando a la persona y trabajar principalmente en ello y aquellos que se pueden convertir en un factor de riesgo. En esta sesión se realizará un ejercicio, en donde se le dice a la persona que mencione una narración breve en cada área respecto a lo que valoras. Si alguna de las áreas no es aplicable en usted, simplemente se deja en blanco. Las áreas son: relaciones íntimas/pareja, relaciones familiares, relaciones sociales, trabajo, educación y formación, ocio, espiritualidad, ciudadanía, salud y bienestar, otro. Anexo 3

3 sesión

Objetivo: considerar los procesamientos de la mente frente a las emociones y pensamientos negativos que no le permiten avanzar de forma adecuada en la vida.

Es importante que la persona entienda como su cerebro actúa cuando está lleno de afecto negativo y como esto influye en el funcionamiento de su cuerpo y la repercusión

en sus actividades diarias. Al finalizar se escogerá una metáfora adecuada al avance de la sesión.

4 sesión

Objetivo: demostrar a la persona la situación en la que se encuentra para ir centrándonos en la aceptación.

Aquí es importante que la persona reconozca sus valores y recursos que le pueden ayudar a ser resiliente frente a la situación. Se empleará una metáfora al principio de la sesión adecuada al momento. Así mismo se dejará tarea para realizar en casa, esta tarea consistirá en practicar mindfulness se le darán las siguientes pautas:

1. Ejercicio de respiración: poner música relajante de fondo y buscar un lugar cómodo, preferiblemente estar acostado. Realizar varias respiraciones centrando la atención en ella, en como entra y sale el aire.
2. Tener consciencia del cuerpo: en un estado de concentración y relajación deberá poner a tensión a cada una de las partes de su cuerpo empezando por los pies, piernas, estomago, pecho, cabeza y brazos. Esto con el objetivo de sentir que siente cada vez que se concentra en cada una de las partes de su cuerpo y liberarlas de tensión, así mismo poner atención de alguna dolencia para darle solución. Esto se hace para que la persona perciba su propio cuerpo y aprenda a escucharlo y a cuidarse así mismo.
3. Aprender a calmar la mente: sentarse con las piernas cruzadas en el piso, si desea poner música relajante, empezar a respirar suavemente y llevar la mente de pensamientos positivos y pensar en que su mente debe estar en calma, si se realiza correctamente traerá calma y relajación y liberación de tensiones, estrés, ansiedad.

5 sesión

Objetivo: identificar valores y recursos

En esta sesión se hará un reforzamiento de sus valores y recursos frente a las situaciones negativas por las cuales este ha pasado y como implementarlo con los valores y recurso ya que durante las anteriores sesiones ya ha tenido una clarificación sobre como algunos factores han afectado su vida y como implementarlo para empezar un plan de mejoramiento. Esta sesión vendrá acompañada de metáforas que se encuentran en los anexos 2 y se le propondrá a la persona una actividad para la casa, debe hacer una tabla en donde mencione pensamientos negativos que tenía antes de iniciar la terapia y al frente escribir que piensa sobre ello después de las sesiones que ha tenido.

6 sesión

Objetivo: resumir lo visto en las anteriores sesiones y verificar si es conveniente un cierre al tratamiento.

En esta sesión se hará un reforzamiento de los logros que ha tenido la persona frente al tratamiento y así mismo dar pautas para que realice en su vida cotidiana y se pueda hacer un cierre adecuado del tratamiento.

Capítulo 4 Resultados

Durante la primera sesión, se habló con la participante sobre la situación por la cual se encuentra en el grupo promesa y que la llevo a tener que atravesar por un proceso de duelo. En este espacio se toman datos sociodemográficos y los datos necesarios para llenar la historia clínica, así mismo, se proceder explicarle el consentimiento informado para poder realizar la aplicación de las pruebas.

- 1- Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al. 2011).
- 2- Depression Anxiety Stress Scales-21.
- 3- El índice de esfuerzo del cuidador en su versión de validación española López & Moral (2005).

Nombre:
Identificación:

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	2	3	
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	2	3	
4.	Se me hizo difícil respirar	1	2	3	
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	2	3	
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	2	3	
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	3	
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	1	2	3	
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	1	2	3	
11.	Me he sentido inquieto	0	2	3	
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	3	
13.	Me sentí triste y deprimido	0	2	3	
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	1	2	3	
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	1	2	3	
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	1	2	3	
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	2	3	
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	1	2	3	
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	1	2	3	
20.	Tuve miedo sin razón	1	2	3	
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	1	2	3	

El DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13,16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Según los resultados para la subescala de la depresión la participante puntúa 4, lo que quiere decir que no presenta síntomas depresivos, por otra parte, en cuanto a la ansiedad la participante obtuvo un puntaje de 2, por lo que se concluye que no presenta ansiedad y, por último, en la subescala de estrés puntuó 10, de lo cual se puede deducir que se encuentra en el rango de estrés moderado.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quería.					1 ● 3 4 5 6 7	
2. Tengo miedo de mis sentimientos.					1 2 3 4 ● 6 7	
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.					1 ● 3 4 5 6 7	
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.					● 2 3 4 5 6 7	
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.					1 2 3 ● 5 6 7	
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.					1 ● 3 4 5 6 7	
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.					1 ● 3 4 5 6 7	

La participante obtuvo una puntuación de 18, en conclusión, se encuentra en una puntuación promedio sin problemas clínicos.

El índice de esfuerzo del cuidador

ANEXO 2

Índice de esfuerzo del cuidador

Test heteroadministrado

Instrucciones para el profesional:

Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que cuidan a enfermos mucho tiempo ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso?

- | | |
|--|------|
| 1. Tiene trastornos de sueño (por ejemplo, porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche) | Sí ● |
| 2. Es un inconveniente para usted (por ejemplo, porque la ayuda le consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar) | Sí ● |
| 3. Representa un esfuerzo físico para usted (por ejemplo, hay que sentarlo, levantarlo de una silla) | ● No |
| 4. Supone una restricción para usted (por ejemplo, porque ayudar le limita el tiempo libre o no puede hacer visitas) | ● No |
| 5. Ha habido modificaciones en la familia (por ejemplo, porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad) | ● No |
| 6. Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones) | ● No |
| 7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (por ejemplo, por parte de otros miembros de la familia) | ● No |
| 8. Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, causa de fuertes discusiones) | ● Sí |
| 9. Algunos comportamientos son molestos (por ejemplo, la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas) | Sí ● |
| 10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (por ejemplo es un persona diferente a la de antes) | Sí ● |
| 11. Ha habido modificaciones en el trabajo (por ejemplo, a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda) | ● No |
| 12. Es una carga económica | Sí ● |
| 13. Nos ha desbordado totalmente (por ejemplo, por la preocupación por la persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento) | Sí ● |

En este instrumento la participante obtiene 7 puntos, según el índice de esfuerzo del cuidador a partir de 6 puntos ya se está generando sobrecarga en el cuidador, se puede concluir que la participante percibe sobrecarga del cuidador.

2 sesión

Durante

Área	Narración de la dirección valiosa (valor)
Relaciones íntimas/ Pareja	Lo que más valores ya tener mi hogar conformado con un hombre tranquilo, aunque como todo también con más defectos que virtudes
Relaciones familiares	Amo a mi familia, aunque me hizo falta demostrarle más a quienes ya no están.
Relaciones sociales	Me encanta siempre tener con quien hablar de forma transparente y mostrando siempre quien soy sin juzgar, aunque ya no me queda tiempo o dinero.
Trabajo	Me gusta mi equipo de trabajo y me siento bien con todos, aunque siento que estoy ahí perdiendo el tiempo.
Educación y formación	Me encanta leer y aprender, si tuviera los medios estaría formándome en lo que más me gusta.

Ocio	Chupo dedo con un trapo y no logro dejarlo, también siento que nunca lo dejare, tampoco me da pena, me encanta, me siento chiquitica.
Espiritualidad	Creo en Dios y la virgen, pero no creo en la iglesia ni en lo que la conforma.
Ciudadanía	N/A
Salud/ Bienestar físico	Me encanta la comida chatarra, aunque sé que no está bien comerla tanto porque me estoy dañando.
otro	N/A

Sesión 3

Se inicia la sesión mediante la narración aplicando la metáfora de las arenas movedizas, con el fin de manejar el concepto de aceptación y evitación. Se trabaja en el manejo de emociones y se entrega material vía WhatsApp como método psicoeducativo para el manejo de duelo.

Sesión 4

En esta sesión se trabaja con la metáfora del jardín, y se tratan diferentes esferas que se encuentran afectadas en la consultante debido al duelo y la falta de aceptación que tiene sobre la situación de su tío. En esta sesión se le recomienda a la consultante realizar ejercicios de mindfulness, con el fin de aprender a manejar la respiración y a calmar la mente para fortalecer la parte del estrés y ansiedad.

Sesión 5

Se realiza la técnica narrativa mediante las metáforas del calor y el hombre en el hoyo; mediante estas metáforas se fortalecen conceptos de aceptación, evitación y duelo. La

consultante ha demostrado un avance frente estos conceptos y los ha sabido aplicar correctamente en diferentes situaciones de su entorno. En este punto se trabaja con la consultante un reforzamiento en la identificación de recursos y valores y se hace énfasis en el manejo de emociones negativas. Se envía material psicoeducativo sobre ansiedad y depresión.

Sesión 6

Para dar un cierre terapéutico se hace una breve clarificación sobre todo el proceso llevado a cabo con el fin de que la consultante identifique los conceptos aprendidos y los implemente en su vida diaria. Así mismo se realiza una breve entrevista semiestructurada con el fin de identificar la percepción que tuvo sobre todo el proceso terapéutico.

Entrevista semiestructurada

Mediante una entrevista semiestructurada realizada en la sesión número 6 con el fin de conocer el grado de satisfacción y funcionalidad de la ACT en el proceso terapéutico de duelo, se obtiene que la paciente percibe un grado de satisfacción alto, ya que considera que el proceso fue adecuado y ha notado grandes cambios en su vida. Esto permite concluir la eficacia de la ACT para tratar el duelo.

¿Qué concepto tiene sobre el proceso que se ha llevado en el proceso terapéutico?	¿Siente que ha sido de ayuda?	¿En qué aspecto de su vida siente que más se fortaleció durante la terapia?	¿Siente que el proceso fue corto o lo considera suficiente?	¿Qué experiencia le deja el proceso terapéutico?
--	--------------------------------------	--	--	---

Me pareció espectacular porque siento el cambio, aprendí a manejar el duelo de mi tío y ha sido de mucha mejora para mi vida, ya que siento que no es como antes.	Si ha sido de mucha ayuda en varios aspectos, sobre todo en el duelo de mi tío.	En las pérdidas, duelo y aceptación	Me hubiera gustado que fuera más largo. Siento que aún tengo muchos inconvenientes que tratar.	Fue una muy buena experiencia, pues antes había ido a un psicólogo, pero nunca había tenido un proceso así de bueno, nunca me había servido un proceso. A veces sentía que no les entendía a los psicólogos lo que me querían decir.
---	---	-------------------------------------	--	--

Fuente: elaboración propia

Discusión

La ACT es una de las propuestas de intervención más flexibles en la actualidad, así mismo, ha sido implementado en diferentes contextos y múltiples problemáticas, centrándose en la evitación experiencial (Vargas & Ramírez, 2012). Generalmente este tipo de comportamientos de evitación disminuyen el malestar a través del desarrollo de diferentes pensamientos y situaciones que a largo plazo van a generar comportamientos inadecuados y pensamientos negativos (Ruiz, Cangas, & Barbero, 2014). Teniendo en cuenta la ACT la problemática de la falta de aceptación y evitación están no están

centrados en pensamientos negativos si no en la función que estos han tomado sobre el comportamiento y en influencia que estos tienen sobre las diferentes situaciones que enfrenta el individuo, lo que conlleva a una conducta limitada generando malestar en las diferentes esferas de la persona, aumentando cada vez más el área psicológica, incluso llegando a afectar el bienestar físico. Sin embargo, los resultados que ha tenido la aplicación de la ACT en este participante han sido satisfactorios debido a que se han cumplido los diferentes objetivos de las sesiones aplicadas generando así, una disminución percibida por el participante de los síntomas y creencias negativas frente al duelo.

Dentro de los componentes de la ACT se trabajaron componentes primordiales como lo son la desesperanza creativa, el control del problema, implementación del concepto de la aceptación y la disposición al compromiso. Dentro de las técnicas utilizadas se propuso el uso de metáforas, psicoeducación y la implementación del mindfulness ya que esta permite la exposición a eventos privados. (Martorell, 2014)

Este protocolo ha proporcionado evidencia sobre la eficacia en la intervención del duelo a través de la ACT, lo que se considera como un avance importante para el proyecto Promesa de la Fundación Cardiovascular de Colombia, ya que se pueden realizar aportes para la intervención de casos similares con la certeza de obtener buenos resultados en los participantes.

Limitaciones del estudio

Es importante ampliar la muestra para obtener una evidencia significativa frente a los procesos de duelo que pueden atravesar los participantes del proyecto Promesa, de tal manera para futuros proyectos se propone la aplicación de estos protocolos enfocados en el duelo, en participantes donde se pueda identificar diferentes aspectos de

duelo relacionados con eventos privados de cada individuo y generar múltiples evidencias que clarifiquen la efectividad de la ACT.

Capítulo 5

Referencias

Acero, P. (s.f). guía básica para el acompañamiento y afrontamiento del duelo.

Recuperado:https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/GUI%CC%81A%20M ANEJO%20DE%20DUELO.pdf.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Antony, M., Bieling, P., Cox, B., Enns, M. & Swinson, R. (1998). Psychometric Properties of the 42-item and 21-item Versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in Clinical Groups and a Community Sample. *Psychological Assessment*, 10, 176- 181.

Barreto, P., de la Torre, O., & Pérez, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.

https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902

Bond, F. W. & Hayes, S. C. (2002). *ACT at work. Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*. England. John Wiley & Sons, Ltd.

- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176.
- Campos, A. (2017). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) al duelo. (Tesis de grado). Universidad de Jaén. Jaén, España.
- Castillo, M., Toro L., Zelada P., Herrera F., Garay, R., Alcántara, A., Ferreiro, M. & Agusti, D. (2010). Calidad de vida en pacientes portadores de cardiopatías congénitas. *Revista chilena de cardiología*, 29(1), 57-67.
- Colomo, E. (2016). Pedagogía de la Muerte y Proceso de Duelo. Cuentos como Recurso Didáctico. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 14(2),63-77.
- Cruz, J., Reyes, M. & Corona, Z. (2017). *Duelo. Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Ciudad de México, México. Editorial Manual Moderno.
- Egúsqüiza, K. (2015). Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.
- Hayes, S. c.; Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao. España: Desclée De Brouwer. ISBN: 978-84-330-2695-8. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3),1-3.
- Fonseca, E., Paiño, M., Lemos, S. & Muñiz, J. (2010). Propiedades Psicométricas de la Depression Anxiety And Stress Scale-21 (DASS-21) en Universitarios Españoles. *Ansiedad y Estrés* 16 (2-3).
- Gambas, H., & Navia, C. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1),15-30
- Gamo, E. & Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104),455-469.

- García, O. Jiménez, S. Leal, D. García, Y., & Ruiz, S. (2012). Cardiopatías congénitas diagnosticadas en el Hospital Iván Portuondo en un periodo de 20 años. *Panorama Cuba y Salud*, 7(3),14-19.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior therapy*. 35 (1) 639-665.
- Heredia, L.(2018) 7 metáforas de las Terapias de Aceptación y Compromiso (ACT).Córdoba. *Psicólogos Córdoba*. Recuperado de:
[https://psicologoscordoba.org/las-metaforas-en-las-terapias-de-aceptacion-y-compromiso/#:~:text=7%20met%C3%A1foras%20de%20las%20Terapias%20de%20Aceptaci%C3%B3n%20y%20Compromiso%20\(ACT\),-En%20psicolog%C3%ADa%20o&text=La%20Real%20Academia%20Espa%C3%B1ola%20define,de%20un%20cuento%20o%20historia.](https://psicologoscordoba.org/las-metaforas-en-las-terapias-de-aceptacion-y-compromiso/#:~:text=7%20met%C3%A1foras%20de%20las%20Terapias%20de%20Aceptaci%C3%B3n%20y%20Compromiso%20(ACT),-En%20psicolog%C3%ADa%20o&text=La%20Real%20Academia%20Espa%C3%B1ola%20define,de%20un%20cuento%20o%20historia.)
- Laham, M. (2009) La Psicocardiología: su importancia en la prevención y rehabilitación coronaria. *Suma Psicológica*. 15 (1):143-170.
- López, A. & Moral, M.(2005)Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Común*.1(1) 12-17
- Minguez, J., & Ruiz, M. (s.f) Atención al Duelo. Barcelona, España: Actualización en Medicina de Familia. Recuperado de: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1436#:~:text=Actualmente%20el%20Manual%20diagn%C3%B3stico%20y,ante%20la%20muerte%20de%20una.
- Odriozola, M., Vita, A., Maiz, B. Zialtzeta, L. & Bengoetxea L. (2008) Índice de Esfuerzo del Cuidador: Test Diagnóstico de Sobrecarga en Cuidadores de Enfermos con Demencia. *Semergen - Med. Fam.* 34(9):435-8.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades Cardiovasculares*.

Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. & Luciano, C. (2006) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 6(1) 1-21.

Prevedini, A., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): The Foundation of the Therapeutic Model and an Overview of its Contribution to the Treatment of Patients with Chronic Physical Diseases. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33(1), A53-A63.

Ribero, S. & Agudelo, L. (2016). La Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en dos Casos de Evitación Experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1),29-46

Robinson, B. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*. 38(3) 344-348

Rodríguez, T. (2010). La Psicocardiología, disciplina indispensable de estos tiempos. *MediSur*, 8(3),1-4.

Román, F., Vinet, V. & Alarcón, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2),179-190.

Ruiz, F, Langer, A. Luciano, C., Cangas, A. & Beltrán, I. (2013). Measuring Experiential Avoidance and Psychological Inflexibility: The Spanish Version

of the Acceptance and Action Questionnaire - II. Universidad de Almería.

Psicothema, 25 (1), 123-129.

Ruiz, J., Cangas, A. & Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3),445-448.

Tassinari, S. Martínez, S. Erazo, N. Pinzón, M. Gracia, G., & Zarante, I. (2018).

Epidemiología de las cardiopatías congénitas en Bogotá, Colombia, entre 2001 y 2014: ¿mejoría en la vigilancia o aumento en la prevalencia?. *Biomédica*, 38(1).

Valentín, A. (2018). Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1083-1099.

Vargas, A & Coria, K. (2017). *Estrés postraumático. Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Ciudad de Mexico, Mexico. Editorial Manual Moderno.

Vargas, A. & Coria, k. (2017) *Estrés Postraumático Tratamiento Basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso*. México. Editorial El Manual Moderno.

Vargas, F. & Ramírez, R. (2012). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Descripción General de una Aproximación con Énfasis en los Valores Personales*. *Revista de Ciencias Sociales*, 4(138),101-110.

Vilajoana, J. (2017). *Duelo Anticipado en Familiares Cuidadores de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

Capítulo 6

Validación por jueces

Se utilizó este formato para la realización de la validez de contenido a través del juicio de expertos, el cual fue calificado mediante una matriz realizada en formato Excel.

Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores.

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores, el cual tiene como objetivo diseñar un protocolo de intervención enfocado en el duelo de padres que tienen bebés con cardiopatías congénitas dentro del proyecto PROMESA: Programa de monitoreo en casa para niños con cardiopatías congénitas complejas” basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

La evaluación del Protocolo de Intervención es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente aportando a las áreas de la salud, la investigación y la intervención. Agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombres: _____

Apellidos : _____

Formación Académica: _____

Área de experiencia profesional: _____ **Tiempo experiencia:** _____

Afiliación institucional: _____

Cargo actual: _____

OBJETIVOS

Objetivo de la Investigación: Diseñar un protocolo de intervención enfocado en el duelo de padres que tienen bebés con cardiopatías congénitas dentro del proyecto PROMESA: Programa de monitoreo en casa para niños con cardiopatías congénitas complejas” basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Objetivo del juicio de expertos: Establecer la validez del contenido del protocolo de intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores a través de juicio de expertos.

INSTRUCCIONES DE EVALUACIÓN

A continuación, se describe el proceso de evaluación del Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores, el cual se compone de tres procesos:

En primera instancia, se describen cada una de las categorías y las subcategorías en las que fueron ubicadas las sesiones de intervención (ver Tabla 1). Adjunto encontrará un documento de Excel, el cual en la hoja 1 contiene la “Valoración por Categorías”, en la cual el Juez debe asignar una calificación a partir de los criterios establecidos para la respectiva valoración (ver Tabla 2.).

Posteriormente, encontrará los puntajes de valoración para la calificación global del Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores (ver Tabla 3), la cual puede establecer en la Hoja 2 del documento adjunto de Excel “Calificación Global”.

Finalmente, se le pide que califique cada una de las sesiones del Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores, según la escala tipo Likert establecida para este fin (ver Tabla 4.) y la cual desarrollará en la Hoja 3 del Excel adjunto “Calificación por sesión”.

Tabla 1.

Categorías y Subcategorías para valoración del Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores

Categorías	Conceptos	No	Subcategorías
		o	

Estructura	Se refiere a los temas y guión general de las sesiones (saludo de bienvenida, repaso de los últimos días, presentación del contenido de la sesión, asignación de tareas para la casa y cierre).	2.1	Tematicas planteadas
		.	
		2.2	Orden de los temas.
		.	
		2.3	Secuencia de las sesiones.
		.	
		2.4	Número de sesiones
		2.5	Frecuencia de las sesiones
Temporización	La temporización del protocolo de intervención tiene que ver con su duración.	1.1	Tiempo de duración estimado para cada sesión.
		.	
Contenido	Desarrollo de las sesiones, actividades y relación directa con los planteamientos de la terapia de aceptación y compromiso.	3.1	Relación con la Terapia de Aceptación y Compromiso
		.	
		3.2	Relación con los objetivos
		.	
		3.3	Actividades
		.	
		3.4	Metaforas
		.	
Objetivos	Los propósitos concretos que se pretenden cumplir con el protocolo de intervención.	4.1	Objetivo planteado.
		.	

Tabla 2

Criterios para evaluar el Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores

CRITERIO	CLASIFICACIÓN	INDICADOR
<p>CLARIDAD</p> <p>La sesión se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sesión no es clara. 2. La sesión requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas. 3. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos usados en la sesión. 4. La sesión es clara, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<p>COHERENCIA</p> <p>La sesión tiene relación lógica con la categoría y subcategoría a la que pertenece.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sesión no tiene relación lógica con la categoría 2. La sesión tiene una relación tangencial con la categoría. 3. La sesión tiene una relación moderada con la categoría. 4. La sesión se encuentra completamente relacionado con la categoría.
<p>RELEVANCIA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sesión puede ser eliminada sin que se vea afectada la categoría.

La sesión es esencial o importante, es decir debe ser incluida.	3. Moderado nivel 4. Alto nivel	2. La sesión tiene alguna relevancia, pero hay otra sesión que ya aborda lo mismo. 3. La sesión es relativamente importante. 4. La sesión es muy relevante y debe ser incluida.
---	------------------------------------	---

Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez (2008).

Tabla 3.

Puntajes de valoración para la calificación global del Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores.

1. Completamente en Desacuerdo	2. En Desacuerdo	3. De acuerdo	4. Completamente en Desacuerdo
--------------------------------	------------------	---------------	--------------------------------

Tabla 4

Puntajes de valoración para la calificación de cada sesión del Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores.

1. Inadecuado	2. Medianamente Inadecuado	3. Medianamente Adecuado	4. Adecuado
---------------	----------------------------	--------------------------	-------------

Referencias

Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36

Capítulo 7

Seminarios

Se realizaron seminarios donde se trataban diferentes temáticas tomadas del libro de (Alvarenga, 2016), estos seminarios se llevaron a cabo los jueves en los horarios de 10:00 am a 11:30 am, cada pasante participaba con diferentes presentaciones relacionadas con aspectos psicosociales que tenían que ver con las cardiopatías congénitas. Anexo 6

Capítulo 8

Notas web para retroalimentación de la página web PROMESA

Se desarrollaron notas web que retroalimentaban el material publicado en la página web del grupo Promesa, con materia pedagógico enfocado en diferentes temáticas relacionadas con la disciplina e información necesaria para padres y cuidadores. con la finalidad de enriquecer el conocimiento de los padres de familia que hacen parte del proyecto. Anexo 8

Capítulo 9

Revisión bibliográfica de artículos

Mediante artículos relacionados con el duelo, comunicación asertiva entre profesionales de la salud y salud mental de profesionales de la salud se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de fortalecer la base de datos de investigación del grupo PROMESA. Para ello se creó una matriz con la finalidad de sacar el contenido relevante de cada artículo analizado. Anexo 7

Capítulo 10

Anexos

Anexo 1

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1. Me ha costado mucho descargar la tensión.....	0	1	2	3
2. Me da cuenta que tanta la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reacciones exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

ANEXO 2

Índice de esfuerzo del cuidador

Test heteroadministrado

Instrucciones para el profesional:

Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que cuidan a enfermos mucho tiempo ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso?

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Tiene trastornos de sueño (por ejemplo, porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche) | Sí | No |
| 2. Es un inconveniente para usted (por ejemplo, porque la ayuda le consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar) | Sí | No |
| 3. Representa un esfuerzo físico para usted (por ejemplo, hay que sentarlo, levantarlo de una silla) | Sí | No |
| 4. Supone una restricción para usted (por ejemplo, porque ayudar le limita el tiempo libre o no puede hacer visitas) | Sí | No |
| 5. Ha habido modificaciones en la familia (por ejemplo, porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad) | Sí | No |
| 6. Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones) | Sí | No |
| 7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (por ejemplo, por parte de otros miembros de la familia) | Sí | No |
| 8. Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, causa de fuertes discusiones) | Sí | No |
| 9. Algunos comportamientos son molestos (por ejemplo, la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas) | Sí | No |
| 10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (por ejemplo es un persona diferente a la de antes) | Sí | No |
| 11. Ha habido modificaciones en el trabajo (por ejemplo, a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda) | Sí | No |
| 12. Es una carga económica | Sí | No |
| 13. Nos ha desbordado totalmente (por ejemplo, por la preocupación por la persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento) | Sí | No |

PUNTUACIÓN TOTAL

Diagnóstico de sobrecarga > 6 puntos

Anexo 2

Metáforas

Metáfora “dos escaladores”	
Objetivo	Explicar qué hace un psicólogo y el contexto de la relación que se establecerá durante el tratamiento.
Metáfora	<p>Es como si los dos fuésemos escaladores, escalando dos montañas diferentes pero enfrentadas. Yo puedo ver un camino por el que puedes subir, no porque conozca esa montaña. Tampoco porque sea más inteligente, sino porque estoy situado en una posición diferente donde puedo ver cosas que usted no.</p> <p>Yo estoy escalando mi propia montaña y usted, podría hacerme indicaciones sobre el camino que me espera a mí. Mi única ventaja con respecto a usted durante el tratamiento será la perspectiva y la distancia. Aunque hay cosas que yo no puedo saber sobre la montaña en la que estas. Esas cosas tendrías que contármelas usted. Aunque yo te pueda aconsejar sobre el camino que veo, no subiré la montaña por usted. Esta será su propia tarea.</p>

Metáfora de las arenas movedizas	
Objetivo	Uno de los argumentos de las Terapias de Aceptación y Compromiso (ACT) es que las estrategias de control de pensamientos, sensaciones o emociones, aunque parezcan lógicas en ciertas circunstancias, muchas veces producen que la situación empeore. El mensaje que se transmite es del concepto de Aceptación.
Metáfora	Si vos estuvieras atrapado en arenas movedizas. Lo primero que intentarías hacer es salir de ellas, pero cuanto más intentas escapar, menos te mueves. Cuánto más luchas, más te hundes. Cuánto más intentamos luchar contra un pensamiento, una emoción, un hecho o situación exterior, etc., más grande y pesado se vuelve, y más nos hundimos

