



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Decanato de Postgrado

Trabajo de Grado para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa

TESIS

Alteraciones psicoemocionales asociadas a la epilepsia. Pacientes
pediátricos. Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía

Presentado por:

Ríos T., Rosalin P. 4-770-181

Asesor:

Mgr. Mariluz Díaz

Panamá, 2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, principalmente, a mis padres, quienes me han dado todo el apoyo moral, espiritual y económico necesario para poder llevar a cabo cada una de mis metas y sueños, especialmente, mi realización académica. También, a todas las personas y docentes que, en su momento, me brindaron la orientación requerida para seguir adelante.

A ellos, con mucho amor y cariño.

(Rosalin)

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, elevo a Dios, nuestro Padre Celestial, mi gratitud imperecedera, por permitirme desarrollar esta investigación e iluminarme con su gracia, amor, paciencia y fuerza. De igual forma, expreso un profundo agradecimiento a mis padres y a los amigos, por su apoyo incondicional.

A los profesores Mariluz Díaz, José Raúl Aparicio y Edgardo López, quienes contribuyeron en la realización de la presente investigación, las más sinceras gracias. Al Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, mi gran reconocimiento, por abrirme las puertas durante el transcurso de la investigación.

Finalmente, agradezco profundamente a la doctora Leidys Torres, quien tuvo la disposición de leer y corregir mi investigación desde la perspectiva de español, con mucho empeño y dedicación. A todas las personas que, de una u otra forma, me ayudaron y brindaron el impulso necesario para continuar, Dios los bendiga.

(Rosalin)

RESUMEN

El presente estudio tiene el objetivo de analizar las alteraciones psicoemocionales presentes en pacientes pediátricos con epilepsia de ocho a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. El tipo de investigación según su enfoque es mixto, porque recaba información cuantitativa y cualitativa; según su alcance es descriptivo. El diseño de la investigación es no experimental, transversal. Las alteraciones psicoemocionales estudiadas son: ansiedad, depresión, nivel de autoestima, calidad de vida, perturbaciones emocionales inconscientes y conductuales. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la muestra. Se trabajó con un total de diez pacientes, en un rango de edad de ocho a 11 años de edad; ocho pacientes de sexo masculino y dos, del sexo femenino.

Para recolectar la información, se aplicó a los padres: entrevista clínica semi-estructurada y el Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4. A los niños se les aplicó: entrevista clínica semi-estructurada, Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), Escala de Autoestima del Dr. Cardoze, Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4 y el Test de Apercepción Infantil con figuras de animales (CAT-A).

Los resultados evidencian que los pacientes pediátricos con epilepsia presentan una ligera vulnerabilidad para el desarrollo de alteraciones psicoemocionales, siendo las más relevantes los síntomas ansiosos y depresivos, así como las alteraciones conductuales. Su calidad de vida no es óptima, el funcionamiento social y escolar están moderadamente afectados. No se detectó deterioro clínico en la autoestima de los pacientes.

Palabras claves: epilepsia, alteraciones psicoemocionales, niños, ansiedad, depresión, autoestima, conducta.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the psychoemotional alterations present in pediatric patients with epilepsy between 8 and 11 years of age at the José Domingo de Obaldía Maternal and Child Hospital. The type of research according to its approach is mixed because it collects quantitative and qualitative information; according to its scope it is descriptive. The research design is non-experimental, cross-sectional. The psycho-emotional disorders studied are: anxiety, depression, level of self-esteem, quality of life, unconscious and behavioral emotional disturbances. Inclusion and exclusion criteria were established to select the sample. We worked with a total of ten patients, in an age range from 8 to 11 years old; eight male patients and two female patients.

To collect the information, semi-structured clinical interview and the Pediatric Quality of Life Inventory Peds QL4 were applied to the parents. The children were given: semi-structured clinical interview, State-Trait Anxiety Self-Assessment Questionnaire in Children (STAIC), Depression Questionnaire for Children (CDS), Dr. Cardoze Self-Esteem Scale, Pediatric Quality of Life Inventory Peds QL4 and the Infant Apperception Test with animal figures (CAT-A).

The results show that pediatric patients with epilepsy present a slight vulnerability to the development of psycho-emotional disorders, the most relevant being anxiety and depressive symptoms, and behavioral disorders. Their quality of life is not optimal, their social and school functioning are moderately affected. No clinical deterioration in the self-esteem of the patients was detected.

Keywords: epilepsy, psycho-emotional disorders, children, anxiety, depression, self-esteem, behavior.

CONTENIDO GENERAL

Página

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.1 Planteamiento del problema	11
1.1.1 Antecedentes	11
1.1.2 Problema de investigación	14
1.2 Justificación	15
1.3 Hipótesis	17
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivo general	18
1.4.2 Objetivos específicos	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1 Generalidades del desarrollo humano	20
2.1.1 Desarrollo del niño	25
2.1.1.1 Neurobiológico	25
2.1.1.2 Cognitivo	29
2.1.1.3 Psicosocial	32
2.2 Alteraciones psicoemocionales	35
2.2.1 Concepto	35
2.2.2 Principales alteraciones psicoemocionales	35
2.2.2.1 Ansiedad	36
2.2.2.1.1 Modelos teóricos sobre la ansiedad	37
2.2.2.2 Depresión	42
2.2.2.2.1 Modelos teóricos sobre la depresión	44
2.2.2.3 Autoestima	47
2.2.2.3.1 Componentes de la autoestima	49
2.2.2.3.2 Tipos de autoestima y características asociadas	49

2.2.2.4 Conductuales.....	50
2.3 Epilepsia	52
2.3.1 Concepto	52
2.3.2 Clasificación.....	52
2.3.3 Tratamiento	54
2.3.4 Epilepsia y alteraciones psicoemocionales.....	57
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	59
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	60
3.2 Universo de estudio y muestra	60
3.2.1 Criterios de inclusión	61
3.2.2 Criterios de exclusión	62
3.3 Variables.....	62
3.3.1 Definiciones conceptuales y operacionales	62
3.4 Instrumentos y técnicas de recolección de datos	69
3.5 Procedimiento.....	71
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	78
4.1 Datos generales	79
4.1.2 Resultados psicométricos.....	82
4.1.2.1 Ansiedad.....	82
4.1.2.2 Depresión	84
4.1.2.3 Nivel de autoestima	88
4.1.3 Resultados cualitativos	90
4.1.3.1 Calidad de vida	90
4.1.3.2 Conductuales.....	94
4.1.3.3 Perturbaciones emocionales inconscientes.....	97
CONCLUSIONES.....	101
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA	106

ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad crónica, que afecta la vida del paciente y su red de apoyo; sin embargo, en Panamá es un tema poco explorado e investigado. Los pacientes pediátricos tienen que afrontar los retos propios del crecimiento y adicionalmente, deben lidiar con el impacto de la epilepsia en sus vidas.

Esta investigación busca analizar las alteraciones psicoemocionales presentes en los pacientes pediátricos con epilepsia de ocho a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. Identificar las alteraciones psicoemocionales que los niños con epilepsia manifiestan ayudará a mejorar su calidad de vida y salud mental.

El presente estudio está compuesto por cuatro capítulos. En el capítulo I se desarrollan los aspectos generales de la investigación que brindan al lector una idea clara del tema en un contexto internacional, nacional y regional; así como la importancia del estudio y los objetivos que direccionan el trabajo. En el capítulo II se ha estructurado un marco teórico que abarque las teorías y aspectos conceptuales de la investigación; mientras que en el capítulo III se plantean la metodología que se ha empleado para realizar la investigación y los asuntos bioéticos que se han seguido. Finalmente, en el capítulo IV se analizan y discuten los resultados de esta investigación.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Antecedentes

Las alteraciones psicoemocionales en pacientes pediátricos que padecen de enfermedades crónicas, es un aspecto que ha cobrado cierto grado de interés en el ámbito de la psicología en el plano internacional. Las principales investigaciones al respecto se centran en estudiar enfermedades como la diabetes, alergias y asma. Quesada, Justicia, Romero, y García (2014) realizaron un estudio para conocer las repercusiones emocionales en el paciente y su familia, producto de una enfermedad crónica. Ellos encontraron que en el paciente se presentan alteraciones emocionales importantes, como ansiedad, temor a la muerte, culpabilidad, ira e impotencia; mientras que el resto de la familia experimentaba situaciones y emociones diversas, como culpabilidad, síntomas depresivos, angustia, alto nivel de estrés y conflictos e, inclusive, celos fraternales.

En España, Lacomba, Valero, Casaña, Pérez y Montoya (2018) realizaron un estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima en pacientes con enfermedades crónicas pediátricas. En dicho estudio, se analizaron a pacientes con enfermedad crónica de asma bronquial, Diabetes Mellitus Tipo I y Talla Baja. Los resultados obtenidos evidencian que la alteración psicoemocional prevalente es la sintomatología ansiosa, la cual precede a la depresiva. A su vez, se encontró que, a menor autoestima, mayor sintomatología emocional manifiestan los pacientes, de modo que la autoestima juega un papel protector y previene la aparición de alteraciones psicoemocionales agravadas.

En el nivel latinoamericano cabe destacar la investigación realizada por Zurita-Cruz, Wakida-Kusunoki, Domínguez-Camacho, Padilla-Rojas, Maldonado-Rivera y Peña-Pelayo (2017), quienes estudiaron las alteraciones psicoemocionales en adolescentes con obesidad. En este estudio, se muestra que todos los pacientes

presentaban, predominantemente, alteraciones psicoemocionales significativas, entre las que se mencionan dificultades de adaptación, ansiedad, depresión, estrés, sentimientos de incapacidad, sobreprotección de los cuidadores, disfunción familiar y patologías psicológicas, en menor grado, por lo que es preciso el apoyo psicológico en pacientes con enfermedades crónicas.

Rubio, Pérez, Conde y Blanco (2010) valoraron y compararon las alteraciones conductuales y emocionales en pacientes infanto-juveniles con enfermedades crónicas de asma, alergias y diabetes. En este trabajo, se observó que los factores emocionales son precipitantes y agravantes de la condición de salud. Igualmente, se detectaron diferencias entre las enfermedades crónicas, siendo la diabetes y el asma las más vinculadas con alteraciones emocionales que afectan la calidad de vida de los pacientes. En todas las enfermedades crónicas estudiadas, se hallaron dificultades emocionales en conductas de automanejo y familiares.

Carballeda, Peláez, De Castro y Montañés (2018) realizaron una revisión literaria exhaustiva sobre la psiquiatría psicosomática del niño y adolescente con enfermedades crónicas renales, y encontraron que existe una alta repercusión emocional en estos pacientes, quienes son más propensos a desarrollar trastornos adaptativos, depresivos y de ansiedad. Asimismo, fueron comunes los sentimientos de minusvalía, desesperanza y frustración, que afectaban la funcionalidad en múltiples ámbitos, lo que repercute en un detrimento significativo de su calidad de vida.