Metáfora del Hombre en el Hoyo

Objetivo	Uno de los argumentos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es que las estrategias de control de pensamientos, sensaciones o emociones, aunque parezcan lógicas en ciertas circunstancias, muchas veces producen que la situación empeore. El mensaje que se transmite es del concepto de Aceptación.
Metáfora	<p>Se cuenta la historia de un hombre que cayó en un hueco grande y profundo. No podía saltar fuera y tampoco había otras vías de escape. En el hueco solo encontró una pala. Así que comenzó a cavar más y más y más y más rápido, pero seguía en el hoyo. Lo intentó con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca... pero seguía en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo, y lo único que conseguía es que el hoyo se hiciese cada vez más y más profundo.</p> <p>Entonces, se dio cuenta que cavar no era la solución, no era la forma de salir del hoyo. Al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grandes.</p> <p>Como consecuencia, empezó a pensar que quizás todo el plan que tenía estaba equivocado y que no tenía solución. Cavando no podía conseguir una escapatoria, lo único que hacía era hundirse más. Entonces, se dio cuenta que cavar no era la solución, no era la forma de salir del hoyo. Al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grandes.</p> <p>Como consecuencia, empezó a pensar que quizás todo el plan que tenía estaba equivocado y que no tenía solución. Cavando no podía conseguir una escapatoria, lo único que hacía era hundirse más.</p>

Metáfora de la Gárgola	
Objetivo	Generalmente se usa para pacientes con depresión, con el objetivo que comience a detectar pensamientos negativos que aparecen de forma frecuente, y que influyen en el estado de ánimo.
Metáfora	<p>Imagínate una gárgola en tu hombro. Como las gárgolas son de piedra y, por lo tanto, pesadas, hace que se te dificulte moverte para realizar cualquier tipo de actividad. Además, te habla al oído y te da mensajes negativos, humillantes, te culpabiliza de todo. Si te encuentras mal, la gárgola te afirma rotundamente que así te sentirás siempre. Y lo peor es que tú te crees todo lo que te susurra.</p> <p>En las próximas semanas deberás aprender a identificar cuáles son estos mensajes y ser consciente que vienen de la gárgola. Es imposible no escucharla, pero, si aprendes a identificar cuáles son sus mensajes, sabrás que son opiniones de la gárgola y dejarás de creer en ellos. La gárgola gritará más para convencerte, pero, con el tiempo, si no se siente escuchada, tal vez se marche de tu hombro.</p>

Metáfora del Calor	
Objetivo	Quitarnos la culpa de los pensamientos negativos. Somos seres pensantes y no podemos dejar de pensar.
Metáfora	Los pensamientos, sensaciones y emociones negativas son como el calor: muy desagradables. Pero seguro que no te culpamos de tener calor. No estás pensando todo el día que el calor es horrible, insoportable, etc. Es molesto, pero sabemos que de vez en cuando hemos de pasar por eso, sobre todo en verano y no le damos mayor importancia que esa.

Metáfora del Asno y el Granjero	
Objetivo	Mostrar cómo muchas de las dificultades que tenemos en nuestra vida son las que nos pueden hacer crecer como personas.
Metáfora	<p>Había una vez un granjero que tenía un asno muy viejo. Un día, el asno cayó al fondo de un pozo abandonado. El granjero cuando lo vio pensó que el asno era viejo y ya no podía realizar ningún trabajo en la granja. Por otro lado, el pozo se había secado hacía muchos años y, por tanto, tampoco tenía utilidad alguna. El granjero decidió que simplemente enterraría al viejo asno en el fondo del pozo.</p> <p>Cuando comenzó a palear tierra encima del asno, éste se puso más inquieto de lo que ya estaba. No sólo estaba atrapado, sino que, además, lo estaban enterrando en el mismo agujero que le había atrapado. Al estremecerse en llanto, se sacudió y la tierra cayó de su lomo de modo que empezó a cubrir sus patas. Entonces, el asno levantó sus cascos, los agitó, y cuando los volvió a poner sobre el suelo, estaban un poquito más altos de lo que habían estado momentos antes. Los vecinos echaron tierra, tierra y más tierra, y cada vez que una palada caía sobre los lomos del asno, éste se estremecía, sacudía y pisoteaba. Para sorpresa de todos, antes de que el día hubiese acabado, el asno apisonó la última palada de tierra y salió del agujero a disfrutar del último resplandor de sol.</p> <p>Las paladas de tierra son como nuestros problemas, esos de los que nos entierran. Pero ¿Y si hubiera alguna forma en la que usted, como el asno de la historia, pudiera encontrar la manera de pisotear sus dificultades? Si hubiera un modo por el cual las mismas cosas que ahora parecen estar amenazando su existencia pudieran en realidad usarse para elevarse, ¿podría entonces alcanzar esa vida que tanto anhela? Me gustaría hacerle notar que en esta historia el asno no podría haber salido del pozo de no ser por la misma tierra que amenazaba por enterrarlo</p>

Metáfora del jardín	
Objetivo	<p>Ayudar a entender que luchar contra los problemas y querer solucionarlos de forma precipitada e inadecuada puede hacer que estos se hagan más grandes. Este artículo es para explicar la metáfora del jardín, su significado en psicología y sus aplicaciones.</p>
Metáfora	<p>Imagínate que tienes un jardín al que te gusta cuidar. Hay flores de todos los colores, plantas varias y árboles frutales. Pero las plantas no siempre producen flores, porque eso depende de muchas cosas: del tiempo que hace que viven, de condiciones climatológicas, de cómo las has cuidado, etc.</p> <p>Y los jardines suelen tener malas hierbas. Como ensucian el jardín, las quieres arrancar enseguida y sin contemplaciones. Pero al día siguiente vuelven a estar ahí. Y cuantas más arrancas, más salen. Al final te has centrado tanto en arrancar las malas hierbas que has olvidado las flores que tanto te gustan.</p> <p>¿Has pensado que quizás las malas hierbas también tengan ventajas? ¿Que pueden dar un aspecto más natural al jardín? ¿Que pueden absorber el exceso de agua? El esfuerzo empleado en eliminarlas no sirve, porque vuelven a crecer y, por otro lado, hace que el jardín quede abandonado. Como resultado: ¿cuidas tu jardín de la forma en que querías hacerlo, o has dejado que las malas hierbas tomen el control?</p>

Anexo 3

Escribe una narración breve en cada área respecto a lo que valoras. Si alguna de las áreas no es aplicable en ti, simplemente déjala en blanco.

Área	Narración de la dirección valiosa (valor)
Relaciones íntimas/ Pareja	
Relaciones familiares	
Relaciones sociales	
Trabajo	
Educación y formación	
Ocio	
Espiritualidad	
Ciudadanía	
Salud/ Bienestar físico	
Otro	



Anexo 4

Protocolo de Intervención para el Apoyo en la Elaboración de Duelo en Madres, Padres y Cuidadores.

EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN de FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA y la UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA llevan un protocolo de intervención que busca dar atención psicológica a padres que hacen parte del proyecto **“PROGRAMA DE MONITOEYO Y EDUCACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO EN CASA DE NIÑOS CON CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS” (PROMESA)**, a través de la terapia de aceptación y compromiso (TAC).

Usted está siendo invitado a ser parte de un grupo de personas que podrían participar en este proyecto, por eso es importante que lea este documento y entienda las actividades y sesiones que se realizarán si decide dar su consentimiento por escrito.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la atención que se debe tener en cuenta durante la rehabilitación de un paciente con esta anomalía es la psicocardiología, esta es una disciplina relacionada con los aspectos psicológicos necesarios que se deban abordar en la vida de un paciente y su familia, ya que estos se encuentran pasando por la situación de conllevar con una enfermedad cardíaca.

Este protocolo estará enfocado en padres o cuidadores de estos niños, trabajando específicamente con la parte del duelo. El duelo es una situación inevitable por la cual todos los seres humanos debemos vivir en algún momento. Uno de los principales factores que se tratan en una familia o paciente con enfermedad coronaria es el duelo. En el transcurrir de la vida de un ser humano es normal sufrir pérdidas y se puede considerar como eventos vitales para cada ser humano.

Principalmente, se reconoce que los cuidadores tienen una visión de entregarse completamente al paciente generando cargas adicionales lo que conlleva a que los familiares que estén pasando por esta situación desmejoren su calidad de vida dando paso así a un menor rendimiento en el cumplimiento de su rol como cuidadores.

Se propone para la intervención del duelo la implementación de la terapia de aceptación y compromiso, esta es conocida por promover flexibilidad psicológica que ayuda en el tratamiento psicológico de varios trastornos, Uno de los principios de la TAC la búsqueda del problema no está centrado en las situaciones que vive la persona si como esta reacción ante ellos. Los pensamientos negativos causan sentimientos negativos y respuestas fisiológicas que no son favorables. El comportamiento va a depender del contexto histórico y actual y así mismo tendrá repercusiones en el organismo.



¿CUÁLES SON LAS ACTIVIDADES QUE SE ME VAN A REALIZAR SI DECIDO PARTICIPAR?

Durante el proceso de la aplicación de este protocolo usted diligenciará tres instrumentos psicológicos que han sido validados por expertos, los cuales serán a continuación descritos .

4- Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al. 2011). El AAQ-II está basado en una medida genérica de evitación experiencial y aceptación psicológica. Se utilizó su versión en castellano (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Está conformado por 7 ítems que hacen referencia a la falta de voluntad al vivir o experimentar pensamiento, emociones y situaciones no deseados, así como la imposibilidad de alcanzar metas y valores personales relacionados con pensamientos, emociones o situaciones dolorosas o molestas.

5- Este instrumento. Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21; Antony et al., 1998), Es un cuestionario que evalúa depresión, ansiedad y estrés. Está compuesto por 21 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 (0: no se aplica en nada a mí y 3: Se aplica mucho a mí en la mayor parte del tiempo). Tiene tres subescalas, correspondientes, sentimientos negativos relacionados con ansiedad (ítems 2, 4, 7,9, 15, 19 y 20) depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21) y estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18).

6- El índice de esfuerzo del cuidador en su versión de validación española López & Moral (2005), también conocido como el Caregiver Strain Index (CSI) validado por Robinson, 1983 es un instrumento diseñado para medir la carga percibida de aquellas personas que cuidan a sus familiares. consta de 13 ítems.

Así mismo la duración del protocolo será de aproximadamente 6 sesiones que se harán por medio de llamada telefónica y se irán realizando actividades propias de la terapia y así mismo tareas sencillas para la casa.

¿CUALES SON LOS RIESGOS DURANTE MI PARTICIPACIÓN?

Durante las sesiones puede generarse emociones de malestar e incomodidad, lo que se considera normal durante un proceso psicológico.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE MI PARTICIPACIÓN?

Si decide participar usted no recibirá remuneración alguna. No obstante, recibirá atención psicológica gratuita, implementando la terapia de aceptación y compromiso, por medio de la cual aprenderá habilidades que podrá implementar para su propia vida y mejorará el cuidado de su hijo.

¿CUÁLES SON LOS COSTOS DE MI PARTICIPACIÓN?

Su participación es completamente gratuita y no tendrá ningún costo para usted.

CONFIDENCIALIDAD

La información generada de sus datos y del niño/a que usted tiene a su cargo es estrictamente confidencial. Se mantendrá en privacidad y no será identificado en

ninguna publicación. La historia clínica podrá ser revisada con fines de garantizar la veracidad de la información , solo por el personal autorizado para este fin.

SUJETO QUE FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1 los padres y/o cuidadores mayores de edad y responsables del menor de edad, hemos leído o me han leído este documento y hemos comprendido la información contenida en este



consentimiento informado. Nuestras preguntas han sido contestadas satisfactoriamente y certificamos que recibimos copia de este consentimiento.

2. Acepto/aceptamos participar y dar la información necesaria al personal que está a cargo de la aplicación del protocolo.

3. Acepto/aceptamos que la identificación e información personal solicitada y entregada sea recolectada y almacenada confidencialmente en el Centro de investigación de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Después de explicar claramente a los padres/cuidadores los objetivos y procedimientos que serán realizados. ¿estos manifestaron su interés en participar?

Si _____ No _____

Firma del padre/madre o representante legal/cuidador

Cédula de Ciudadanía #: _____

Nombre, firma y documento de identidad del Investigador

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #:

Nombre, firma y documento de identidad del Testigo Número 1

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #:

Nombre, firma y documento de identidad del Testigo Número 2

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #:

Anexo 5

Formato de historia clínica

Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia	
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO								
Nombres y Apellidos			Edad	Género		Documento de Identidad		
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de Residencia				
Estrato		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular				
Nivel de Escolaridad		Profesión / Ocupación						
1. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO								
1.1 Motivo de Consulta								
2.2 Historial de la situación								
3.3 Percepción de la situación desde el consultante								
3.4 Redes de apoyo del / la consultante								
2.ÁREA PERSONAL								
3.AREA ACADÉMICA								
4.ÁREA FAMILIAR								
5.AREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA								
6.ÁREA LABORAL / OCUPACIONAL								

7. CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
Actividad Sexual	14			no	no
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

8. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)

--

9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)

--

10. PLAN DE TRATAMIENTO

<p>Historia Cínica elaborada por:</p> <p>_____</p> <p>Nombre del estudiante ID o T.P:</p>	<p>Historia Clínica revisada y aprobada por:</p> <p>_____</p> <p>Docente supervisor del estudiante T.P:</p>
---	---

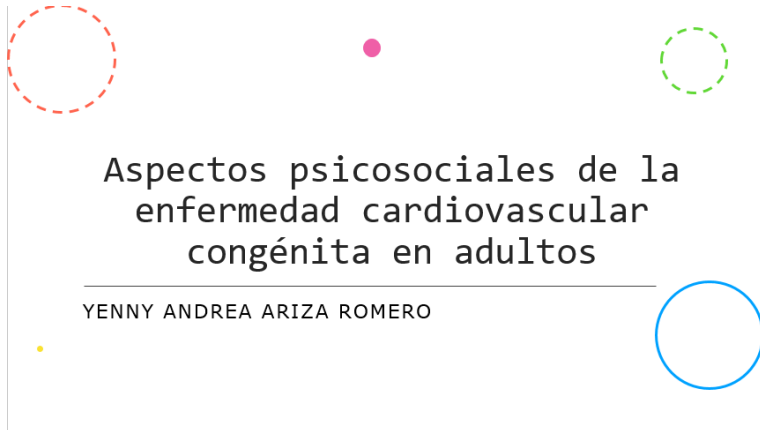
11. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

semanas	Seguimiento
1 semana	

2 semana	
3 semana	
4 semana	
5 semana	
6 semana	

Anexo 6

Seminarios



Aspectos psicosociales de la enfermedad cardiovascular congénita en adultos

YENNY ANDREA ARIZA ROMERO

Depresión y riesgo cardiovascular: mecanismos psicobiológicos.

YENNY ANDREA ARIZA ROMERO




Duelo y riesgo cardiovascular

YENNY ANDREA ARIZA ROMERO

EL ALCOHOL Y EL RIESGO CARDIOVASACULAR

YENNY ANDREA ARIZA ROMERO



Implicaciones del enfoque de atención
de la salud basado en mindfulness y la
meditación para la prevención, detección
y tratamiento en cardiología

YENNY ANDREA ARIZA ROMERO



**Cambiar los comportamientos de estilo de vida para
mejorar la Prevención y Gestión de la enfermedad
cardiovascular.**

YENNY ANDREA ARIZA ROMERO



Anexo 7

Fichas técnicas de artículos de investigación

Análisis de un artículo sobre salud mental en equipos de trabajo de salud	
Título	Factores de Riesgo Laboral y la Salud Mental en Trabajadores de la Salud
Año	2011
País	México
Autores	González, E. & Pérez, E.
Revista	Psicología Iberoamericana
Objetivo	Realizar un estudio sobre factores de riesgo laborales y su repercusión en la salud mental en trabajadores de este sector.
Método	Diseño no experimental, transversal, descriptivo, de campo, en formato de encuesta.
Población	La muestra fue de 18 434 trabajadores encuestados de “base” (con contrataciones definitivas y sindicalizados) de seis categorías, de ambos géneros, de 18 a 60 años, pertenecientes a los 20 hospitales del Distrito Federal y el Estado de México (escogidos al azar).
Instrumentos	Test Clima Organizacional Test Motivación y Satisfacción Laboral. Maslach Burnout Inventory (MBI., Inventario construido por Maslach en 1981 y traducido y estandarizado en población mexicana por Grajales en 2001). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).
Conclusiones	Se concluyó que los trabajadores que presentaron baja motivación y conflictos laborales tenían más probabilidades de padecer desgaste profesional y consumo de alcohol en riesgo.
Limitaciones del estudio	Es importante la realización de estudios de prevención y desarrollo de estrategias de intervención para su manejo.
Notas importantes	<ul style="list-style-type: none"> • La OMS ha puesto de relieve que los factores de riesgo psicosocial en el trabajo abarcan las interacciones entre el medio ambiente laboral y la salud mental. Ante estas iniciativas mundiales, se han realizado estudios sin establecer etiologías generales de los mismos, dado su carácter multifactorial. • Se creó por la OMS el Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017, con el propósito de establecer un marco normativo que permita la adopción de medidas concertadas destinadas a proteger, promover y mejorar la salud de todos los trabajadores. • En América Latina, se propuso la privatización de la seguridad social a través de la responsabilidad individual y la propiedad directa de los ahorros provisionales para solventar la cobertura. • Se propusieron dos objetivos:

	<p>1) aumentar los incentivos de trabajadores para que se adhieran, permanezcan y contribuyan en los sistemas de salud;</p> <p>2) reducir el empleo informal y el sub-registro laboral. Sin embargo, estas reformas de ingreso a los sistemas de salud privado, en vez de lograr la universalidad o aumentar la cobertura, lo han reducido.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudios previos han demostrado que el síndrome del quemado es un desgaste profesional acelerado en trabajadores de salud insatisfechos, que provoca poca sensibilidad y comprensión, “manifestando a veces conductas agresivas hacia los pacientes, con un trato distanciado y cínico como tendencia a culpar al paciente de sus propios problemas”.
Referencia	González, E. & Pérez, E. (2011). Factores de Riesgo Laboral y la Salud Mental en Trabajadores de la Salud. <i>Psicología Iberoamericana</i> , 19(2),67-77

Análisis de un artículo sobre comunicación asertiva en equipos de trabajo en salud	
Título	Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo.
Año	2014
País	Colombia
Autores	Padilla, M. Sarmiento, P. & Ramírez, J.
Revista	Revista de calidad asistencial
Objetivo	Identificar aspectos de la comunicación del profesional que inciden en la calidad de la atención a largo plazo en pacientes con enfermedad crónica o discapacidad y sus familias, según la experiencia de profesionales sanitarios, como base para la elaboración de un instrumento de evaluación.
Método y materiales	<ul style="list-style-type: none"> Estudio descriptivo de tipo cualitativo. El procesamiento de datos se hizo por análisis interpretativo desde la teoría fundamentada. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y encuesta Delphi. Las estrategias de confiabilidad incluyeron muestreo teórico, evaluación por jueces, triangulación de técnicas de recolección y de entrevistadores
Población	Participantes: 12 profesionales de la salud (3 médicos, 3 enfermeras, 3 terapeutas y 3 psicólogos) de la Clínica de la Universidad de La Sabana, Chía, y otras instituciones en Bogotá, Colombia, con experiencia de más de 8 años ~ en atención a la enfermedad crónica o a la discapacidad en contextos hospitalarios.
Resultados	Se definieron aspectos específicos de la comunicación de los profesionales que pueden optimizar la calidad de la atención en salud, tanto en el manejo de la información, como en la relación con pacientes y familiares. A partir de estos aspectos, se diseñó una matriz con ejes, códigos y componentes, como soporte para la construcción de instrumentos.
	La comunicación en salud, para convertirse en un elemento de apoyo terapéutico, requiere un entrenamiento del profesional en habilidades

Conclusiones	comunicativas para que la información sea comprensible, dada con acompañamiento emocional y posibilidades de afrontamiento. Se debe incluir y dar participación a la familia en una toma de decisiones argumentada.
Limitaciones del estudio	Reconocer el funcionamiento de los profesionales como una unidad, donde la comunicación dependa del trabajo en equipo más que de la actuación individual de una disciplina, por lo que la responsabilidad es compartida. Esto implica una organización administrativa y sistemática que pueda ser evaluada y mejorada de acuerdo con los elementos encontrados.
Notas importantes	<ul style="list-style-type: none"> • la construcción de una relación colaborativa con pacientes y familiares, donde se dé un clima de confianza, aceptación y acompañamiento emocional, que permita la participación de las personas atendidas para hacer preguntas o argumentar sobre las opciones disponibles de tratamiento o afrontamiento, ya que, como se ve en estudios previos, una actitud más tranquilizadora y amistosa del profesional aumenta su efectividad. • La comunicación incluye al paciente y a su familia, que es el contexto más influyente en la salud, y el afrontamiento de la enfermedad, por lo cual su participación en el proceso es un factor fundamental para la evolución clínica y el apoyo al tratamiento, como se sostiene en la terapia sistémica de familia o en la medicina familiar. • se ha comprobado que la comunicación entre los profesionales de salud genera una gran importancia como un factor terapéutico fortaleciendo así una buena práctica profesional que beneficia también a las familias de los pacientes.
Referencia	Padilla, M., Sarmiento, P. & Ramírez, A.(2014). Influencia de la Comunicación del Profesional de la Salud en la Calidad de la Atención a Largo Plazo. <i>Revista de calidad asistencial</i> , 9(3), 135-142.

Análisis de un artículo sobre salud mental en equipos de trabajo de salud	
Título	Asertividad: una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia
Año	2011
País	Brasil
Autores	Cañón y Rodríguez
Revista	Texto & contexto enfermagem
Objetivo	El objetivo del presente estudio es conocer el asertividad de estudiantes universitarios de enfermería y fisioterapia.
Método y población	Es un estudio de corte transversal. Se incluyeron 225 estudiantes. El instrumento empleado fue el Inventario de Asertividad de Rathus.
	Para la recolección de la información se utilizó el Inventario de Asertividad de Rathus (1973) “Assertiveness Schedule Rathus” (RAS). ¹¹ El RAS tiene una consistencia interna de 0.79. Éste es un cuestionario que consta de 30 reactivos y evalúa la capacidad del individuo para hacer valer sus derechos ante situaciones de consumo o de servicio, con figuras externas o de negocios, iniciación social y sentimientos hacia

Información del instrumento	otros, con una escala tipo likert con seis probabilidades de respuesta (+3 muy característico de mí, +2 bastante característico de mí, +1 algo característico de mí, -1 algo no característico de mí, -2 bastante poco característico de mí y -3 muy poco característico de mí), con el cual se pretendía evaluar la asertividad de los sujetos de estudio. El resultado de la puntuación final podía oscilar entre -90 (mínima asertividad) y +90 (máxima asertividad).
Conclusiones	El comportamiento asertivo se centra en negociar cambios razonables respecto a la manera como ambas partes se conducen en las relaciones interpersonales, a fin de lograr el equilibrio en la interacción social. Es por ello por lo que debe incrementarse la formación en el área de la asertividad y las habilidades sociales con el objetivo de disminuir las dificultades y conflictos en las relaciones interpersonales
Limitaciones del estudio	Se reconoce la necesidad de implementar estrategias para que el asertividad como habilidad relacional sea contemplada como requisito en la formación de los profesionales de la salud, ya que aplicada correctamente permite una mayor y más completa consecución de los cuidados y servicios que se prestan y por lo tanto un mayor reconocimiento profesional y personal.
Notas importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Ser un profesional asertivo permitirá obtener beneficios tanto en el área personal, aumentando su autoestima, su seguridad personal, su autoimagen y su autoconcepto, como en el área laboral, disminuyendo el número de situaciones estresantes e incrementando la eficacia, calidad y competencia de los cuidados y servicios que se prestan. • Ahondando al respecto, en las ciencias de la salud, se pone mucho énfasis en la adquisición de competencias técnico-científicas, más que en la adquisición de habilidades sociales e interpersonales. Los profesionales de la salud están constantemente interrelacionados con otras personas, en algunas ocasiones de éstas relaciones se derivan situaciones angustiantes y conflictivas, que son potentes generadores de estrés y pueden dificultar el buen desempeño del rol profesional; es por esto, que en muchas ocasiones la gente se corta al hablar, no sabe pedir un favor, le cuesta ir sola a realizar actividades sencillas, no puede comunicar lo que siente, no sabe resolver situaciones con los amigos o con la familia, o tal vez carezca de amistades, entre otras situaciones. • Por su parte, otros en 2003 consideraron que el asertividad es la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio interés, defenderse a sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos, sin destruir los derechos de otros.¹
Referencia	Cañón, W. & Rodríguez, A. (2011). Asertividad: Una Habilidad Social Necesaria en los Profesionales de Enfermería y Fisioterapia. <i>Texto & Contexto Enfermagem</i> , 20(1),81-87.

Análisis de un artículo sobre salud mental en equipos de trabajo de salud	
Título	Características de la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para la seguridad del paciente

Año	2019
País	España
Autores	Fuentes, A.
Revista	Revista española de comunicación en salud
Objetivo	Analizar las variables, temas y categorías que caracterizan la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para una atención sanitaria segura.
Método	Se realizó una revisión sistemática de la literatura identificando los estudios primarios publicados en bases de datos electrónicas, tanto en inglés como en español, siguiendo el protocolo que a continuación se detalla.
Conclusiones	Los hallazgos de la investigación llevada a cabo muestran, por una parte, el limitado rigor metodológico en las investigaciones realizadas con cuestionarios. La falta de adaptación transcultural y validación hace que los resultados obtenidos no sean válidos. Sólo dos estudios mostraron cuestionarios validados en la población de estudio: el realizado en Suiza por Schwappach y Richard (2018) y el realizado en Irán por Abdi et al. (2015). En ambos se puede extraer que hablar de forma clara y precisa caracteriza la comunicación eficaz entre profesionales de enfermería y medicina en el entorno hospitalario, favoreciendo la seguridad del paciente. Schwappach y Richard (2018) establecen en su cuestionario la escala de renuncia (la persona no expresa sus ideas). Este es un comportamiento inhibido que dificulta la comunicación eficaz.
Limitaciones del estudio	a aplicabilidad de los hallazgos es limitada, pues los estudios son escasos y la mayoría circunscritos a entornos de atención en servicios especiales (parto, unidad de cuidados intensivos, reanimación, quirófano, etc.). Sería conveniente realizar más estudios en plantas de hospitalización.
Notas importantes	<p>Las recomendaciones dadas por los profesionales de enfermería a los de medicina para mejorar la comunicación interprofesional se refieren al mantenimiento de una actitud profesional respetuosa y de colaboración, y un mayor reconocimiento por parte del personal médico del conocimiento que tienen los enfermeros de sus pacientes, así como a una mayor actitud de escucha. Por parte de enfermería se recomienda una mayor preparación para enfrentarse a su actividad diaria asistencial (Tjia et al., 2010). He de destacar que, en los contextos clínicos, la mayor parte de la información que comparten ambos grupos profesionales es de tipo clínico, siendo enfermería quien lidera la comunicación (McMullan et al., 2015).</p> <p>En el contexto sanitario, se articula la interdisciplinariedad como una relación recíproca entre disciplinas en torno a un mismo sujeto, situación o problema, de forma coordinada y en interacción continua (Vilar, 1997). La complejidad de la realidad incita a estudiarla como un todo, de forma integradora, no fragmentada en sus partes constituyentes, produciéndose en el desarrollo de ese proceso un intercambio epistemológico y de métodos científicos de las diferentes disciplinas (Pérez & Setién, 2008). A pesar de su importancia para la comprensión de la multidimensionalidad de los fenómenos complejos,</p>

	<p>como son los relacionados con la salud, hay más teorización sobre la interdisciplinariedad que práctica real (Silva et al., 2013).</p> <p>La comunicación se erige como un vehículo que posibilita el establecimiento de vínculos profesionales, el desarrollo de confianza y respeto mutuo y el reconocimiento de la labor profesional, facilitando la colaboración interdisciplinar (Souza et al., 2016). La comunicación es una actividad inherente al trabajo en equipo en el ámbito sanitario que adquiere dos vertientes según su funcionalidad.</p>
Referencia	Fuentes, A. (2019). Características de la Comunicación entre Profesionales de Enfermería y Medicina para la Seguridad del Paciente. <i>Revista española de comunicación en salud</i> 10(2),160-170.