Particularmente, sobre las alteraciones emocionales vinculadas a la epilepsia Ramos-Loyo y Sanz-Martin (2005) expresan que la epilepsia en niños y en adultos suele estar asociada a síntomas de depresión, ansiedad, miedo, agresividad y dificultades socioadaptativas. Estos síntomas pueden ser evidenciados en los períodos peri-ictales o inter-ictales, pero son más notorios en las epilepsias del lóbulo temporal, y gran parte de las alteraciones en la expresividad emocional, resultan influenciadas por la ubicación del foco epiléptico, el tipo y frecuencia de

las crisis, el tipo y cantidad de los fármacos antiepilépticos empleados para su tratamiento.

Baki, Erdogan, Kantarci, Akisik, Kayaalp y Yalcinkaya (2004) investigaron sobre la ansiedad y la depresión en niños con epilepsia y sus madres, mediante la aplicación de instrumentos psicométricos a los niños (Inventario de Depresión Infantil-CDI, Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños-STAIC) y a las madres (Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo-STAI).

Estos instrumentos arriba mencionados, fueron aplicados tanto al grupo control conformado por niños que no tenían enfermedad crónica y sus madres, como a los niños con epilepsia y sus madres, para comparar los resultados de un grupo al otro. Los resultados obtenidos con este trabajo investigativo confirman lo evidenciado en otros estudios: los niños y adolescentes con epilepsia presentan mayor frecuencia de síntomas depresivos que los niños sanos. En cuanto a los síntomas ansiosos, no se observaron diferencias significativas entre los niños con epilepsia y los niños sin enfermedad crónica.

Seyfhashemi y Bahadoran (2013) realizaron una revisión bibliográfica sobre la depresión en niños y adolescentes con epilepsia. Además, analizaron diversos trabajos de 15 años de investigación de forma exhaustiva, en la que concluyen que los niños con epilepsia son más propensos a desarrollar depresión, por lo que comprender la enfermedad y brindar un cuidado pertinente puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes de enfermedad crónica.

En el plano nacional y regional, no se cuentan con investigaciones científicas que funcionen como antecedentes de la problemática que se estudiará, por lo que la investigación planteada es un tema innovador y poco explorado.

1.1.2 Problema de investigación

En el ámbito nacional y regional, cada vez es más notable la frecuencia de pacientes pediátricos que son diagnosticados con enfermedades crónicas. La aparición, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónica supone un gran cambio, tanto para el paciente como para la familia.

La Organización Mundial de la Salud (2019) refiere que mundialmente la epilepsia afecta a más de 50 millones de personas, siendo prevalente en países con ingresos bajos y medianos. De modo que esta es una problemática evidente en diversos países.

El Ministerio de Salud (2018) en su anuario estadístico, reportó que la población entre cinco y nueve años de edad, se ubicaba, aproximadamente, en 364,928 sujetos; mientras que la población de 10 a 14 años, en 361,445. De ellos, en la provincia de Chiriquí se encuentran 22,092 niños y 21,140 niñas entre cinco y nueve años de edad; 21,810 niños y 20,877 niñas se ubican entre los 10 y los 14 años de edad. Esta información permite comprender la dimensión demográfica de la población pediátrica en Panamá. El Ministerio de Salud (2018) en el informe de indicadores de salud básicos, menciona que, aproximadamente, 6,272 personas (hombres y mujeres) padecían de epilepsia para el 2017. Estas cifras no discriminan la cantidad de casos pediátricos.

Como se puede observar, en Panamá la base de datos estadísticos puede resultar menos amplia y específica para las enfermedades crónicas, especialmente en la población pediátrica, ya que no se cuentan con registros anuales estadísticos que recaben mayor información de forma accesible. No obstante, las cifras estadísticas presentadas permiten obtener una visión de cómo es la situación actual de Panamá.

En consecuencia, resulta necesario estudiar objetivamente el ámbito psicológico manifestado en los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas,

específicamente con epilepsia. De este modo, el problema de investigación se plantea a través de la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las alteraciones psicoemocionales más frecuentes en pacientes pediátricos de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía?

1.2 Justificación

Las enfermedades crónicas, especialmente la epilepsia, en pacientes pediátricos son cada vez más comunes, siendo este un problema creciente que afecta tanto al paciente como a su grupo familiar. El diagnóstico de una enfermedad crónica sugiere que es una condición de por vida y que, evidentemente, requiere de una serie de cuidados, tratamientos y modificaciones en el estilo de vida a corto, mediano y largo plazo e, inclusive, en algunos casos puede suponer un riesgo de muerte. Sin embargo, pese a que es una situación progresiva en nuestra sociedad, el estudio de este grupo de la población tan vulnerable es escaso, especialmente en Panamá.

Los niños son un sector de la población que se encuentra en pleno desarrollo biopsicosocial, por lo que es fundamental investigar las alteraciones psicoemocionales asociadas con la enfermedad crónica, en este caso, la epilepsia.

Es del conocimiento para la ciencia de la Psicología que las variables emocionales repercuten, tanto en la adhesión a los tratamientos, como en la capacidad de recuperación, debido a que la salud es un estado integral que interrelaciona la salud física y la mental. En los casos de pacientes pediátricos, no solo se ven expuestos a las dificultades propias de su ciclo vital, sino que también tienen que enfrentar el reto multifactorial que conlleva un diagnóstico de enfermedad crónica, como lo es la epilepsia.

Son muchos los aspectos que cambian en el estilo de vida de los pacientes con enfermedad crónica; por ejemplo, su alimentación, hábitos, cuidados, hospitalizaciones recurrentes, uso de medicación prolongada, limitantes físicas, dolor o malestar físico frecuente, pérdida de autonomía e independencia, procesos de socialización más selectivos, etc. Estos aspectos tienen un alto impacto en la calidad de vida del paciente, su percepción de bienestar y en la de su familia.

Las modificaciones abruptas en el estilo de vida del niño se traducen en cambios para el resto de la familia y, por lo tanto, también en modificaciones en la interacción de los familiares con el menor. Asimismo, se notarán los cambios en los diferentes ámbitos de socialización del niño, como en la escuela, grupos a los que pertenezca, entre otros.

El paciente pediátrico no solo debe lidiar, pues, con las complicaciones físicas, sino también con las consecuencias sociales que se derivan del diagnóstico de una enfermedad crónica, particularmente la epilepsia. Padecer una enfermedad de este tipo representa una situación muy difícil para los pacientes pediátricos, por lo que es preciso investigar científicamente cuáles son las alteraciones psicoemocionales que se asocian a la epilepsia.

Conforme lo indica la revisión exhaustiva de la literatura, la mayoría de los estudios se centran en otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la obesidad e, incluso, enfermedades de las vías respiratorias y alergias; pero no se le ha prestado suficiente atención a la epilepsia durante la niñez. Por tal motivo, este estudio busca analizar las alteraciones psicoemocionales más frecuentes en los pacientes pediátricos con epilepsia.

La realización de este trabajo investigativo es posible mediante la aplicación de instrumentos a los niños y a sus padres. Los instrumentos seleccionados permiten recolectar información, tanto psicométrica como cualitativa de gran valor para identificar y comprender las vivencias emocionales de los pacientes. Estos

instrumentos escogidos son específicos para la población objeto de estudio y permiten evaluar las alteraciones emocionales de forma cuantitativa y cualitativa, a la vez, siendo novedosa en cuanto al estudio de la epilepsia en pacientes pediátricos, debido al énfasis de las investigaciones previas hacia otras enfermedades crónicas, utilizando instrumentos similares.

Esta investigación permitirá explorar e indagar una problemática palpable en nuestra sociedad, la cual carece, hasta el momento, de un abordaje objetivo y confiable. De manera que su consecución es de sumo valor teórico-práctico para optimizar la calidad de vida de los pacientes pediátricos diagnosticados con epilepsia e incrementar su adhesión a los tratamientos. A la vez, posibilitará el diseño de un plan psicoterapéutico integrativo de intervención psicoemocional, que se enfoque en el acompañamiento psicológico del paciente, generando un aporte a la psicología clínica, contextualizado en las variables sociodemográficas de nuestro entorno social.

1.3 Hipótesis

Se plantean las siguientes hipótesis en esta investigación:

Hi: Las alteraciones psicoemocionales más frecuentes asociadas a la epilepsia en pacientes pediátricos de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, son ansiedad, síntomas depresivos, baja autoestima y problemas conductuales

Ho: Las alteraciones psicoemocionales menos frecuentes asociadas a la epilepsia en pacientes pediátricos de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, son ansiedad, síntomas depresivos, baja autoestima y problemas conductuales

1.4 Objetivos

La investigación persigue los siguientes objetivos:

1.4.1 Objetivo general

- Analizar las alteraciones psicoemocionales presentes en pacientes pediátricos con epilepsia de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las características psicoemocionales que presentan los pacientes pediátricos diagnosticados con epilepsia.
- Describir los principales tipos de alteraciones psicoemocionales que manifiestan los pacientes pediátricos con epilepsia.
- Señalar cómo se manifiestan las alteraciones psicoemocionales en los pacientes pediátricos con epilepsia.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades del Desarrollo Humano

El desarrollo en los niños es un aspecto muy estudiado por la psicología del desarrollo humano. Para entenderlo de forma adecuada, es necesario definir el ciclo vital humano. Este ciclo es el conjunto de etapas del desarrollo de los seres humano, que ocurren de manera progresiva, caracterizadas por cambios múltiples; se inicia desde la concepción y se extiende, sucesivamente, hasta la muerte.

En cada una de esas fases existen cambios biológicos, psicológicos, sociales y conductuales, los cuales indican el crecimiento del sujeto y, a largo plazo, el declive de su funcionalidad. La división en fases puede diferir entre autores; sin embargo, estudiosos como Papalia, Feldman y Martorell (2012), Feldman (2007), Morris y Maisto (2011) mantienen una división bastante homogénea para la cultura occidental, y la plantean en las siguientes etapas:

- Etapa prenatal:

Abarca desde la concepción hasta el nacimiento. Suele subdividirse en tres períodos:

- Germinación: parte de la fecundación hasta las siguientes dos semanas. Durante este tiempo, se origina una masa indiferenciada de células llamada cigoto.
- Embrionaria: se extiende desde las dos semanas después de la concepción, hasta los tres meses de gestación. Gracias a los procesos de especialización celular, se empiezan a formar los órganos internos, sistema muscular y óseo, la piel y el sistema nervioso, lo que propicia una diferenciación celular: se deja atrás el estadio de cigoto, para convertirse

en embrión. Este es un período muy crítico y de alta vulnerabilidad ante los agentes teratógenos, lo que puede resultar en defectos congénitos.