Análisis de un artículo sobre salud mental en equipos de trabajo en salud	
Título	Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes
Año	2015
País	Chile
Autores	Muñoz, Rumie, Torres, Villaroel.
Revista	Ciencia y enfermería
Objetivo	Determinar el impacto en la salud mental de Enfermeras(os) que trabajan en situaciones estresantes en centros asistenciales de mediana y alta complejidad, públicos y privados.
Método y población	Estudio no experimental, transversal, descriptivo realizado a 70 Enfermeras(os) que trabajan en Unidades de Paciente Crítico y Oncológico en la ciudad de Antofagasta, Chile, a través de un instrumento autoadministrado, escala "Nursing Stress Scale". Resultados: De las 34 situaciones estresantes aplicadas, el 48.5% de las/los Enfermeras(os) obtuvieron puntaje mayor a 34 puntos, siendo los de mayor frecuencia: observar el sufrimiento del usuario 68,2%; realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas al usuario 57,6%; tener que realizar tareas no relacionadas con la Enfermería 56,1% e insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad 53%.
Conclusiones	El 48.5% de las(los) Enfermeras(os) generan algún grado de estrés, ya que otorgar cuidados en situaciones estresantes provoca impacto en la salud mental, viéndose afectados principalmente los ambientes psicológicos, social y finalmente el ambiente físico.
Notas importantes	<ul style="list-style-type: none"> Al referirse al trabajo propiamente tal de la(del) Enfermera(o) se puede destacar el grado de responsabilidad que ésta tiene, ya sea por el contacto social y con los usuarios, el clima organizacional, la carga de trabajo o la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una calificación profesional, los horarios irregulares, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo y finalmente al hablar del género femenino se puede anexar la carga de las labores del hogar, esto tiene efectos negativos en la calidad de vida de las(los) Enfermeras(os) (4,5)

y aqueja su salud mental provocando estrés físico, mental y emocional e incluso puede conllevar a sufrir de depresión y ansiedad; el estrés puede provenir del cansancio y de los problemas continuos, siendo los cuerpos y mentes de las(los) Enfermeras(os) los que no tienen la oportunidad de recuperarse.

- Según el CIE la profesión de Enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos (7); Florence Nightingale señala que la "Enfermería es hacerse responsable de la salud de otra persona"
- el estrés está presente en las Enfermeras(os) que trabajan en Unidades de Terapia Intensiva, ya que están en contacto permanente con el sufrimiento, el dolor, el desespero, la irritabilidad y otras reacciones que pueden surgir en los usuarios debido a que la situación de hospitalización sigue siendo un estado amenazante e incluso atemorizante (12-14); estas situaciones pueden acontecer en cualquier servicio clínico, pero se ven acentuadas en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Entendiendo que la salud mental es un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades y son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida (16), el estrés podría ser cualquier cosa que exija una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda (17). Actualmente el estrés es un tema común en investigaciones debido a las condiciones ambientales, sociales, personales y económicas enfrentadas cotidianamente por todas las personas (18); el trabajo de la(el) Enfermera(o) se encuadra en el contexto de trabajo de riesgo, puesto que pasa la mayor parte del día sometida(o) a riesgos ocupacionales.
- Por lo tanto las Enfermeras(os) que trabajan en Unidades críticas y bajo situaciones potencialmente estresantes presentan impacto en su salud mental básicamente en lo relacionado con el ámbito psicológico, por lo que necesitan emplear habilidades psicológicas y estrategias de afrontamiento efectivas para lograr una atención de calidad y un autocuidado también efectivo; además, se logró determinar los factores sociales y físicos que se ven alterados frente al estrés permanente al que están sometidas(os); punto relevante de mencionar es la dificultad para aplicar el instrumento, atribuyendo la falta de tiempo para responder a éste, esto reafirma lo detectado durante el análisis de los resultados, en específico de las situaciones que tienen que ver con la sobrecarga laboral por falta de tiempo y personal insuficiente para cubrir las necesidades propias exigidas por los servicios.
- Resulta un gran desafío poder establecer factores psicológicos y sociales que pueden ser determinantes al momento de enfrentar efectivamente una situación estresante para que ésta no se vuelva dañina para el organismo del profesional, y que como gestoras(es) del cuidado tienen el rol protagónico también en el autocuidado, se espera que sean capaces de realizar vida

	sana (dormir lo suficiente, guardar una dieta equilibrada y hacer ejercicio regularmente), tener conciencia y reconocer las señales de estrés en sí mismos, identificar pensamientos, sentimientos y comportamientos cuando están bajo estrés; aún más, aprender técnicas de relajación eficaces, pensar de manera positiva, establecer prioridades y fijar límites, desarrollar el sentido del humor y compartir preocupaciones y satisfacción con miembros de la familia, similarmente con los compañeros de trabajo y amigos.
Referencia	Muñoz, C. Rumie, H. Torres, G. & Villarroel, K. (2015). Impacto en la Salud Mental de la(del) Enfermera(o) que Otorga Cuidados en Situaciones Estresantes. <i>Ciencia y enfermería</i> , 21(1), 45-53.

Análisis de un artículo sobre salud mental en equipos de trabajo de salud	
Título	Afrontamiento de la muerte de un niño: los cuidados pediátricos paliativos desde la Atención Primaria.
Año	2015
País	Madrid España
Autores	Villalba, N.
Revista	Pediatría Atención Primaria
Objetivo	Analizamos la actuación de la Atención Primaria dentro del equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos en el afrontamiento del proceso de enfermedad terminal y muerte de un niño, con consideraciones sobre las actitudes, la comunicación, el proceso de duelo y el acompañamiento del niño y la familia en todas las fases de la enfermedad y después de esta.
Método	<ul style="list-style-type: none"> • Es un estudio descriptivo.
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo de salud que atiende al niño enfermo y a su familia también debe “acompañar” como parte de su actividad generadora de salud. Deben proporcionarles los cuidados necesarios para que él y su familia no se sientan solos, mantener, intensificar y fortalecer los vínculos entre ellos y se preparen para integrar el hecho de la muerte de la forma más tranquila y humana posible, respetando y apoyando sus valores y convicciones éticas y religiosas. También incluye mantener el vínculo tras el fallecimiento • En el equipo multidisciplinar que trata a estos pacientes y acompaña a las familias es deseable que se encuentre el personal de Atención Primaria como elemento integrador de la asistencia hospitalaria y domiciliaria por su vínculo con la familia (previo y posterior), su cercanía, su accesibilidad, por el trabajo posterior con los hermanos y por la optimización de los recursos. • El domicilio es el lugar más apropiado para la adaptación del niño y su familia y para el proceso de duelo de sus padres y hermanos. Es menor el aislamiento del niño, el medio le es conocido y está rodeado de sus cosas; para los padres es mayor el sentimiento de

	<p>utilidad, capacidad y control al compartir la responsabilidad de los cuidados y compatibilizarlos con otras responsabilidades familiares. Y, desde el punto de vista de los recursos económicos, es esencialmente más efectivo que la cama hospitalaria. Por el contrario, los padres lo perciben como “menos seguro” para sus hijos.</p>
Notas importantes	<ul style="list-style-type: none">• El entorno del niño es parte de su proceso de salud enfermedad. Su familia, hermanos, compañeros, medio natural y social son determinantes, sobre todo cuando la enfermedad se vuelve incurable y se abre camino a su desenlace. El tratamiento en los procesos intercurrentes y el acompañamiento del niño y su familia en todas las fases de la enfermedad son los elementos necesarios y parte de las actuaciones del equipo sanitario.• El proceso de adaptación psicológica a la enfermedad, especialmente en el niño, cuando esta conlleva un pronóstico fatal, da lugar a diferentes reacciones tanto en el paciente como en su familia y en el personal sanitario.• El concepto de enfermedad y muerte depende de diferentes factores, entre ellos el desarrollo cognitivo del niño y su propia experiencia por las vivencias de enfermedades y muerte en parientes cercanos o adultos próximos. Así, por debajo de los tres años, el niño no tiene un concepto formal de la muerte, y esta es vivida como “separación”• El niño lo vive como ansiedad de separación de sus padres, que hasta entonces le han dado seguridad y protección. Entre los tres y los cinco años, la muerte se considera temporal y reversible y no universal. El pensamiento mágico del niño puede ver la muerte como castigo. Entre los cinco y los diez años el niño va tomando conciencia de la universalidad e irreversibilidad de la muerte. Se teme el daño físico ocasionado por la misma. Más allá de los diez años comienza un cuestionamiento sobre la vida y la muerte que termina con la consideración de esta como algo inevitable e irreversible. Con la muerte cesan las funciones corporales y, el ya adolescente, empieza a pensar como el adulto, aceptando la muerte como parte integrante de la vida, pero, con su pensar egocéntrico, no piensa que pueda ocurrirle a él.• La fase terminal es un punto de inflexión del que no siempre se es consciente. Con la información de este da comienzo lo que podemos llamar duelo anticipado, como una progresiva despedida del niño, con sensación de distanciamiento, aislamiento y diferentes grados de ansiedad.• El niño, en esta fase, necesita que se le transmita seguridad: la seguridad de que está acompañado, de un ambiente lo más familiar y normalizado posible, permitirle hablar de sus sentimientos y de todo aquello que le preocupa. Probablemente sea el momento de tomar la decisión de dónde va a morir el niño, si en casa o en el hospital.• La actitud del personal sanitario ante la muerte de un niño también tiene diferentes fases y debe conocer sus propios sentimientos y actitudes ante la muerte. En muchas ocasiones nos pone de frente

	<p>ante nuestras propias inseguridades personales, ante nuestras preguntas no respondidas y esto se transmite también a la familia en su relación terapéutica. También los profesionales de la salud pasan por las fases de negación y de rabia, de impotencia terapéutica y de diferentes grados de depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morir es un proceso. Esta idea de “proceso” tiene una importancia decisiva, ya que permite acompañar al paciente y a su familia en el itinerario que conduce al fallecimiento, identificar fases y necesidades, tomar conciencia de la fase terminal, de la agónica y humanizar la muerte todo lo posible. • El proceso de duelo reestructura la vida emocional, social y espiritual de los afectados por la muerte de un ser querido. El duelo es una reacción normal ante una pérdida. Experimentamos duelo en diferentes ocasiones y con diferentes intensidades (pérdida de trabajo, separación de la familia, quebranto económico, pérdida de salud). La pérdida de un familiar, especialmente cuando se trata de un niño, y más aún si se trata de un hijo, es necesariamente dolorosa y afecta al equilibrio familiar; los padres y hermanos se ven duramente afectados con tristeza, cambios de comportamiento y particulares estilos de afrontamiento. • La espiritualidad en el niño es dinámica como su ser, crece, cambia, responde al entorno, a su familia y a los demás. Es única y personal. El niño es un “curioso espiritual” con alto grado de apertura e interés por dar respuestas • La muerte constituye algo inevitable y es parte de la vida. Durante el proceso de duelo no debemos descuidar la importancia del cuidado de la pareja, de la relación padres-hijos y de los hijos entre sí.
Referencia	Villalba, J. (2015). Afrontamiento de la muerte de un niño: los cuidados pediátricos paliativos desde la Atención Primaria. <i>Pediatría Atención Primaria</i> , 17(66),171-183.