- Fetal: comprende de los tres meses de gestación hasta el nacimiento. En esta fase, se emplea el término feto. Todo ser humano continúa en formación, gracias a los procesos celulares, por lo que es capaz, progresivamente, de manifestar movimientos y de responder a estímulos externos, como la voz materna, conforme avanza su maduración cerebral. Desde el momento de nacer, se pueden observar en el bebé reflejos de supervivencia, como el de búsqueda, succión, deglución, marcha, entre otros, que permiten su permanencia en el nuevo entorno. La satisfacción de las necesidades físicas y psicológicas por parte de los cuidadores, juega un papel protagónico en el desarrollo biopsicosocial del bebé.

- Infancia:

La infancia está conformada por el tiempo después del nacimiento hasta los tres años de edad. En este periodo inicial, el sujeto es dependiente de los cuidadores, para satisfacer todas sus necesidades físicas y afectivas, como lactante y como infante. En esta etapa, el cerebro continúa desarrollándose, goza de una alta plasticidad cerebral y es recomendable que el entorno sea estimulante para su desarrollo. Mientras más crece y es debidamente estimulado, sus conexiones sinápticas serán cada vez más complejas.

Además, se dan cambios físicos notables en corto tiempo. Sus principales formas de adquirir información del medio son a través de sus sentidos y creciente capacidad motriz. En el desarrollo motor, los hitos más notorios son gatear (aproximadamente a los 10 meses) y caminar (típicamente al año de edad). Asimismo, los infantes van logrando el desarrollo del lenguaje. Sus primeras formas de comunicación son el llanto, los arrullos (entre la sexta semana y los tres meses), balbuceos (de los seis a los 10 meses), holofrases (entre los seis y los ocho meses), sus primeras palabras (alrededor de los 10

a 14 meses), hasta que, poco a poco, su lenguaje va enriqueciéndose, al grado de que a los tres años de edad, empiezan a decir oraciones de dos o tres palabras y tienen mayor comprensión del lenguaje.

Según los autores antes mencionados, en esta etapa también los infantes desarrollan autoconciencia gradual, incrementan su capacidad para lograr aprendizajes, recordar e identificar simbolismos en la comunicación y aumenta su interés por otros niños. A medida que sus capacidades motoras, cognitivas, sociales y de lenguaje evolucionan, el infante avanza de la dependencia de sus cuidadores, usualmente los padres, a tener mayor autonomía y curiosidad por su entorno, aunque el apego establecido con sus padres será fundamental para su desarrollo posterior. Moneta (2014) comenta que el apego del niño hacia sus padres, especialmente hacia la madre, es la primera relación vincular afectiva que el ser humano establece.

- Niñez temprana:

De acuerdo con los autores Papalia *et al.* (2012), Feldman (2007), Morris y Maisto (2011), esta fase acapara los tres años hasta los seis años de edad. Suele estar caracterizada por un constante crecimiento físico y maduración cerebral. Las habilidades motoras gruesas y finas se afinan y alrededor de los cuatro a cinco años, se define la lateralidad; poseen un incremento significativo en el lenguaje, su sintaxis y uso pragmático.

El niño aún es egocéntrico, pero su juego ya es cooperativo e imaginativo; presenta un mayor repertorio de emociones y de conductas altruistas que en estadios previos. Los niños presentan más iniciativa para emprender actividades de forma independiente, el juego es el principal recurso para alcanzar aprendizajes y desarrollan su autoestima. La experiencia escolar posibilita la potenciación de sus habilidades sociales.

- Niñez media:

Para estos autores, la niñez media se ubica desde los seis años hasta los once años. En esta etapa del ciclo vital, el niño experimenta una lentificación en el crecimiento físico; pero continúa vivenciando un incremento en sus habilidades cognitivas, lo que facilita el aprendizaje formal e informal.

El lenguaje es otra de las áreas que sigue expandiéndose en el menor. La autoestima adquiere un valor más trascendental en su conducta y en su relación con los pares, especialmente por el autoconcepto y las necesidades de afiliación del niño. En este punto, la familia es parte importante del círculo social del menor; pero el grupo de coetáneos cobra mayor relevancia e influencia. Las características de egocentrismo disminuyen considerablemente y su pensamiento, aunque es más elaborado, aún es concreto.

- Adolescencia:

Esta fase suele conceptualizarse temporalmente entre los 11 y los 12 años hasta los 20 años. Se caracteriza por una serie de cambios físicos primarios y secundarios, que ocurren rápidamente junto a los cambios en sus vivencias emocionales y formas de pensar. El promedio de los adolescentes es impulsivo, busca mayor independencia, presenta percepción subjetiva y generalmente distorsionada de su imagen corporal, atemporalidad y sentimiento de invulnerabilidad.

La adolescencia es un período de un duelo por la pérdida de la niñez y, a la vez, se experimentan cambios rápidos y profundos en todas las esferas del desarrollo, que son la antesala a la adultez temprana. Los adolescentes alcanzan una madurez reproductiva, mas su pensamiento es inmaduro, pese a que han logrado un pensamiento abstracto. Esto se debe a que su maduración cerebral no ha finalizado. Al respecto, Casey y Caudle (2013) comenta que las características de sus decisiones y acciones obedecen a una

corteza prefrontal inmadura, necesaria para el procesamiento de control, la que en estos años todavía está en desarrollo, y a la tensión dentro del circuito neural que involucra el cuerpo estriado ventral, que se implica en el procesamiento de recompensas.

Ahmed, Bittencourt-Hewitt y Sebastian (2015) advierten que, conforme con diversos estudios de neuroimagen a través del tiempo, se ha logrado comprobar que en la adolescencia las zonas cerebrales, específicamente el sistema límbico y la corteza prefrontal, involucradas en la generación y regulación emocional, están en desarrollo tanto estructural como funcional.

- **Adulthood temprana:**

Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009) expresan que esta fase se extiende desde los 20 años a los 40 años, aproximadamente. Las tareas evolutivas se centran en la elección de carrera, desarrollo profesional, lograr independencia y construir intimidad en las relaciones interpersonales, siendo la elección de la pareja y el proyecto de familia, las tareas evolutivas que suelen resaltar y generar conflictos emocionales. La condición física está en su punto óptimo.

- **Adulthood media:**

Según refieren Papalia *et al.* (2009), se considera adulthood media al período transcurrido desde los 40 a los 65 años. Se caracteriza porque el adulto tiene que lidiar con las responsabilidades laborales y familiares; las capacidades sensoriales lenta y progresivamente empiezan a deteriorarse; las habilidades cognitivas alcanzan su punto máximo y ocurren transiciones biopsicosociales relevantes, como la menopausia en la mujer y el suceso del nido vacío, que tiene un impacto psicológico relevante, ya que los hijos crecen y abandonan el hogar para formar su propia vida.

- Adulthood tardía:

La adulthood tardía se constituye temporalmente desde los 65 años hasta el final de la vida. Papalia *et al.* (2009) comentan que este período se acompaña de la jubilación y pérdida progresiva de la salud física, aunque el estilo de vida previo y otras variables influirán en este aspecto. Algunas funciones cognitivas, como la memoria, también empiezan a experimentar deterioro, lo cual es plenamente normal por el envejecimiento. No obstante, la mayoría de los adultos mayores sanos encuentran estrategias compensatorias para manejarlo.

A su vez, en esta fase, los adultos mayores se centran en dejar a un lado la superficialidad de lo cotidiano y buscan brindar un significado a sus actividades. Además, el adulto mayor enfrenta pérdidas importantes en distintas áreas, que le inducen a experimentar el duelo y el reconocimiento de su propia muerte en un futuro, de modo que las relaciones familiares y las amistades son una de las principales redes de apoyo.

2.1.1 Desarrollo del niño

El desarrollo del niño sucede rápidamente en las distintas esferas, por lo que es de esperarse que aparezcan múltiples cambios en los dominios neurobiológico, cognitivo y psicosocial. A continuación, se explicarán los aspectos más relevantes en cada uno de estos dominios, desde una perspectiva teórica:

2.1.1.1 Neurobiológico

El sistema nervioso del ser humano se desarrolla de una forma sistemática y progresiva, influenciado por las múltiples interacciones, tanto genéticas como ambientales. Rosselli, Matute y Ardilla (2010) y Flores y Ostrosky-Shejet (2012) reconocen dos momentos claves en el desarrollo del sistema nervioso: la neurogénesis y la maduración. La neurogénesis es la formación del sistema

nervioso, y se lleva a cabo durante las primeras 20 semanas de gestación. A partir de la semana 20 de vida intrauterina, se produce el crecimiento neuronal y la maduración, que finalizan, iniciada la adultez, con la maduración de las regiones corticales más anteriores, comúnmente llamadas áreas prefrontales. Es preciso aclarar que ambos procesos dependen de influencias genéticas y epigenéticas.

Además, Rosselli *et al.* (2010) señalan que “el cerebro inmaduro recibe los estímulos del ambiente, sea intrauterino o extrauterino y responde en términos de diferenciación” (p. 16). Esto quiere decir que tanto los factores internos como contextuales pueden ser catalizadores en el proceso de neurodesarrollo.

Rosselli *et al.* (2010) refieren que “el proceso de maduración depende de la organización y diferenciación celular caracterizados por el crecimiento axonal y dendrítico, la sinaptogénesis, la muerte axonal y celular y la mielinización” (p. 18). El sistema nervioso estará en constante maduración desde su formación, y su avance progresivo será crucial para su desarrollo normal. Una de las evidencias iniciales más concretas de maduración corresponde a la configuración de la corteza cerebral y cómo la corteza se expande en diferentes direcciones, para que se establezcan los lóbulos cerebrales.

Rosselli *et al.* (2010) especifican que el proceso de formación y maduración del sistema nervioso es posible gracias a la ejecución ordenada de diversos mecanismos subyacentes, como la proliferación, migración, diferenciación y muerte celular, los cuales, para su mejor entendimiento, serán explicados brevemente:

- Proliferación neural: Es la producción de células nerviosas. La proliferación sigue una secuencia característica y no de forma simultánea.
- Migración y agrupamiento: Las células resultantes de la división celular deben migrar a su destino, aunque se encuentren en estado inmaduro. Luego de que las neuronas en desarrollo migran, deben agruparse con

otras, para continuar la constitución de las estructuras del sistema nervioso.

- Diferenciación celular: Existen determinantes individuales e influencias en el medio neural, que inducirán a la adecuada diferenciación de las células. Rosselli *et al.* (2010) declaran que “las alteraciones en la diferenciación neuronal pueden dar como resultado anomalías en el desarrollo cortical causantes de retardo mental” (p. 19). Esto nos hace pensar que la evolución en el desarrollo de toda la estructura del sistema nervioso humano, juega un papel trascendental en el funcionamiento posterior del individuo.
- Crecimiento del axón y formación de sinapsis: Según Carlson (2014) cuando las células se han agrupado en estructuras nerviosas, se inicia el crecimiento de axones y dendritas hacia sus objetivos específicos, por afinidad química. Este proceso es fundamental para el buen funcionamiento del sistema nervioso. Después de que los axones alcanzan su objetivo, se establece una sinapsis. La sinapsis es el punto de unión entre dos neuronas. Dentro de este tópico, está ligada la sinaptogénesis, que es el proceso de formación de nuevas sinapsis o conexiones nerviosas. Los aprendizajes que adquiere la persona fortalecen las sinapsis existentes y propician la creación de nuevas sinapsis. Esto nos indica que la adecuada estimulación de los niños contribuye, positivamente, a su desarrollo y adquisición de nuevas destrezas. Lo anterior es reforzado por el señalamiento de Rosselli *et al.* (2010): “la densidad sináptica disminuye con la edad” (p. 20).
- Mielogénesis: Rosselli *et al.* (2010) indican que: “las células gliales cubren los axones con una capa de mielina, que está hecha de proteínas y lípidos, y que hace que la conducción eléctrica del axón sea más rápida y con menor consumo energético” (p. 20). Gracias a la mielina, los impulsos

nerviosos son transmitidos velozmente a lo largo del axón. Según Rosselli *et al.* (2010) y Flores y Ostrosky-Shejet (2012), la mielogénesis es un proceso lento, gradual y sucede sistemáticamente, debido a que la mielinización es paralela al desarrollo funcional de la zona; por ejemplo, las áreas sensitivas se mielinizan primero, seguidas de las motoras, y una de las últimas regiones es la corteza prefrontal, cuyo proceso de mielinización continúa hasta la adolescencia.

- Muerte neuronal y nueva disposición sináptica: La muerte celular es parte del proceso natural de desarrollo en el que las neuronas más aptas sobreviven, ya que existen muchas más neuronas de las que en realidad se necesitan. Pinel (2007) advierte que “la muerte celular pasiva se denomina necrosis; la muerte celular activa se denomina apoptosis...la apoptosis es menos peligrosa que la necrosis” (p. 244). Se entiende que la muerte celular sucederá con mayor probabilidad, si las conexiones establecidas son débiles o incorrectas. Además, Pinel (2007) aclara que la neurona al morir deja un espacio postsináptico libre, de manera que se inicia una fase de reorganización masiva de las conexiones sinápticas.

Como se puede advertir, durante los primeros años de vida, el sistema nervioso se encuentra en un momento de alta actividad, en donde los procesos de mielinización y las conexiones neuronales están en su etapa de mayor cambio y, por ende, poseen una alta capacidad de plasticidad cerebral, por lo que se moldea y modifica fácilmente. De igual forma, según Rosselli *et al.* (2010), el desarrollo de la corteza cerebral está estrechamente vinculada con la aparición de las conductas cognitivas humanas; por ejemplo, en la primera infancia se manifiestan más elaboradamente conductas sensoriales perceptuales y motoras.

La neurociencia reconoce que las experiencias del niño en el entorno influyen directamente en el desarrollo, mantenimiento y reorganización de los circuitos

neurales; es decir, que aquellas sinapsis que no sean estimuladas, lamentablemente, desaparecerán.

Rosselli *et al.* (2010) designan los siguientes indicadores de maduración del sistema nervioso central:

- Maduración intrahemisférica, que consiste en la serie de cambios progresivos que se dan individualmente en los hemisferios cerebrales.
- Maduración interhemisférica, la cual incluye los procesos que marcan la diferenciación entre ambos hemisferios cerebrales; es decir, la especialización hemisférica, que permite al hemisferio izquierdo y al derecho, focalizar sus funciones.
- Perfeccionamiento de las vías nerviosas que conforman el cuerpo caloso y optimizan la comunicación interhemisférica.
- Aumento en la cantidad de conexiones nerviosas, debido al crecimiento de axones y dendritas de las neuronas.
- Incremento de los procesos de mielinización.
- Aumento en el volumen de la sustancia blanca y la sustancia gris.
- Avance en la complejidad de las conductas y funciones motoras, visoperceptuales, verbales y cognitivas.

2.1.1.2 Cognitivo

Se entiende que los procesos de maduración cerebral son la base para el desarrollo de las funciones cognitivas y ejecutivas de los seres humanos. No obstante, desde el dominio cognitivo se busca comprender cómo evoluciona y funciona el pensamiento de los niños.

Uno de los teóricos que postuló una teoría sobre el desarrollo cognitivo en seres humanos, fue Jean Piaget. Saldarriaga, Bravo y Llor (2016) reconocen que los aportes teóricos de Piaget son uno de los que, en la actualidad, mantiene su vigencia y capacidad de aplicación contextual, para entender el desarrollo intelectual.

Papalia y Martorrel (2017) comentan que Piaget consideraba que el ser humano aprende gracias a la construcción del conocimiento, por medio de los procesos de organización y adaptación. Cuando un sujeto aprende algo nuevo, el sistema cognitivo presenta un desequilibrio, por lo que se inicia la organización de la información, a través de la clasificación y categorización de lo observado en esquemas, conocidos también como estructuras cognitivas. A este proceso le sigue la adaptación, que se consigue gracias a la asimilación, la cual consiste en incorporar y moldear la nueva información en función de los esquemas anteriores. Asimismo, se produce la acomodación, caracterizada por modificar y ajustar los esquemas anteriores, para incorporar adecuadamente la nueva información a la estructura cognitiva. Estos procesos ocurren para facilitar el logro del equilibrio de las estructuras cognitivas y progresar en el desarrollo.

Igualmente, Piaget propuso que el pensamiento humano se desarrollaba a lo largo de estadios o fases en la que el individuo alcanzaba ciertas características que diferenciaban su evolución cognitiva.

Los autores Papalia y Martorrel (2017) retoman la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget y explican que las cuatro etapas son universales para todas las personas. Estas cuatro etapas son:

- Etapa sensorio-motriz: Se extiende desde el nacimiento hasta los dos años de edad. En ella, el niño se explora a sí mismo y el entorno, a través de los sentidos. Uno de los mayores logros en esta etapa corresponde al desarrollo de la conducta propositiva (dirigida a metas) y a la permanencia

de los objetos; es decir, entender que el objeto no desaparece, aunque no esté inmediato en su campo visual, independientemente de su percepción.

- Etapa preoperacional: Abarca de los dos años hasta, aproximadamente, los siete años de edad. En esta etapa, los niños consolidan el pensamiento simbólico, logran comprender que los cambios superficiales en las cosas o personas no transforman su naturaleza, sino que incrementan su capacidad para entender los fenómenos de causa y efecto, de clasificar en categoría, experimentar empatía, introducirse en la comprensión de número y desarrollar mayor conciencia sobre sí mismos y los otros. No obstante, su pensamiento está limitado por el egocentrismo, la centralización (enfocarse en un solo aspecto, omitiendo otros), el animismo (atribuir vida a objetos o cosas) y la irreversibilidad (reversibilidad de algunas situaciones).
- Etapa operacional concreta: Se ubica desde los siete años hasta los 11 años. Los avances cognitivos que se observan constituyen una mayor capacidad para la categorización (alcanzan la seriación, inferencias transitivas e inclusión de clase), comprensión de causa y efecto, la conservación, el razonamiento deductivo e inductivo, el concepto aplicable de reversibilidad y el pensamiento espacial. Es válido decir que en la etapa operacional concreta, los niños ganan más terreno en sus funciones cognitivas; pero siguen limitados al aquí y al ahora, puesto que su pensamiento es concreto. Igualmente, su capacidad para las matemáticas y de resolución de problemas se encuentra en continua mejora.
- Etapa operacional formal: Contempla de los 11 años o 12 años de edad en adelante. Gracias a los avances experimentados, los preadolescentes y adolescentes exhiben importantes logros cognitivos, especialmente la consolidación del pensamiento abstracto, que les permite manipular más efectiva y flexiblemente la información e, inclusive, añadirles implicaciones

emocionales a los datos registrados. Otro importante avance es la instauración del razonamiento científico, en el que la forma de procesar la información es hipotética-deductiva, por lo que se es más capaz de resolver problemas.

El desarrollo cognitivo de los niños obedece a diversos factores que se interrelacionan, como la herencia y genética, el grado de estimulación recibida, condiciones socioeconómicas, vinculación con los padres, nivel educativo de los padres, entre otros. Paolini, Oiberman y Mansilla (2017) encontró que la falta de sostén económico influye indirectamente en el desarrollo normal del menor. Asimismo, Ruiz, Quackenboss y Tulve (2016) en su revisión literaria de múltiples investigaciones realizadas, hallaron consistencias en que el entorno social, factores químicos y no químicos estresantes, son capaces de afectar el desarrollo cognitivo de los niños.

2.1.1.3 Psicosocial

En el ámbito psicosocial, una de las teorías que explica muy bien las transiciones, características y tareas correspondientes a cada etapa del ciclo vital, es la teoría de las etapas del desarrollo psicosocial, postulada por Erik Erickson.

Feist, Feist y Roberts (2014) comentan que las etapas del desarrollo psicosocial de Erickson representan el conflicto sintónico y distónico que se suscita en cada fase de nuestro ciclo vital y que posibilita nuestro desarrollo. Ese conflicto se manifiesta como una crisis, pero en este caso las crisis son oportunidades. Como es de esperarse, las crisis causan desorganización; no obstante, es en la lucha por el equilibrio y su establecimiento, que se consigue la resolución de la crisis psicosocial, los aprendizajes y la evolución del desarrollo.