Análisis de un artículo sobre salud mental en equipos de trabajo en salud	
Título	Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida.
Año	2015
País	Madrid España
Autores	Vargas, B., Moheno, V., Cortés, J., & Heinze, G.
Revista	Investigación en Educación Médica
Objetivo	Explorar la influencia de la personalidad y los factores sociodemográficos, en la salud mental y la ideación suicida en médicos residentes.
Método y población	Estudio transversal, descriptivo y correlativo. La muestra fue de 981 residentes de 1er y 2o año, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se utilizó ~ el Inventario NEO FFI-R

	(60 ítems) para medir rasgos de personalidad, Symptom Check List 90 R (SCL-90-R) para las variables clínicas, y 3 preguntas sobre ideación suicida.
Instrumentos	<p>Rasgos de personalidad</p> <p>Los rasgos de personalidad se midieron con el Inventario NEO FFI-R29. Consta de 60 ítems, y se contestan mediante una escala Likert de 5 puntos. Evalúa las 5 dimensiones: extraversión, amabilidad, diligencia, neuroticismo y apertura, y cada rasgo está compuesto por 12 ítems. La confiabilidad alpha de Cronbach es mayor a 0.89 en todas las escalas. Está validado para la población española.</p> <p>Sintomatología psiquiátrica</p> <p>El Symptom Check List 90 R (SCL-90-R) es un instrumento autoadministrado. Se contestan mediante una escala likert de 5 puntos, sobre el malestar causado por los 90 síntomas que contiene la escala en los últimos 7 días (0 no le ha molestado en absoluto y 4 le ha molestado de manera extrema). El cuestionario explora 9 perfiles psicopatológicos (escalas): somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Las dimensiones se califican con puntuaciones T normalizadas (media 50 con desviación estándar 10). Los casos son los sujetos con un valor $T \geq 65$. Los sujetos que obtengan $T > 80$ se consideran con patología severa y entre $T \geq 65$ y $T \leq 80$ son sujetos en riesgo. Las puntuaciones T normalizadas de este estudio se calcularon con base al baremo en población argentina³¹. El Índice Global de Severidad (IGS) se determinó de acuerdo con el porcentaje de síntomas presentes de los 90 reactivos, y se evaluó dimensionalmente. La consistencia interna de las 9 escalas es aceptable, con alfa de Cronbach entre 0.78 a 0.90.</p> <p>Ideación suicida</p> <p>Se utilizaron 3 reactivos sobre ideación suicida de la escala de 4 reactivos de González-Forteza y Andrade Palos en adolescentes mexicanos³². El criterio para considerar casos con ideación suicida fue cualquier puntuación ≥ 1 en la 2a y 3a preguntas. En cuanto al primer reactivo (“tenía pensamientos sobre la muerte”), se decidió quitarlo por ser poco específico y podría tener una connotación negativa debido al ámbito en el que se desenvuelven los residentes. Los 3 reactivos considerados tuvieron un alfa de Cronbach de 0.78.</p>
Conclusiones	En los residentes que presentaron psicopatología global e ideación suicida predominan los rasgos de personalidad de tipo neurótico. En especialidades consideradas de alto estrés existe un mayor porcentaje de individuos con personalidad neurótica. Los hombres presentan prevalencias mayores globales de psicopatología al igual que los residentes sin pareja
Limitaciones	Consideramos que una de las más importantes limitaciones de este trabajo es la baja fracción de respuesta sobre el plan de muestreo; sin embargo, a pesar de que la selección de la muestra fue representativa, la tasa de no respuesta fue mayor a lo esperado en virtud de no contar con personal de apoyo para la aplicación de los instrumentos, por lo que

	se recomienda que en el futuro este tipo de investigaciones cuente con suficiente personal para supervisar el llenado de cuestionarios.
Notas importantes	<p>El estrés es una condición presente en la formación médica de posgrado y es más común en las especialidades quirúrgicas.</p> <p>En el periodo de formación de posgrado o residencia existe un incremento de estrés en el entrenamiento médico, debido al contacto directo con el paciente y familiares, así como a la responsabilidad con el enfermo y a la cantidad de información que el estudiante debe manejar para adquirir los conocimientos de la especialidad.</p> <p>La depresión está ligada al tipo de entrenamiento, al año que está cursando en la especialidad, así como a otras características de afrontamiento y de condición social, un factor que interviene en la problemática emocional común es la limitación del tiempo para las relaciones sociales.</p> <p>La personalidad que predominó en este estudio fue la de individuos diligentes (organizados, persistentes, responsables, motivados, etc.); sin embargo, al analizar el índice de psicopatología global con el de perfil de rasgos de personalidad se encontró un grupo en riesgo de psicopatología del 19.6%; es decir, este porcentaje con síntomas mentales presenta altas puntuaciones de personalidad de tipo neurótico. Asimismo, se encontró que la personalidad de tipo neurótico se presentó en el 55.5% de los casos con ideación suicida.</p>
Referencia	Vargas, B., Moheno, V., Cortés, J., & Heinze, G. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. <i>Investigación en Educación Médica</i> , 4(16),229-235.

Anexo 8

Notas web

Cuida la alimentación de tu hijo

La obesidad infantil: un problema de salud

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, discapacidad y muerte prematura en la edad adulta, así como con múltiples enfermedades no transmisibles. Además, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, tienen mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

CAUSAS

Los factores causantes del sobrepeso y obesidad se relacionan con el consumo excesivo de alimentos procesados con altos contenidos en sodio, azúcares, calorías y grasas, así como la falta de actividad física



ESTADÍSTICAS

En Colombia la prevalencia del exceso de peso actual en menores de 18 años de 17,53% que se traduce en alrededor de 2.7 millones de afectados, esta problemática ha crecido los últimos años ha crecido alrededor del 70%



¡ESTO TIENE SOLUCIÓN!

- Debes acudir al médico
- Realizar actividad física
- Muy buena alimentación
- Mantener una buena relación familiar

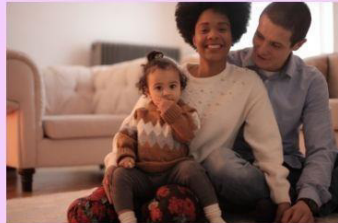


¿QUE DEBES EVITAR?

- Evitar el consumo de bebidas azucaradas y golosinas
- Evitar el consumo de snacks o productos procesados o empaquetados (papas,)



¿CÓMO APRENDEN LOS BEBÉS?



LOS PADRES, PRIMEROS MAESTROS DEL BEBÉ

El primer contacto del bebé es con sus padres, quienes juegan un papel importante en el crecimiento y el desarrollo de él. Cuando el bebé recibe una atención adecuada cargada de amor y cuidado se fortalecen tres pilares importantes:

- Seguridad y confianza
- Anclaje de nuevos aprendizajes
- Desarrollo saludable



PRINCIPALES HERRAMIENTAS DE APRENDIZAJE

Los sentidos

Los sentidos nos permiten percibir aquellos estímulos que suceden a nuestro alrededor y se empiezan a desarrollar desde que se nace. Entre los principales órganos por los cuales se transmiten los sentidos están:

- Vista
- Oído
- Gusto
- Tacto
- Olfato



ESTIMULA A TU BEBÉ

Los bebés tienen curiosidad por descubrir nuevas cosas que observan a su alrededor; estimularlo con diferentes objetos que tengan diferentes características como texturas que le permitirán tener diferentes experiencias para su aprendizaje.

Los primeros meses de vida son los más importantes para el desarrollo del cerebro del bebé.



ESTABLECER VÍNCULOS

Aprender a establecer una buena conexión con el bebé resulta imprescindible, ya que a través de dicha conexión podrás conocer sus estados emocionales y reconocer sus necesidades de una forma más fácil.



¡NO LO OLVIDES!

Es importante tener en cuenta que expresar amor al bebé mediante cualquier acción, le proporcionará al bebé fortaleza emocional y beneficios físicos que le ayudarán a sentir seguridad y podrán desarrollar con facilidad nuevas habilidades.

¡Tips para el baño de tu bebé!

El baño del bebé es muy importante para su higiene y salud, así mismo se generan vínculos con los padres al pasar ese momento agradable junto con sus hijos. Sin embargo, en algunas ocasiones surgen preguntas que generan ansiedad o miedo porque no saben cómo hacerlo o porque tienen miedo de hacer algo que afecte al bebé, a continuación te presentaremos pautas sobre cómo hacerlo.



tips para el baño del bebe

EL AGUA

El agua con el cual se baña al bebé debe estar tibia, a una temperatura adecuada para que pueda disfrutar su baño.

COMODIDAD

Estar en un lugar cómodo siguiendo medidas de seguridad para evitar accidentes.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Poner la tina de baño sobre una superficie plana.
- tener listos los implementos del baño
- Nunca dejar solo al bebé en la tina de baño

JABÓN

- Usar siempre el jabón adecuado para evitar irritación u otras enfermedades en la piel
- Esta parte es de cuidado ya que existe la posibilidad de que el bebé se resbale de las manos por el uso inadecuado del jabón. Por esto debe estar ¡alerta!

LIMPIEZA

- Limpiar todas sus partes del cuerpo con la mayor delicadeza, sobretodo su cabecita, ya que es delicada, y debes lavar la carita con mucha precaución.
- Usar paños suaves para su secado.

DISFRUTA EL MOMENTO

- Es importante que disfrutes junto con el bebé la hora del baño, cuando él sea más grandecito le podrás comprar juguetes de baño.
- Siempre es importante fortalecer vínculos mientras se realizan estas actividades.

Referencia: Navsaria, D. (2020) Cómo bañar a su bebé. American Academy of Pediatrics. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/bathing-skin-care/Paginas/bathing-your-newborn.aspx>.

Desarrollo motor: control de la postura

Desde que el niño nade hasta la edad adulta está en constante aprendizaje y exploración. Es muy bien conocido que en los primeros años de vida el ser humano adquiere mayores habilidades y se da el desarrollo cerebral, por lo tanto, es importante el papel de los padres y cuidadores para que estimulen esta etapa del desarrollo que es crucial para la vida del niño, ya que esta le permitirá el desarrollo de conductas que le ayudaran al niño para llegar a ser independientes y tener una mejor calidad de vida.

Este apartado estará centrado en el desarrollo motor especialmente en las posturas del niño. Este tipo de desarrollo se adquiere desde los primeros meses de vida, es un proceso de aprendizaje continuo que está relacionado con la maduración del sistema nervioso central y tiene un progreso específico que va relacionado con las capacidades del niño de acuerdo con su edad.

Cuando el niño logra incorporar un nuevo aprendizaje lo perfecciona para continuar aprendiendo nuevas habilidades, es decir es un proceso progresivo y se dará de la siguiente forma, primero el niño controlará el sostenimiento de la cabeza, sentarse, caminar, correr y saltar. Cuando el niño aprende estas posturas básicas dará paso a sujetar cosas como la cuchara, el tetero, sujetar un lápiz para hacer dibujos, construir torres, entre otros.

Así mismo el niño desarrolla un lazo estrecho con sus cuidadores, aprende a jugar con ellos y a llorar cuando ellos no están ya que suelen extrañar sus abrazos y compartir con ellos. El pediatra juega un papel importante, ya que, en los controles de desarrollo y crecimiento, él se encargará de supervisar que el desarrollo psicomotor se está dando adecuadamente, detectando si existe alguna anomalía, es importante destacar que no todos los niños se desarrollan a un mismo ritmo, por esta razón es importante asistir a los controles del niño.

A continuación, se dará una breve explicación de las habilidades adecuadas que debe desarrollar el niño en sus primeros años de vida:

Niño de 0 a 6 meses

La postura del recién nacido es la continuación de la postura que presenta durante el embarazo. Normalmente sus piernas y brazos permanecen flexionados y puede dar la impresión de que permanecen inmóviles durante largos periodos de tiempo. Cuando el niño cumple un mes los brazos empiezan a extenderse, así mismo, cuando está en posición boca abajo realiza movimientos con sus piernas y puede tener la capacidad de girar la cabeza. Es normal que cuando se intente sentar al niño la cabeza tienda a caerse hacia adelante, por lo tanto, esta posición no es adecuada aún.

En el niño de un mes

En esta etapa el niño mejora su forma de comer en el momento de la succión y deglución, sus movimientos aún permanecen siendo descoordinados, gira la cabeza durante algunos momentos, pero sus piernas permanecen flexionadas, aunque ya logran dar patadas mientras están en la cuna.

A los 2 meses:

A los dos meses el niño ya intenta levantar la cabeza, aunque un poco inestable, aunque cuando tiene su espalda apoyada patalea de una forma más simétrica ya no tan descoordinada.

Alrededor de los 3 meses

el niño adquiere una forma coordinada en sus movimientos y eleva la cabeza con más facilidad, así mismo la posición de flexión de las piernas empieza a cambiar ya que adquiere la capacidad de extenderlas completamente.

Próximo a los 4 meses:

A esta edad el niño ya se puede intentar sentar y sujetará su cabeza, así mismo cuando esta boca abajo intentará apoyarse en los brazos hasta lograr sostenerse con sus manos.

A los 5 meses

A los 5 meses se espera que el niño haya tenido un gran avance en su desarrollo motor, ya que se sentara solito y presentara un movimiento más coordinado de sus piernas y brazos. Así mismo, empezará a jugar tocando con las manos sus piernas.

Niño de 6 a 12 meses

En esta etapa el niño puede levantarse y quedarse sentado con ayuda, su espalda permanece más recta y se voltea hacia ambos lados con facilidad, así mismo, adquieren la capacidad de llevarse los pies a la boca. El niño adquiere la capacidad de intentar gatear el cual debe ser estimulado por sus cuidadores. Si el niño encuentra un punto de apoyo intenta ponerse de pie aumentando así el equilibrio.

Niño de 12 a 24 meses

En esta nueva etapa el niño ya adquiere un mejor equilibrio que le permite tener más fuerza en sus extremidades y favorece la capacidad de flexión e inflexión lo que contribuye con el inicio de la marcha sin apoyo. El niño llega a un punto en el cual ya puede caminar solo, agacharse a recoger objetos, subir escaleras, inicios de correr, jugar con el balón, saltar y caminar hacia atrás.

A partir de los 24 meses

A partir de los 2 años el niño ha tenido una gran evolución en su capacidad motora, permitiéndole realizar actividades más coordinadas como correr, saltar, bailar y el inicio de utilizar juguetes más elaborados como triciclos, correr esquivando obstáculos y subir y bajar escaleras poniendo un solo pie en cada escalón.

Notas importantes:

Es importante tener en cuenta que no todos los niños adquieren las mismas capacidades en el tiempo establecido, los padres y cuidadores juegan un papel importante ya que ellos pueden ayudar estimulándolo para empiece a realizar las actividades que le permitirán un mejor desarrollo motor. De tal manera, es importante el seguimiento por parte de pediatría ya que si existe alguna anomalía esta pueda detectarse a tiempo y así dar paso a un adecuado tratamiento.

Referencias :

Asociación Española de Pediatría.(2013) *Guía Práctica para Padres desde el Nacimiento hasta los 3 Años*. España. recuperado de:
https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_p_1.pdf.

Diabetes infantil

La diabetes es considerada como un trastorno del metabolismo grave que impide al cuerpo la descomposición y procesamiento normal de alimentos, especialmente de azúcares (carbohidratos). Este trastorno afecta principalmente el corazón, los riñones y el sistema neurológico.

Generalmente existen diferentes tipos de diabetes, los niños pueden padecer la diabetes tipo 1 y 2, pero es más común en esta población la diabetes tipo 1. Esta enfermedad es causada por la producción inadecuada de la hormona insulina, por lo tanto, el cuerpo no metaboliza adecuadamente el azúcar y esta se almacena en la sangre.