Dichas etapas están desglosadas en ocho fases consecutivas: confianza básica versus desconfianza básica, autonomía versus vergüenza y duda, iniciativa versus culpa, laboriosidad versus inferioridad, identidad versus confusión de identidad,

intimidad versus aislamiento, generatividad versus estancamiento y finalmente, integridad versus desesperación. Debido a la naturaleza de la investigación, se explicarán las fases involucradas en el estadio de desarrollo del grupo de edad estudiado, desde su nacimiento hasta la etapa actual. Sobre las primeras etapas, Feist *et al.* (2014) refieren lo siguiente:

- Confianza básica versus la desconfianza básica: Su ocurrencia se presenta durante la lactancia y la fuerza básica por lograr es la esperanza. En este período, los cuidadores principales, especialmente la madre, juegan un papel central en la satisfacción de las necesidades fisiológicas y afectivas del menor. Si los padres logran satisfacer periódicamente y consistentemente esas necesidades, los niños adquirirán confianza; en contra parte, si los padres no satisfacen esas necesidades, será la desconfianza.
- Autonomía versus vergüenza y duda: Tiene lugar entre los dos y tres años de edad y la fuerza básica resultante es la voluntad. Si los niños generan la confianza básica, se enfrentarán a las tareas, actividades y retos con autonomía; por el contrario, si en el estadio previo se asentó la desconfianza, es altamente probable que los niños experimenten con más frecuencia la vergüenza, por sentirse observados y juzgados, al no lograr con éxito la consecución de una actividad, y la duda, que es la sensación de no sentir certeza sobre las cosas. En esta crisis psicosocial, es normal que los niños busquen tomar sus propias elecciones, muestren oposición y procuren su propio control, ajeno a los padres; pero cuando sus intentos son sometidos a la vergüenza y duda por parte de los padres, constantemente se genera inseguridad en estadios posteriores.
- Iniciativa versus culpa: Se extiende de los tres años a los cinco años de edad, aproximadamente, y la finalidad es la fuerza básica de esta etapa. Este período es la edad del juego, en el que el niño es más capaz de

valerse por sí mismo, tiene gran movilidad y, mediante el juego, consolidan muchos aprendizajes esenciales para sus funciones cognitivas, psicomotrices y psicosociales.

Precisamente, por sus crecientes capacidades, los niños son más imaginativos, crean sus propias iniciativas y se plantean objetivos que perseguir. Sin embargo, durante esta fase, los niños empiezan a desarrollar conciencia para etiquetar las situaciones como buenas o malas, con los consecuentes sentimientos de culpa.

- Laboriosidad versus inferioridad: Comprende desde los seis años hasta los doce o trece años de edad, aproximadamente. En esta etapa, la fuerza básica que el niño debe desarrollar es la competencia, hecho que se refuerza por el inicio de la escolarización, en la que los niños expanden su círculo social con otros adultos y pares. Igualmente, su curiosidad e iniciativa crecen.

En efecto, es la iniciativa la que permite que los niños se interesen por aprender, cultivar habilidades y emprender proyectos. Como resultado de estas actividades, se exponen al éxito y al fracaso, por lo que, poco a poco, se van forjando su autoimagen, ya sea como persona competente o incompetente. La formación de su autoimagen es el inicio de la consolidación de la identidad del yo, que en etapas posteriores, se ubica como tarea del desarrollo. Todos los aprendizajes, habilidades sociales y experiencias durante este período, son muy importantes para las actividades que como adulto tendrá que afrontar.

Como se puede observar, las experiencias diarias tienen la capacidad de desequilibrar el sistema del niño; pero ese desequilibrio posibilita el crecimiento, si es resuelto adecuadamente. Las etapas posteriores abordadas por Erickson no se detallan, porque involucran los períodos de la adolescencia en adelante, y es de profundo interés conocer cómo funciona el dominio psicosocial de la población

objeto de estudio. Se debe denotar que la resolución adecuada de estas etapas iniciales es sumamente importante, para avanzar satisfactoriamente en el desarrollo psicosocial y las futuras demandas a las que se tiene que afrontar el individuo a lo largo de su vida.

2.2 Alteraciones Psicoemocionales

2.2.1 Concepto

Existen diversas concepciones de las alteraciones psicoemocionales. En esta investigación, se entienden como la aparición de emociones percibidas con malestar intenso, que interfieren significativamente en el óptimo desempeño del individuo, ya sea en el ámbito social, escolar, conductual, cognitivo, físico y emocional. Deben tener cierta frecuencia en el tiempo y no ser de carácter breve o transitorio.

2.2.2 Principales alteraciones psicoemocionales

Las manifestaciones categóricas de las alteraciones psicoemocionales son muy variadas, y se debe considerar la edad del paciente, puesto que la manera de vivenciarlas y expresarlas difiere con respecto a la edad.

La mayoría de las estadísticas con mayor organización longitudinal se ubica en las latitudes norteamericanas y europeas. La entidad Centers for Disease Control and Prevention (2020) hace hincapié en que la salud mental de los niños y adolescentes es un tema de relevancia social; señalan que tan solo en Estados Unidos la ansiedad, la depresión y los problemas de autoestima son las alteraciones psicoemocionales más comunes entre los niños y adolescentes. Estos problemas tienden a incrementarse en relación con el aumento de la edad. Bitsko *et al.* (2018) comentan que se observan incrementos importantes en las cifras de ansiedad y depresión. En niños de seis a 17 años, aumentó de 5.4% en el 2003 a 8.4% entre el 2011 y el 2012, los cambios más significativos ocurrieron

en la ansiedad. Ghandour *et al.* (2019) investigaron el nivel de prevalencia de la depresión, ansiedad y problemas de conducta en niños en Estados Unidos. Como resultado encontraron que de los niños entre tres y 17 años de edad, el 7.1% tiene problemas de ansiedad, un 7.4% presenta alteraciones conductuales y un 3.2%, depresión.

En Panamá, se carecen de estadísticas longitudinales y adecuadamente organizadas sobre la prevalencia de trastornos y problemas en la salud mental pediátrica. Velarde, Sánchez, Manzané y Britton (2014) realizaron uno de los primeros intentos por establecer la prevalencia de trastornos conductuales y emocionales en la población pediátrica en Panamá, específicamente en la ciudad de Panamá. En este estudio transversal evidenciaron, según los reportes de padres y maestros, que la ansiedad era uno de los problemas más frecuentes. Conforme con los maestros, la ansiedad ocupa un 15.3%, mientras que para los padres, un 8.4%. Otros problemas que señalaron los maestros fueron los de aprendizaje (20.6%) y habilidades de estudio (20.6%); mientras que para los padres fueron el aislamiento (10.7%) y la falta de liderazgo (6.9%). Estos autores reconocen que en Panamá se carece de estadística en temas de salud mental para la población pediátrica.

En consecuencia, gracias a los datos estadísticos de otros países, en esta investigación se explorarán las alteraciones psicoemocionales de ansiedad, depresión, autoestima y problemas conductuales ya que son las que denotan mayor prevalencia en múltiples estudios, en distintos grupos etarios.

2.2.2.1 Ansiedad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) define la ansiedad como “...una respuesta anticipatoria a una amenaza futura... a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.” (p.189). Se entiende que la ansiedad es una emoción secundaria en la que el sujeto se mueve psicológicamente hacia

el futuro y detecta posibles amenazas. Como toda emoción, es de esperar que haya activación cognitiva, fisiológica y conductual. La ansiedad es una respuesta normal, que permite la sobrevivencia en un nivel básico, ya que nos anticipamos a las situaciones peligrosas; pero cuando se experimenta repetidamente y de forma prolongada, adquiere connotaciones desadaptativas y con potencial patológico.

2.2.2.1.1 Modelos teóricos sobre la ansiedad:

A través del tiempo, se han propuesto diversos modelos para conceptualizar y delimitar la ansiedad como un constructo de estudio en psicología. Hoy se reconoce que la ansiedad es una emoción, que tiene componentes biológicos, psicológicos y conductuales por evaluar. Por tanto, en este trabajo, se explicarán los modelos de mayor influencia y actualidad en la ciencia psicológica.

Spielberger (1966), gracias a los aportes de Cattell y otros investigadores, planteó que la ansiedad puede presentarse en dos vertientes: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. La ansiedad como estado es transitoria; por lo tanto, su delimitación en el tiempo es corta. Por otra parte, la ansiedad como rasgo indica estabilidad y persistencia del sujeto como forma de percibir e interpretar la gran mayoría de las situaciones; es decir, como un rasgo de la personalidad. Para dicho autor, ambas representan el fenómeno de estar interrelacionadas; pero en la que la valoración cognitiva, sin lugar a dudas, poseía un papel importante para comprender el origen, síntomas y control de la ansiedad.

Clark y Beck (2012), basándose en los aportes de los modelos propuestos, diseñaron uno en el que expresan que la ansiedad es una respuesta multidimensional, a causa de que sus síntomas, que se manifiestan a través de procesos interrelacionados. Estos autores reconocen los procesos:

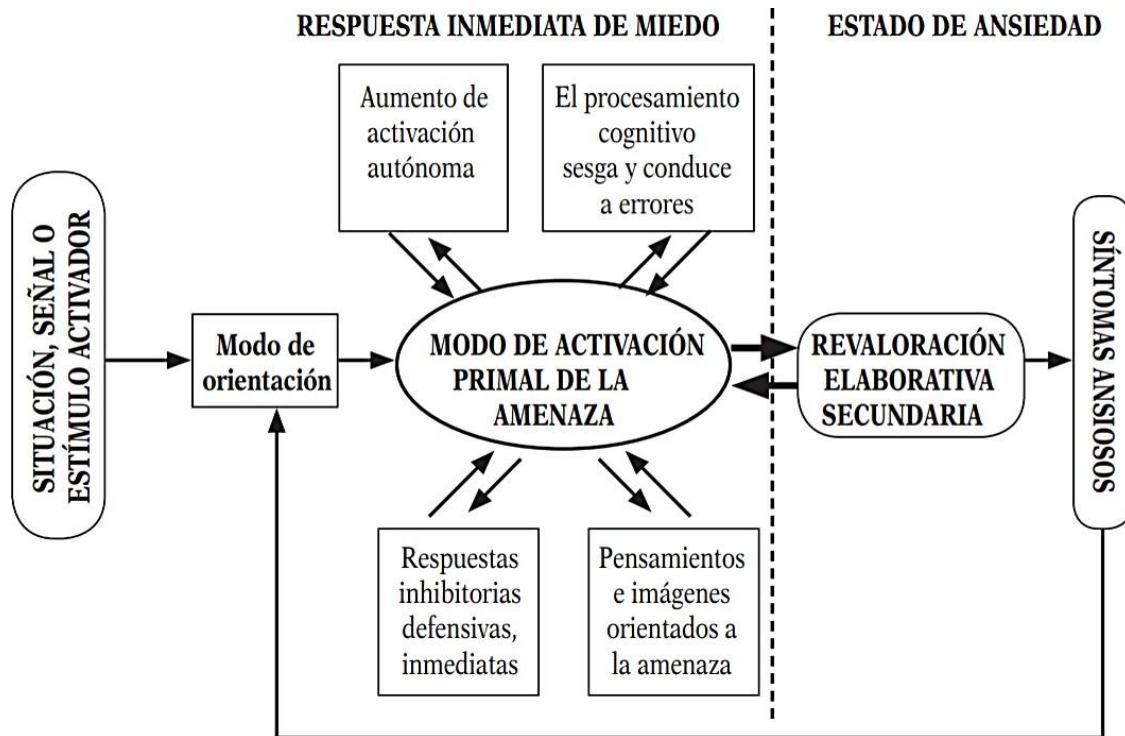
- Cognitivos: La manera en que se procesa la información sobre el estímulo y uno mismo, puede dar lugar a síntomas, como miedo; sentimientos de

indefensión; aprensión; sensación de irrealidad y despersonalización; descenso en las funciones cognitivas, como la memoria y el razonamiento.

- Fisiológicos: Se refiere a la activación del sistema nervioso, particularmente, del sistema nervioso autónomo. Estas respuestas fisiológicas incluyen síntomas, como: tensión muscular, parestesias, hiperventilación, taquicardia y sudoración.
- Conductuales: Son las acciones o comportamientos que emprende la persona ante el posible estímulo de peligro. Las respuestas conductuales más usuales son la cautela, conductas evitativas, shock o paralización, búsqueda de seguridad.
- Afectivos: Este componente es altamente subjetivo, debido a que dependerá de la percepción que tenga sobre la experiencia ansiosa, que generalmente son negativas. Entre ellas se encuentran los afectos negativos y displacenteros sobre la tensión y el nerviosismo, como la frustración, impaciencia, estar con nerviosismo y atemorizado.

En este modelo, se reconoce que la ansiedad se manifiesta a través de síntomas cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos; pero también enfatizan que la mediación cognitiva interfiere, significativamente, en el desarrollo y cronificación de la ansiedad en los individuos.

Figura No. 1. Modelo cognitivo de la ansiedad



Fuente: Tomado de Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad: Ciencia y Práctica*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., p.68.

Para explicar la ansiedad, Clark y Beck (2012) instauran el modelo cognitivo de la ansiedad, en el que describen el proceso y su mantención a través de la valoración primaria de amenaza y la revaloración secundaria. Todo inicia con un estímulo, de naturaleza interna o externa, que es valorado como amenaza; porque pone en peligro, de alguna manera, los intereses vitales sociales o individuales de la persona. Esta valoración primaria de amenaza sucede de forma rápida, pues se necesita una respuesta con prontitud.

En ese momento, el sujeto se ubica en un modo de orientación, una plantilla o base de datos alimentada por experiencias previas, que permite determinar la valencia del estímulo como positivo, negativo o neutro y otros aspectos relevantes, automáticamente. Si es negativo, se activa el modo primal de amenaza, que genera una valoración primaria de amenaza, predominantemente negativa, catastrófica, rígida y focaliza nuestros recursos cognitivos en la amenaza. Cabe

mencionar que este procesamiento de la información está sesgado y les otorga prioridad a los esquemas de amenaza; no se piensa con claridad y objetividad. Estos esquemas suelen retroalimentarse y se ubican en términos cognitivo-conceptuales, conductuales, fisiológicos, motivacionales y afectivos.

Posteriormente, ocurre la reevaluación secundaria, en la que se necesita procesar la información más estratégicamente y con mayor control, por lo que la evaluación de los recursos de afrontamiento, la búsqueda de señales de seguridad, el pensamiento de modo constructivo y la preocupación toman un papel relevante sobre el resultado de esta revaloración.

Normalmente, se espera que la revaloración secundaria disminuya la ansiedad; pero en el caso de quienes padecen patológicamente de ansiedad, no es así. Los individuos están altamente comprometidos por el modo amenaza y, consecuentemente, prevalece el sesgo cognitivo, obviando los elementos realistas de la situación. Las personas con ansiedad tienden a sobrevalorar y sobreestimar la probabilidad de ocurrencia de daños y su intensidad. En otras palabras, magnifican los elementos negativos y minimizan los aspectos positivos o seguros de las situaciones percibidas como peligrosas o amenazantes y sus propias capacidades, para afrontarlas eficientemente. También filtran, selectivamente, la información, dando atención a aquellos factores que refuerzan sus esquemas cognitivos de amenaza.

Clark y Beck (2012) ofrecen los siguientes indicadores, para identificar la ansiedad anormal:

- **Cognición disfuncional:** Se trata de la forma en que la persona procesa la información y la interpreta; es desadaptativa, puesto que predominan distorsiones cognitivas y se limitan sus estrategias de afrontamiento.

- Deterioro del funcionamiento: La capacidad de respuestas adaptativas y eficaces se reduce considerablemente, por lo que el sujeto empieza a experimentar dificultades y malestar en distintas áreas del funcionamiento, empobreciendo su calidad de vida.
- Persistencia: Los estados emocionales primarios y secundarios son transitorios, pero un indicador esencial de anormalidad es que la ansiedad persiste prolongadamente en el tiempo, aun cuando se supone debe haber cesado.
- Falsas alarmas: La persona, frecuentemente, tiende a sobreestimar los estímulos o situaciones amenazantes, y sus recursos de activación psicofisiológica se inician por estímulos muy irrelevantes o incluso inexistentes.
- Hipersensibilidad a los estímulos: El individuo es mucho más vulnerable a los estímulos amenazantes y anticipados. Ideas o pensamientos pueden convertirse en estímulos potentes para desencadenar ansiedad. Muestran tendencia a magnificar la gravedad o peligro de las situaciones, objetos o estímulos.

Estos indicadores actúan como banderas rojas para identificar la presencia de ansiedad anormal de la normal. Los trastornos y patologías no son abruptos, suelen ser graduales en el desarrollo de la sintomatología y, por tal motivo, el clínico debe estar atento a los signos y síntomas de los cuadros de los pacientes, especialmente cuando existen diagnósticos de enfermedad crónica.

Cuando la experiencia subjetiva de ansiedad manifiesta cronicidad y los indicadores previamente explicados resultan afirmativos, se puede sospechar la presencia de una patología. Desde luego, en la sintomatología presentada en pacientes pediátricos, se puede observar cómo se aplican los modelos que inicialmente fueron desarrollados en adultos, con éxito. Howes, Zwicker, Uher y

Pavlova (2020) concluyen que las intervenciones cognitivo conductuales reducen la ansiedad en niños y que la manifestación de ansiedad en edades tempranas incrementa el riesgo de desarrollar psicopatologías, si no recibe intervención. De este modo, el estudio de la ansiedad y su sintomatología en pacientes pediátricos, es de gran valor para la gestión de la salud mental.

El manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2014) reconoce dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, las siguientes patologías: trastorno de ansiedad por separación; mutismo selectivo; fobias específicas; trastorno de ansiedad social; trastorno de pánico; agorafobia; trastorno de ansiedad generalizada; trastorno de ansiedad, inducido por sustancias/medicamentos; trastorno de ansiedad, debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y no especificado.

2.2.2.2 Depresión

El manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2014) expresa que, aunque existen diversos tipos de trastornos depresivos, hay algunas características comunes, como "... la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo." (p. 155). Cuando se habla de depresión, es necesario hacer una diferenciación entre tristeza y depresión.

La tristeza es una emoción primaria que todo ser humano naturalmente experimentará ante ciertos estímulos. Al ser una emoción, es de carácter transitorio y se acompaña de respuestas cognitivas, psicológicas y conductuales. No obstante, la depresión constituye una patología, ya que implica la experiencia continua y persistente de tristeza e interfiere en las actividades diarias del sujeto. Dentro de la categoría de trastornos depresivos, en el manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2014), se incluyen: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor,

trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, trastorno depresivo debido a otra enfermedad médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado.

La manera apropiada de realizar el diagnóstico diferencial consiste en una evaluación psicodiagnóstica completa. Sattler (2010) precisa que el proceso de evaluación psicológica debe estar amparado por los cuatro pilares de la evaluación: medidas con referencia a la norma, entrevistas, observaciones conductuales y procedimientos informales. Estos pilares favorecen el juicio clínico, evidenciado y más objetivo; además, se obtiene información longitudinal sobre la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas. Este aspecto adquiere un valor fundamental, especialmente en los niños, dado que pueden presentar síntomas adicionales a los del adulto, como la irritabilidad.

Moya y Fernández (2017) engloban las manifestaciones clínicas de los niños y adolescentes según la sintomatología, en:

- Síntomas afectivos: estado de ánimo triste, irritabilidad, apatía, anhedonia y astenia. También pueden desarrollar angustia y ansiedad.
- Síntomas físicos: agitación psicomotriz, enlentecimiento psicomotriz, tendencia a la fatiga, astenia, alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnias), quejas somáticas y cambios en el apetito.
- Síntomas cognitivos: olvidos, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, problemas de baja autoestima, ideación suicida pasiva o activa, baja autoeficacia y subyacen pensamientos distorsionados con connotaciones negativas sobre sí mismo y los demás.

En el adulto, los síntomas se centran más en la tristeza persistente, pero en los niños no es necesariamente de esa manera. El pensamiento y grado de desarrollo

emocional del niño no está completado, lo que obstaculiza el reconocimiento y expresión de sus emociones. Las respuestas conductuales de afrontamiento pueden implicar peleas, discusiones, aislamiento social, mostrarse opositoristas o retadores, falta de interés y participación en múltiples actividades, entre otras (Moya y Fernández, 2017).

2.2.2.2.1 Modelos teóricos sobre la depresión

En este documento, se explicarán los modelos más actuales y con mayor vigencia para explicar la depresión desde el punto de vista psicológico. De acuerdo con esta premisa, Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) explican el modelo cognitivo de la depresión, desarrollado por Beck, en el cual propone que las personas desarrollan depresión por errores cognitivos sistemáticos en el procesamiento de la información; es decir, que no es la situación en sí la causante del problema, sino la interpretación negativa y catastrófica que le atribuye el sujeto.

Para Beck *et al.* (2010), la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos se interrelacionan entre sí para originar la sintomatología depresiva. La tríada cognitiva se refiere a la visión negativa sobre sí mismo, el futuro y sus experiencias. Sobre la visión negativa de sí mismo, se observa que la persona tiende a subestimarse y criticarse a sí misma, aflorando sentimientos de inutilidad y poca valía.