Principales síntomas de la diabetes tipo 1

- Aumento del apetito
- Aumento de sed
- Muchas ganas de orinar (en algunos casos se da la incontinencia)
- Fatiga
- Mucho sueño
- Reducción de peso

Tratamiento

En primer lugar, es importante como padres contribuir en la buena adherencia a los tratamientos recomendados por el médico especialista en la condición del niño, especialmente si presenta diabetes tipo 1, ya que en la mayoría de los casos es necesario

el tratar con medicamentos, por esta razón los padres de familia deben contribuir adecuadamente en el manejo de este trastorno metabólico para el mejoramiento del niño y así mismo, contribuir con una buena calidad de vida.

El medicamento más común para tratar esta patología es conocido como “insulina”, esta es una hormona que ayuda a la glucosa a entrar en las células del cuerpo para usarse como fuente de energía.

Cuando el niño inicia tratamiento para tratar la diabetes es imprescindible la colaboración y el apoyo de la familia, ya que en algunos casos el niño es muy pequeño y no ha desarrollado independencia. Para esta condición es importante mantener un chequeo diario del estado de salud, especialmente en el control de los síntomas, manejo de medicamentos y medición de la glucosa a través de dispositivos especializados.

Si en algún caso se detecta alguna anomalía que este causando síntomas molestos, es importante acudir inmediatamente a urgencias para evitar que se agrave el estado de salud del niño. Así mismo, es importante fomentar hábitos de vida saludable y de independencia ya que las personas con diabetes deben tener un control de su estado de salud de por vida, para controlar la patología y evitar que esta se convierta en un trastorno grave de salud.

Referencias:

Healthy children (2019) Section on Endocrinology (American Academy of Pediatrics).

Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chronic/Paginas/Diabetes.aspx>.

El juego en el niño

El juego con el niño forma parte fundamental en su desarrollo a lo largo de toda su infancia, esto se da porque a través de este, se generan procesos afectivos y cognitivos que son necesarios para la construcción de relaciones con padres, hermanos, amigos, profesores y otros.

Es importante destacar que por medio del juego se crean vínculos importantes en la relación padres e hijos, ya que son el primer vínculo que tiene el bebé. Durante los primeros años de vida el juego es parte de la formación de la identidad del niño y así mismo, es un generador importante en el desarrollo de la confianza.

Por medio de este, el niño logra un equilibrio emocional que le permite estar concentrado y al mismo tiempo se divierte, lo que evita que se aburra y vengan otros sentimientos como irritabilidad o mal humor, esto puede resultar contraproducente porque en muchos casos ante el mal comportamiento del niño la madre o el padre suelen enojarse y este comportamiento provoca que el niño se sienta peor y aumenten sus conductas de irritabilidad lo que puede conllevar a que rompa sus juguetes o actúe de forma agresiva.

¿Cuál juguete es el adecuado?

Los juguetes aportan un gran valor intelectual en el niño, ya que desde sus primeros meses de vida estos le permiten explorar y desarrollar motricidad usando sus manos o sus pies y otras partes de su cuerpo. Generalmente es importante saber escoger los juguetes ya que no todos poseen grandes características; es mejor un juguete que le permita al niño usar su imaginación y aporte valor educativo que un juguete mecánico que ya trae todas las funciones integradas dejando poco para el desarrollo de habilidades de los niños.

Durante el juego es importante la involucración de los padres, ya que esto le permitirá ir creando sus primeros lazos de confianza y relaciones sociales para el juego. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el niño no siempre querrá jugar con alguien, en algunos momentos el usara un poco más de su imaginación y jugara solo, esto también es saludable para el desarrollo mental del niño y así también evitara la dependencia.

¿Cuál es el mejor espacio de juego?

En primer lugar, es recomendable que el niño tenga un lugar donde guardar sus juguetes ya sea una caja, armario o tener un espacio en la casa específico como lugar de juego, ya que esto le permitirá al niño sentirse seguro y en confianza para utilizar su imaginación; también fortalecerá el orden, ya que se le debe enseñar a recoger sus juguetes y dejarlos ordenados en el sitio escogido.

Como se había mencionado anteriormente es importante que el niño no dependa mucho de su madre o padre para jugar, él también debe aprender a jugar solo pero no en exceso porque será perjudicial para él, ya que esto afectaría su capacidad para entablar nuevas amistades; por lo tanto, es importante el juego al aire libre, llevarlo a un parque para que se encuentre con amigos o simplemente realizar visitas a sus amigos con el fin de que compartan un tiempo determinado.

Juguetes según la edad del niño

3 meses de edad: a esta edad promedio el bebé empieza a sentirse atraído por los objetos que identifica a su alrededor, pero todavía no desarrolla la capacidad de atraerlos cuando los ve, por esta razón a esta edad es importante largarle al niño juguetes como sonajeros, juguetes con música, objetos de colores muy vivos que sean seguros para él.

5 meses de edad: en este tiempo el niño ya puede lograr alcanzar ciertos objetos que llamen su atención, por lo que se debe estar pendiente de los objetos que no puede llevarse a la boca porque pueden representar un peligro para él. En esta edad es importante brindarle juguetes que ayuden a estimular la motricidad fina, el bebé ya puede sentarse poniéndole sus juguetes al frente bajo supervisión del cuidador.

9 meses de edad y el primer año: para esta edad el niño ya tiene una capacidad mayor de la manipulación de sus juguetes, ya empiezan a sacar y a meter cosas, tienen la capacidad de armar fichas y hasta de manipular un libro animado acondicionado a la edad.

Entre los dos años y los tres: en esta edad los niños ya tienden a tener interés por los juegos más elaborados, jugar a la cocinita, con los carros y se imaginan escenarios para cada juego que ellos escogen, también muestran interés por los libros de cuentos y les gusta mucho la imitación.

Entre los 4 años en adelante: generalmente a esta edad los niños ya inician su escolaridad en donde aprenden cosas nuevas y diferentes, como escribir, leer, hacer cuentas, generalmente la mejor forma de insertar este conocimiento en ellos es a través del juego. Iniciar esta nueva etapa es importante porque los niños empiezan a desarrollar vínculos nuevos como el de sus amigos o con sus profesores.

En esta etapa el juego les permite a ellos tener un mejor conocimiento sobre el mundo real hasta que completan el ciclo y dan paso a la adolescencia; durante todo este tiempo el juego forma una parte importante en la creación de su personalidad y le ayudara a estar preparado para iniciar esta nueva etapa en su vida.

Notas finales

Es importante reconocer las necesidades de niño, ya que no todos tienen el mismo interés hacia las mismas cosas siempre, el niño puede aburrirse fácil de un juguete o de una postura. Es importante tener en cuenta que el juego también involucra personas y no siempre serán los padres, también a medida que el niño crece este

encontrará diferentes amigos con quienes se relacionará y empezará a conocer nuevas cosas, reglas y fortalecerá lazos de amistad.

Referencias

Illingworth, R. (1989). *El Niño Normal: los problemas de los primeros años de vida y su tratamiento*. Mexico. Manual Moderno.

El temperamento del bebé

Generalmente el temperamento en el bebé se logra identificar muchas veces desde muy corta edad. La forma como el bebé reacciona ante diferentes estímulos tiene una fuerte conexión genética y se puede evidenciar desde que nacen y durante su vida. Aprender a reconocer estas características en él puede ayudar a los padres y cuidadores a entender mejor al bebé y saber cómo actuar frente a situaciones como por ejemplo rabietas, entre otros.

Es importante tener en cuenta los diferentes tipos de temperamento, ya que esto puede ayudar a sobrellevar mejor las situaciones estresantes, dándole tiempo al bebé, manteniendo la calma y buscando la forma más creativa para dar solución al evento cuando este se torna incómodo.

- Temperamento fácil: el bebé se adapta fácilmente a su contexto, es más fácil para él seguir rutinas y hábitos; ante los cambios o situaciones difíciles el bebé tiene una moderación en sus emociones.
- Temperamento difícil: el bebé tiene problemas con los cambios y reacciona con emociones intensas, se le dificultan las rutinas; tienen problemas con la alimentación y en muchos casos con el sueño.
- Temperamento de encendido lento: el bebé tiende a presentar dificultad para adaptarse a los cambios, pero lo logra a pesar de que sus estados emocionales son más regulados.
- Temperamento mixto: en este caso se pueden presentar características de los diferentes temperamentos ya expuestos.

Teniendo en cuenta cual sea el temperamento del bebé, es importante ofrecerle posibilidades al niño para que pueda tener una adaptación de acuerdo con sus

emociones y logre regularse a su propia medida ya que como se dice anteriormente algunos niños se expresan de forma más intensa que otros.

En este caso, es indispensable dar el tiempo necesario para que el bebé se sienta cómodo frente a las situaciones, así mismo es importante la paciencia y la adecuada intervención por parte de los padres y cuidadores. Aprender a conocer al bebé es muy importante para poder facilitarle recursos para que el niño se sienta cómodo y de la misma manera los padres sobrelleven la situación.

Sin embargo, el temperamento puede variar, no significa que siempre vaya a ser fácil o difícil, también depende de la reacción adecuada por parte de sus padres o cuidadores. Si los padres logran realizar un adecuado manejo de las emociones del bebé se puede mantener un equilibrio de las emociones del niño frente a diferentes eventos.

Tips para aprender a manejar el temperamento del bebé.

No presionar al bebé, cuando tenga reacciones irritables es mejor darle tiempo y demostrarle calma para que él se sienta seguro y se dé una regulación de emociones adecuadamente.

Implementar soluciones para que el bebé calme su irritabilidad, entre ellos están los masajes en el cuerpo, la música suave, la comodidad del bebé, saber identificar que lo irrita y brindarle una solución para que se calme.

Es importante tener en cuenta la necesidad del bebé, ya que a veces algunos bebés se pueden sentir abrumados o estresados ante muchos estímulos musicales o estímulos sensoriales, lo que puede conllevar a que su temperamento empeore.

Cuando el bebé muestre ser muy inquieto, se debe responder con actividades adecuadas para que él pueda expresarse de la forma adecuada de acuerdo con sus emociones. Por ejemplo, estos bebés disfrutarán más realizar diferentes actividades acordes a su edad y favorecerán a la calma del niño.

Notas importantes:

El bebé debe ser tratado con suavidad, sobre todo en sus primeros meses de vida, les gustan ser atendidos con caricias y tener mucha atención para sentirse protegidos, esto ayudara a que el bebé pueda manejar de la mejor manera su temperamento. En esta edad temprana la comunicación con ellos es mas de tipo contacto físico, por eso les gusta el cariño y la atención porque se sienten seguros.

Es de gran importancia hablarles y mantener contacto visual con ellos, sobre todo cuando son alimentados, esto ayudara con su buen desarrollo mental y emocional,

así mismo, el tono de voz suave les ayudara a permanecer calmados, de esta forma, la estimulación ayudara a que tengan un desarrollo sano.

Referencias:

Crotti, E. (2011) ¿Mucho, Poquito o Nada? Guía sobre Pautas de Crianza para Niños y Niñas de 0 a 5 Años de Edad. UNICEF. Recuperado de:
http://files.unicef.org/uruguay/spanish/guia_crianza.pdf

¿Qué es la pediatría?

La pediatría es la rama de la medicina que promueve la salud de las personas durante la **fase de desarrollo**. Esta etapa va desde el nacimiento hasta la adolescencia. Los profesionales de esta área coordinan **actividades de promoción y prevención** que permiten realizar una **asistencia médica integral**. También, realizan **diagnósticos** y si es necesario brindan atención continúa cuando se encuentra alguna **anormalidad en el desarrollo**.

Las actividades de **promoción y prevención** incluyen: **vacunación, atención a la familia y controles de crecimiento y desarrollo**. Así mismo, cuando existe alguna **dificultad en el desarrollo** o cuando se diagnostica una **enfermedad**, los pediatras realizan **atención clínica**. Esto significa que practican **tratamientos** para obtener la **mejor calidad** de vida posible para los pacientes y sus familias.

Atención integral durante el desarrollo

Es importante tener en cuenta que, para **garantizar un desarrollo óptimo**, padres y profesionales deben **trabajar como equipo**. Por ejemplo, es **responsabilidad de los padres** asistir a los **controles médicos** y a los **programas de promoción y prevención**. De esta forma, se facilita la **detección temprana** de enfermedades que ponen en **riesgo la vida** de los niños.

Por su parte, los pediatras deben procurar una **atención adecuada** de acuerdo con la **necesidad del paciente**. Si es necesario, el profesional recurrirá a **exámenes** o remisión a otras especialidades. De esta manera, se garantiza un **diagnóstico certero**, a partir del cual se propone un **tratamiento**. Este último, puede incluir **medicamentos, terapias, procedimientos** e incluso **cirugías** de ser necesario.

Se debe tener presente que el **tratamiento integral** incluye un seguimiento **meticuloso y constante**. Así, se disminuye la probabilidad de **mortalidad** y de la aparición de **complicaciones**. Sin embargo, para que se tenga éxito, es **indispensable** que los padres se **comprometan con el tratamiento**. Es decir, que sigan las **indicaciones del profesional** y que procuren **mantener una relación de confianza y apertura**.

Para que esta **relación padres-profesional** funcione, el pediatra debe establecer una **comunicación directa, clara y amable**. Por esta razón, los pediatras están capacitados para **responder inquietudes** y para **dar indicaciones** a los padres sobre aspectos importantes. Por ejemplo, los pediatras deben entrenar a los familiares en la **detección de señales de alarma**. Así, ellos sabrán cuando deben llevar al **menor a urgencias médicas**.

Promoción de hábitos saludables

Como se mencionó anteriormente, la **promoción de hábitos** es una de las intervenciones más útiles de la pediatría. Esto incluye:

- ✓ Promover **la lactancia materna exclusiva** durante los 6 primeros meses de vida.
- ✓ Explicar a los padres el concepto de **neofobia** (rechazo del bebé a los nuevos alimentos).
- ✓ Preparar a los padres para enfrentar la **inapetencia funcional del segundo año de vida**.
- ✓ Estimular los **controles periódicos o de forma inmediata** si observa algún comportamiento diferente en el niño. No dejarlo pasar asumiendo que es normal.
- ✓ Proporcionar **estrategias para estimular** al niño
- ✓ Promover la aplicación de **vacunas**
- ✓ Promover **adherencia en los tratamientos médicos**, en el caso de los niños con alguna patología.