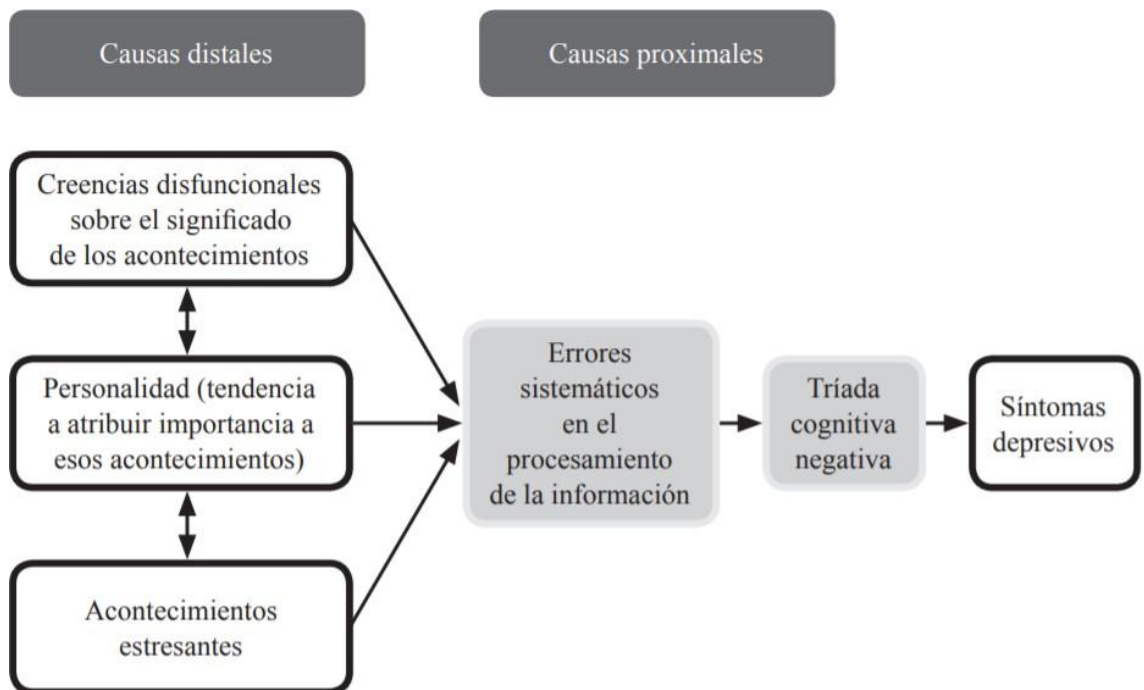
En relación con el procesamiento de sus experiencias, es plenamente negativo. Piensan que el mundo es injusto, hostil y un lugar lleno de obstáculos, por lo que las percepciones de frustración, derrota e injusticia son habituales. Ante la visión negativa sobre el futuro, la persona suele albergar gran desesperanza, anticipa penas y cree que su experiencia de dolor seguirá ocurriendo, no solo en el presente, sino también en el futuro.

Se advierte, pues, que estos componentes de la tríada cognitiva interactúan entre sí y ocasionan los otros síntomas experimentados afectiva y conductualmente. El

pensamiento depresivo mantiene una organización estructural de esquemas. El enganche y mantenimiento en la línea depresiva subyace en los esquemas. Estos son patrones cognitivos establecidos en la persona, a través del tiempo como forma de procesamiento de los estímulos. Los esquemas son la base y plantilla sobre la que se evalúan los nuevos estímulos. Acerca de la manera en que se procesa la información, se aprecian errores sistemáticos en el procesamiento, que denotan creencias rígidas, inflexibles, extremas y muy subjetivas, hacia una dirección negativa y no realista, con evidentes distorsiones cognitivas (Beck *et al.*, 2010).

Lino, Otero y Blanco (2019) retoman el modelo cognitivo de Beck, para subrayar que en la depresión se experimentarán síntomas afectivos, conductuales y emocionales, a causa de los procesos cognitivos con tintes negativos.

Figura No. 2. Modelo cognitivo de la depresión



Fuente: Tomado de Lino, F.; Otero, P. y Blanco, V. (2019). *Guía de intervención de la depresión*. Madrid, España: Editorial Síntesis, S.A., p. 48.

Acorde con estos autores, la depresión ocurre debido a causa distales y proximales, que interactúan en el modelo cognitivo. Dentro de las causas distales, se consideran las creencias disfuncionales sobre el significado de los acontecimientos, los procesos de atribución y el suceso del estresor específico. Estas causas distales alimentan los errores sistemáticos en el procesamiento de la información, que se hallan en la tríada cognitiva.

Las creencias disfuncionales, como se explicó previamente, son los esquemas cognitivos del sujeto, y se han ido formando por todo el historial de experiencias previas, aprendizajes formales e informales que se introducen desde la infancia. Los esquemas disfuncionales, en quienes padecen de depresión, incluyen creencias negativas sobre sí mismo y el mundo, son selectivos y tienden a obviar los hechos que refuten su creencia inicial. Este sesgo cognitivo compromete la capacidad de razonar lógicamente. Aquí la personalidad del sujeto también ejerce una influencia sustancial; los individuos que están orientados hacia la independencia, pueden experimentar depresión con estímulos relacionados al logro; mientras que los que están orientados hacia los demás, podrían ser estimulados por situaciones interpersonales o sociales negativas.

Si bien es cierto, no todas las situaciones activan los esquemas disfuncionales de procesamiento de la información. Quienes padecen de depresión han reforzado a lo largo de sus experiencias de vida, los errores cognitivos sistemáticos, que se manifiestan superficialmente como pensamientos automáticos de índole negativa y distorsionada. El sujeto no se percata conscientemente de ello, pero sí experimenta todo el malestar relacionado con sus consecuencias. Se resalta que las distorsiones cognitivas son, con frecuencia, reforzadas tanto por la persona como por la familia y sociedad. Las creencias disfuncionales pueden estar tan arraigadas, especialmente, las que se desarrollaron en la niñez, y pueden direccionar los procesos de atribución en etapas posteriores del desarrollo.

2.2.2.3 Autoestima

La autoestima es un constructo psicológico que se construye diariamente y que está ligado a la formación del yo, por lo que mantiene implicaciones con el desarrollo psicosocial. Orth y Robins (2014) refieren que la autoestima es relativamente estable, pero no inmutable; es decir, está sujeta a cambios.

En las etapas iniciales de la lactancia e infancia, el niño desarrolla apego hacia sus cuidadores, lugar ocupado en la mayoría de los casos por los padres. Si se establece un apego seguro, el niño está mejor preparado para las demandas venideras en su desarrollo.

Bajo la perspectiva teórica de Erickson, revisada en puntos anteriores, la autoestima puede formarse favorable o desfavorablemente, dependiendo del resultado de la crisis de cada etapa psicosocial. Alrededor de los tres años de edad, el mundo social de los niños se comienza a expandir aceleradamente, mucho más, después del inicio de la escolarización.

Cuando el círculo social crece e involucra a más personas, el individuo está expuesto a más experiencias formales, semiformales e informales de aprendizaje. Cada una de estas experiencias representa una oportunidad para crear, progresivamente, su autoestima, en donde la autopercepción, el ser alentado o rechazado influirán en su formación.

El medio social influye en la autoestima, pero no es el único factor responsable. En la autoestima actúan factores endógenos y exógenos, que trascienden la identificación y apreciación de las cualidades físicas, sociales o psíquicas, pero se debe considerar la edad y la interacción de los factores externos e internos. Ortega, Mínguez y Rodes (2001) aclaran que, aunque el entorno social tiene incidencia en la autoestima, no es determinante en etapas de mayor desarrollo maduracional, como en la adolescencia o adultez, sino que se enmarca en el sentido del yo del sujeto. Esto difiere de lo que ocurre con los niños, cuya primera

fuerza de nutrición para su autoestima proviene principalmente de los refuerzos sociales que recibe por parte de sus padres, familiares, pares y otros adultos; así como su acercamiento al éxito o fracaso y su respectiva interpretación.

Por su parte, Branden (2007) opina que la confianza en la capacidad para enfrentar las situaciones de la vida y para considerarse merecedor de felicidad, dignidad y el reconocimiento de la propia valía, son fundamentales para gestionar una buena autoestima. Sin esa confianza, la autoestima resultaría vulnerada. Él expresa que la autoestima mantiene dos componentes que se relacionan entre sí: la eficacia personal y el respeto por uno mismo. Morris y Maisto (2011) comparte que las necesidades de autonomía y socialización son significativas para el desarrollo de la confianza en sí mismo, así que los padres y allegados al menor son los primeros en propiciar la satisfacción de esas necesidades.

En este trabajo, se conceptualiza la autoestima como la valoración que una persona realiza acerca de sí misma y que está influenciada por las experiencias, procesos cognitivos (sensaciones, percepciones, creencias), aspectos sociales e idiosincrásicos del sujeto. Además, incluye el autoconcepto, esto es, lo que cree de sí mismo y la autoimagen, cómo se ve a sí mismo en todas sus dimensiones.

Los problemas de autoestima por sí solos no se han categorizado como una patología en los manuales de diagnósticos; pero representan un punto común en varias patologías. Si las alteraciones en la autoestima no son tratadas terapéuticamente, pueden agravarse y causar desajustes en otras áreas. Orth y Robins (2014) indican que los individuos con niveles altos de autoestima, son más propensos a experimentar bienestar en áreas como las relaciones interpersonales, trabajo y salud, a diferencia de los que mantienen niveles bajos de autoestima. Cada vez, se demuestra que la autoestima tiene consecuencias notables para la salud mental.

2.2.2.3.1 Componentes de la autoestima

Mruk (2013) propone que la autoestima tiene dos elementos que se relacionan entre sí: la competencia y el sentido de merecimiento. En general, reconoce que la autoestima está integrada por cinco componentes:

- Estatus: existen diferentes estatus en una persona conforme al área, es relativamente estable, pero sujeto a cambios.
- Competencia: el conjunto de habilidades y destrezas que un individuo posee y que le permiten generar sentido de eficacia.
- Retos: constantemente las personas se enfrentan a tareas y demandas que poco a poco, dependiendo del resultado, crean una configuración sobre las habilidades. Permiten el crecimiento, pero también pueden representar pérdidas o retrocesos.
- Merecimiento: es el sentido de sentirse digno y valioso, el sentido de las acciones que se ejecutan.
- Tiempo: la autoestima se forma continuamente a lo largo del ciclo vital, cada situación muy demandantemente o incluso las sencillas que se enfrenten durante la vida influyen en la ganancia o pérdida de autoestima.

2.2.2.3.2 Tipos de autoestima y características asociadas

Rosenberg, Schooler, Schoenbach, y Rosenberg (1995) diferencian dos tipos de autoestima: la global y la específica. Señalaron que la autoestima global se relaciona con el bienestar psicológico del sujeto; por otro lado, la autoestima específica, se relaciona con el comportamiento particular. La autoestima específica afecta a la autoestima global, pero esta última incluye valoraciones de múltiples áreas.

Autores como Branden (2007) y Roa (2013) enuncian que la autoestima puede encontrarse en niveles básicos en alta y baja; en función de ello, se pueden observar ciertas características. Frente a la alta autoestima se encuentran: la capacidad de afrontar nuevos retos y experiencias, la toma de iniciativas, la tolerancia a la frustración, asumir responsabilidades y compromisos, ser capaz de tomar sus propias decisiones, aceptar y corregir errores, se comporta con independencia, aprecia y valora los éxitos, desea relacionarse con otras personas, amplitud de emociones y sentimientos, asertividad y adecuada actitud ante los fracasos.

En quienes mantienen una baja autoestima, se evidencia: dependencia de otros, conductas evitativas, miedo ante retos y nuevas experiencias, sentimientos de inferioridad, autodesprecio, baja tolerancia a la frustración, tendencias defensivas, necesidad de aceptación, temor a relacionarse y a asumir responsabilidades, no reconoce errores y culpa a otros por ellos, dificultad para reconocer y expresar asertivamente sus emociones, fácilmente influenciable y se autodesvaloriza.

Las alteraciones en la autoestima tienen el poder de generar desadaptación y disfuncionalidad en los individuos a corto, mediano y largo plazos. La autoestima está relacionada con síntomas depresivos y ansiosos, por lo que podría considerarse un indicador para varias formas de psicopatología por estudiar (Isomaa, Väänänen, Fröjd, Kaltiala-Heino y Marttunen, 2013).

2.2.2.4 Conductuales

Gracias al estudio de la psicología del desarrollo, se puede determinar la normalidad y anormalidad de la conducta de los individuos en relación con la etapa del ciclo vital que cursan.

En la evaluación psicológica, la presencia de las alteraciones conductuales es un indicador importante para explorar. Soutullo y Mardomingo (2010) expresan que todo proceso de evaluación psicológica se tiene que apoyar en los cuatro pilares

fundamentales, uno de ellos es la observación directa. Este pilar representa una de las principales vías de recogida de información sobre la conducta verbal y no verbal del paciente.

Las alteraciones conductuales se conciben en esta investigación como los comportamientos verbales y no verbales anormales que manifiesta un individuo, generan malestar y deterioran el funcionamiento en una o varias áreas. Usualmente, cuando existen alteraciones conductuales, también subyacen otras alteraciones psicoemocionales relevantes.

Sattler (2010) especifica que los comportamientos inusuales de los niños pueden evidenciarse en su apariencia personal, la actitud hacia el examinador, la atención y anuencia a seguir instrucciones, el afecto, lenguaje, en sus habilidades sensoriales y psicomotrices, en el desempeño durante las tareas, sus hábitos de trabajo y en sus reacciones a los estímulos. Es decir, toda conducta que el individuo realice refleja el grado de normalidad y adaptación psicológica.

En las secciones anteriores, también en la explicación de los modelos teóricos, se valoriza la activación conductual de los pacientes. Es decir, que las cogniciones generan emociones y conductas. Así en los niños con síntomas depresivos, se manifestaban conductas de aislamiento social, defensividad o de rebeldía y oposición; en los menores con síntomas ansiosos, puede notarse las dificultades para dormir, comer mucho o perder el apetito, evitar o huir de lo que les preocupa, entre otros.

Las perturbaciones emocionales, conscientes e inconscientes, influyen en las alteraciones conductuales; pero el estilo parental, también. Durante la infancia y la niñez, los padres son los protagonistas de la regulación conductual de sus hijos, al colocar límites, reglas, disciplina, refuerzos sociales sobre lo que se espera, es correcto o incorrecto. Salari, Wells y Sarkadi (2014) concretan que los problemas conductuales en los niños están positivamente asociados con las prácticas parentales inefectivas y conflictos entre los padres.

2.3 Epilepsia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), las enfermedades crónicas, conocidas también como enfermedades no transmisibles, son enfermedades de larga duración y, por lo regular, de progresión lenta, que dependiendo de la enfermedad, inclusive, puede contemplar la posibilidad de una muerte precoz. Este tipo de enfermedades resultan de la interacción de factores genéticos, ambientales, fisiológicos y conductuales. La epilepsia cumple con las características de una enfermedad crónica.

2.3.1 Concepto

La definición más óptima sobre la epilepsia, la brinda una de las entidades de mayor autoridad en el campo de la salud mundial, la Organización Mundial de la Salud (2019). Esta institución define la epilepsia como una enfermedad crónica de tipo cerebral, caracterizada por crisis convulsivas recurrentes, a causa de descargas eléctricas excesivas de las neuronas, que conlleva una amplia variedad de manifestaciones clínicas, conforme con el tipo de crisis y su origen neurológico.

2.3.2 Clasificación

La Liga Internacional contra la Epilepsia (1989) consideraba la etiología de la epilepsia en idiopático (causas genéticas), sintomático (causa conocida secundaria a enfermedades cerebrales) y criptogénico (causas desconocidas). Sin embargo, años después, tras incorporar las discusiones científicas y nuevos avances, la Liga Internacional contra la Epilepsia (2017) propone que la epilepsia se puede clasificar según su etiología, en:

- Estructural: La causa probable de las crisis epilépticas del paciente corresponde a anomalías estructurales visibles a través de las técnicas de neuroimagen. Pueden ser adquiridas (por infecciones, traumatismos,

accidentes cerebrovasculares), genéticas (por malformaciones en el desarrollo cortical) o ambas.

- Genético: La epilepsia es producto de anomalías genéticas (mutaciones) en el individuo.
- Infecciosa: Es producto de una infección en la que las crisis son uno de los síntomas primordiales del trastorno.
- Metabólica: Surge como resultado directo de un trastorno metabólico, y las crisis representan uno de sus síntomas principales.
- Inmunitaria: Es el resultado directo de un trastorno inmunitario, y las crisis constituyen uno de sus síntomas principales.
- Desconocida: Se desconoce la causa de la epilepsia.

Asimismo, la Liga Internacional contra la Epilepsia (2017) propone que esta patología se puede clasificar según el tipo de crisis, en: de inicio focal, de inicio generalizado y de inicio desconocido. Conforme con el tipo de epilepsia, se categoriza en:

- Focales: Trastornos unifocales y multifocales, crisis que generan afectación en un solo hemisferio, puede haber o no pérdida de la conciencia.
- Generalizadas: Actividad punta-onda generalizada en las pruebas de electroencefalograma. Clínicamente, es frecuente la presencia de descargas interictales típicas, evidenciadas en el electroencefalograma. Dentro de las epilepsias generalizadas, se ubican varios tipos de crisis, como las crisis de ausencia, mioclónicas, atónicas, tónicas y tónico-clónicas.
- Combinadas generalizadas y focales: Esta categoría se emplea para los pacientes que presentan crisis generalizadas y focales.

- Desconocidas: El paciente claramente presenta epilepsia, pero no se logra determinar con precisión si es focal o generalizada, debido a información insuficiente.

En un primer nivel, el especialista debe reconocer el tipo de crisis y en un segundo nivel, el tipo de epilepsia. En un tercer nivel, se determina el síndrome epiléptico; no obstante, este tercer nivel no siempre es posible establecerlo, debido a las características del caso y el contexto. Para el diagnóstico de un síndrome de epilepsia, se tiene que tener información sumamente completa, clara y precisa del cuadro del paciente. En este se debe de reconocer los tipos de crisis; pruebas especializadas, como el electroencefalograma; diagnóstico por neuroimagen y otros datos de sintomatología persistente conforme con la edad, las remisiones, desencadenantes, variaciones e, incluso, la presencia de comorbilidades, como las disfunciones intelectuales y/o psiquiátricas. El grado de especificación sobre la epilepsia dependerá del acceso a las pruebas especializadas y los recursos al alcance del especialista.

2.3.3 Tratamiento

El tratamiento de la epilepsia ha evolucionado con el paso del tiempo. Actualmente, el tratamiento predilecto de los médicos es el farmacológico, como primera opción. Existen otras opciones de tratamiento por contemplar, dependiendo de la intensidad, frecuencia y malestar que se percibe por las crisis, como el quirúrgico y otras terapias alternativas más novedosas.

Como consecuencia del avance de las compañías farmacéuticas, el tratamiento farmacológico ofrece una oferta más amplia de opciones que en décadas anteriores. Asconapé (2010) sugiere que, al haber más opciones de medicamentos, el especialista idóneo debe considerar múltiples factores, adicionales al diagnóstico, para prescribir, como la eficacia relativa del fármaco, tolerancia, toxicidad, facilidad del uso (tanto del paciente como del médico),

condiciones comórbidas, el costo, la edad y el género. A su vez, tiene que prestar especial atención a la farmacocinética y farmacodinamia, así como a las interacciones medicamentosas.

Marcia Targas (2014) detalla los tratamientos farmacológicos existentes, que en la epilepsia son fármacos antiepilépticos, dirigidos a reducir la intensidad y frecuencia de las crisis. Ella aclara que, aunque no existe una pauta que funcione en todas las personas por igual, hay algunos indicadores para la elección del fármaco antiepiléptico ideal y refieren lo siguiente: "...utilizado para el control de las crisis epilépticas:

- Agente seguro
- Biodisponibilidad satisfactoria
- Absorción enteral lenta o existencia de formulación de liberación prolongada.
- Vida media larga para facilitar la adhesión terapéutica.
- Cinética linear.
- Escasa unión a proteínas plasmáticas.
- Ausencia de inducción e inhibición de enzimas.
- Ausencia de metabolitos activos y/o tóxicos.
- Excreción renal como fármaco inalterado". (p.49)

La seguridad del paciente y los efectos adversos son esenciales en el momento en que se elige la opción más óptima. Dichas autoras también mencionan que los medicamentos terapéuticos para la epilepsia se agrupan en tres generaciones:

- Primera generación (1857-1958): Bromuro de potasio, fenobarbital y moléculas derivadas de la estructura de barbitúricos (fenitoína, primidona, trimetadiona y etosuximida).

- Segunda generación (1960-1975): carbamacepina, valproato y los benzodiazepínicos.
- Tercera generación (1980-al presente): progabida, gabapentina, vigabatrina, tiagabina, lamotrigina y topiramato.

Se han colocado los más sobresalientes por cada generación, pero en el mercado farmacéutico se comercian una amplia variedad de fármacos anticonvulsivos. En cuanto a las otras opciones de tratamiento, de menor prevalencia en relación a la farmacoterapia, están los dispositivos implantados, dietas cetogénicas y la cirugía. Los dispositivos implantados obedecen a la neuromodulación y es una opción para aquellos que prefieren no someterse a la cirugía.

Pereira de Brito (2014) define