La promoción de hábitos saludables alimentarios

El profesional de pediatría promueve la **adquisición de buenos hábitos alimentarios** desde **etapas tempranas** de la vida. Los pediatras dan a conocer a los padres la **fisiología normal** del desarrollo de la **conducta alimentaria**.

Sin embargo, este proceso puede presentar dificultades, como, por ejemplo, la **neofobia** o rechazo a la **ingestión de alimentos nuevos**. Cuando esto ocurre, los

profesionales **brindan estrategias** a los padres, las cuales se acompañan de **educación y orientación** permanente.

En consecuencia, es fundamental que los padres **adopten las medidas** señaladas por el pediatra. Así, se garantizará que **poco a poco** el menor adquiera los **hábitos alimentarios** necesarios para un desarrollo óptimo:

*Recuerde que la frase: “al niño no le gusta comer eso” puede ser un obstáculo para la buena alimentación. Los niños suelen **rechazar los alimentos** por estar **preparados de forma inadecuada** o por ser nuevos (**texturas y sabores nuevos**). Por lo anterior, en caso de que el niño rechace el alimento, puede probarse con una **preparación diferente**. También, se puede **insistir poco a poco**, hasta que el menor se acostumbre al nuevo alimento.*

Notas finales

El desarrollo humano es un **proceso complejo**, en el cual intervienen **múltiples factores**. En consecuencia, lograr que este ocurra de **forma saludable**, es también un desafío del que deben participar **múltiples actores**. El **compromiso** de profesionales, padres y cuidadores y su **trabajo en equipo** es fundamental.

Sin embargo, no solo estas acciones son suficientes para lograr el **bienestar en los menores**. Se requiere: **apoyo familiar, acciones educativas y políticas estatales** para asegurar la **adecuada atención** para la población infantil.

Referencias

- Pons, A. (2013). El pediatra de atención primaria, una figura necesaria en la atención temprana. *Pediatría Atención Primaria*, 15(23), 11-19. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300001>
- Posada, A., Gómez, J., & Ramírez, H. (2016). *El niño sano. Una visión integral*. (4ta edición). Editorial Médica Panamericana.

La disciplina

Muchas personas creen que los bebés más pequeños no necesitan disciplina, sin embargo, los niños necesitan ser educados desde que nacen. Las adaptaciones se deben hacer de acuerdo con su edad y su nivel de entendimiento. Realizar una buena disciplina desde las primeras etapas favorece a un buen entorno familiar.

En el momento de aplicar la disciplina se debe tener en cuenta que los niños deber ser educados de forma constructiva, dejando de lado las amenazas, los gritos, entre otros. Se debe apreciar cual es el momento adecuado para aplicar los llamados de atención, ya se debe evitar avergonzar al niño frente a cualquier circulo social.

También se debe aprender a escuchar al niño y tratar de entender las diferentes situaciones, sin necesidad de compararlo con los demás se debe ayudar a buscar la solución adecuada para la resolución de los conflictos. Con los más pequeños es importante fortalecer el cuidado y así mismo irlo encaminando a la adecuación de normas y límites para que ellos vayan aprendiendo a ser disciplinados desde sus primeras etapas.

A continuación, se presentan diferentes formas de aplicar la disciplina de acuerdo con la edad.

0 a 2 años: a esta edad la disciplina está limitada a la prevención de accidentes, ya que en esta etapa los niños suelen explorar, pero no tienen conciencia del peligro. Aquí es importante no ceder a los caprichos, se deben controlar las rabietas de forma adecuada sin ceder al chantaje, también es importante no gritar si no mantener la calma.

3 a 4 años: en esta etapa los niños empiezan a desarrollar la independencia, aquí se comprende de una mejor manera las consecuencias de los actos y es la etapa perfecta para poner normas y límites.

5 años: a esta edad se adquiere un gran sentido de conciencia, los niños están preparados para ayudar con tareas en la casa, tienen un mejor manejo de emociones y controlan las rabietas. Esta etapa es importante para implementar la empatía, se aplican consecuencias educativas y se pueden implementar nuevas normas un poco más estrictas que estén de acuerdo con las necesidades del niño.

6 a 7 años: en esta etapa los niños empiezan a desarrollar habilidades sociales, ya que los niños ya están escolarizados, aquí la disciplina se extiende no solo a la casa si no también al colegio. Acá se puede implementar el cumplimiento de las normas mediante refuerzos positivos (pequeños incentivos, tiempo de juego, entre otros). Aquí la disciplina se implementa con el fin de corregir conductas y la búsqueda de soluciones para resolver conflictos.

8 a 10 años: en esta etapa es importante implementar el dialogo y conllevar a que el niño logre entender la razón de sus actos. Así mismo se sigue reforzando que el resultado de las buenas acciones trae privilegios y se debe asegurar que los niños logren una independencia óptima y nunca realizar sus tareas.

Es importante recordar:

- No gritar e insultar.
- Poner límites y establecer normas.
- Aprender a escuchar y entender a los niños.
- No comparar con los demás ni avergonzar
- Los castigos deben ser adecuados con la edad y así mismo se debe tener en cuenta que es de beneficio aplicar refuerzos positivos.

Referencias:

Morales, S., Martínez, M., Nieto, J. & Lira, J. (2017). Crianza Positiva y Negativa Asociada a los Problemas Severos de Conducta Infantil. *Salud y drogas*, 17(2),137-149.

La importancia del sueño en los niños

¿Te has preguntado que sucede mientras el bebé duerme?

Mientras los niños toman su descanso, el principal órgano en considerar que el niño toma un descanso es el cerebro. Este proceso fisiológico del cuerpo que es considerado normal, juega un papel muy importante, ya que es determinante en el desarrollo y crecimiento del bebé.

Dentro de las principales características que contribuye la calidad de sueño es el de la actividad motriz, psicofisiológico, procesos de aprendizaje y procesos asociados con la conducta del bebé. Existen estudios que relacionan la mala calidad del sueño con algunos trastornos que pueden presentarse en los niños cuando este no es el adecuado, por ejemplo, ansiedad, depresión, problemas de aprendizaje, entre otros; lo que ocasiona que este sea uno de los motivos más consultados en la atención primaria por parte de pediatría.

Por otra parte, también se ha constituido que clínicamente la hiperactividad, desatención, irritabilidad o impulsividad son resultado de una mala higiene del sueño, sin embargo, se destaca que los cuidadores cumplen un papel fundamental en este proceso, ya que ellos deben fortalecer esta área para que el niño tenga horarios adecuados para descansar.

Es importante tener en cuenta que el descanso permite realizar una reparación en el cuerpo y es fundamental dormir las horas suficientes para que ocurra un reinicio en el cerebro el cual permite la consolidación de la memoria, promoviendo un mejor

funcionamiento físico y cognitivo, ayudando a prevenir trastornos y enfermedades favoreciendo la calidad de vida del niño desde todas las perspectivas.

El descanso puede considerarse como parte fundamental del desarrollo de la memoria a largo y corto plazo lo que apoya algunos procesos que son vitales en el ser humano, que ya hemos nombrado anteriormente. Las horas necesarias de descanso van disminuyendo progresivamente con la edad y se distribuyen de la siguiente manera:

De 0 a 1 año: 16 -17 horas distribuidas en la noche y las siestas realizadas durante el día

De 1 a 3 años: 11- 14 horas por la noche, sin embargo, se recomienda que a esta edad los niños ya vayan dejando las siestas durante el día.

De 6 a 12 años: entre 9 y 12 horas.

De 13 a 18 años en adelante: las horas de sueño recomendadas es de 8 horas.

Actualmente en la nueva era digital se ha encontrado que muchos factores influyen en la calidad del sueño de los niños, entre ellos uno de los principales es el uso excesivo de las pantallas, ya que esta luz blanca que emiten influye directamente en los ritmos circadianos, estos son aquellos ciclos que el cuerpo necesita para tener un funcionamiento óptimo.

Los ritmos circadianos que nombramos anteriormente son regulados por características como la temperatura, alimentación y la luz; cuando los niños están expuestos a estas luces que emiten las pantallas durante la noche, el organismo asimila como si fuera de día lo que dispersa el deseo de dormir, afectando así su ciclo natural, así mismo, se ha encontrado que afecta la liberación de serotonina y la hormona de crecimiento, la cual es conocida como sematropina y es producida por el cerebro.

En conclusión, es importante mantener las pantallas alejadas de los niños a la hora de dormir, incluso si es necesario, establecer horarios para su correcto uso. Así mismo, se considera importante equilibrar una alimentación balanceada y en horarios precisos con el fin de que estos no influyan en la calidad del sueño de los niños.

Referencias

Herrero, G. (2018). *Alimentación Saludable para Niños Geniales*. España. Amat editorial.

Ojeda, M. (2012). El sueño en la edad preescolar y su repercusión en el desarrollo, la conducta y el aprendizaje. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(2),198-204.

¿Que son los cólicos en el bebé?

Es normal que el lactante llore más durante sus primeros meses de vida, sin embargo, es importante identificar si el llanto es excesivo y si viene acompañado de inquietud o si identificamos que algo no anda bien con el bebé, ya que esto puede ser un indicador de una afección denominada como cólico del lactante.

Es importante tener en cuenta que el cólico puede afectar a un bebé completamente sano, sin dejar de lado que igualmente causa malestar en él, ya que el bebé se va a sentir muy irritado y así mismo los padres van a sentir angustia frente a la situación. Es relevante destacar que el cólico es transitorio y puede desaparecer por sí solo.

Aspectos importantes a la hora de diferenciar el cólico de otras afecciones.

Como mencionábamos anteriormente un bebé completamente sano puede llegar a padecer de cólicos, pero se debe aprender a no dar un diagnóstico casero si no siempre acudir al médico para asesorarse sobre las condiciones que pueda estar presentando el lactante. Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Existen diferentes factores gastrointestinales que pueden dar la aparición de cólicos, sin embargo, es importante identificar si existen bacterias, intolerancia a algunos componentes de la alimentación, inmadurez intestinal. Esta revisión la debe hacer el médico, por esta razón es importante siempre acudir a los servicios hospitalarios para poder tener un mejor diagnóstico.
- Las técnicas de alimentación también pueden influir en la aparición de cólicos, por ejemplo: si al momento de succión el bebé puede llenarse de aire o si no se estimula correctamente para la expulsión de gases.
- Existen factores de carácter psicosocial que pueden dar paso a la aparición del cólico, por ejemplo: si el bebé está en un entorno tranquilo puede ser un factor protector al cólico, pero si el bebé está en un entorno alterado, estresante puede ser más prevalente a que se dé la aparición del cólico.
- La dieta de la madre juega un papel fundamental en la aparición del cólico, se ha comprobado que, si se eliminan alimentos como la cafeína, los cólicos en el bebé disminuyen.

Después de las recomendaciones del médico, es importante tratar de aliviar esta afección para que el bebé pueda estar tranquilo y disminuya el dolor. A continuación, se presentan algunas técnicas para enfrentar los cólicos:

- Sacar los gases correctamente.
- Poner el bebé cómodo, mecerlo o buscar una postura en la cual se identifique alivio.
- Tener presente la dieta de la madre.
- Contemplar un cambio en la leche del bebé en los casos donde el bebé no consumo la leche materna.
- Realizar masajes en el estómago del bebé.
- Modificar las condiciones ambientales para que el bebé se sienta más tranquilo.
- Probar con música relajante, ya que el sonido puede estimular positivamente al bebé.

Referencias:

Gupta, R. (2016). El cólico del lactante. Kids Health. Recuperado de:
<https://kidshealth.org/es/parents/colic-esp.html>.

Ortega, E. & Barroso, D. (2013). Cólico del lactante. *Pediatría Atención Primaria*, 15(23), 81-87.

La fiebre

La fiebre es uno de los motivos más solicitados en la sala de urgencias pediátricas ya que resulta alarmante para los padres. Esta condición es una reacción de defensa que tiene el cuerpo frente a virus o bacterias, cuando el organismo detecta alguna de estas patologías tiende a defenderse de la enfermedad por medio de la fiebre.

Es importante tener en casa un termómetro, si el niño presenta algunos índices de fiebre es importante acudir al pediatra. Este cambio repentino de temperatura puede ser causado por:

- Infecciones respiratorias
- Infecciones gastrointestinales
- Infecciones urinarias
- Por causa de la vacunación
- Exceso de abrigo

- Existen otras patologías que causan fiebre que deben ser diagnosticadas por el especialista.

La temperatura corporal no siempre tiene una proporción con la gravedad de la enfermedad por tal motivo es necesaria la atención médica, es importante observar los comportamientos del niño y dar al médico detalladamente los cambios que ha notado durante la enfermedad para un diagnóstico más fácil y acertado.

¿Qué hacer cuando el niño tiene fiebre?

La fiebre puede ser causada en los casos menos graves por algún virus que puede conllevar a una gripe. Lo más importante es acudir a pediatría para tratar el causante de la fiebre.

Se recomienda mantener al niño fresco, hidratado y con ropa ligera, sin embargo, es importante reconocer que si la fiebre persiste se debe acudir inmediatamente a urgencias. Es imprescindible respetar la dosificación adecuada recomendada por parte de los profesionales de la salud para que el niño responda adecuadamente al tratamiento.

Notas importantes

Es imprescindible que el padre de familia aprenda a reconocer cuando su bebé se encuentra con fiebre, a continuación, se presentan signos que pueden ser de alarma:

- Cuando el bebé tenga la piel caliente al tacto, aquí es importante acudir al termómetro.
- El bebé no se encuentra activo ni con ánimos de jugar
- Presencia de somnolencia
- Pérdida notable del apetito
- Síntomas de resfriado
- Enrojecimiento en la piel
- Respiración agitada
- Sudoración excesiva en reposo

Referencias:

Asociación Española de Pediatría.(2013) *Guía Práctica para Padres desde el*

Nacimiento hasta los 3 Años. España. recuperado de:

https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf.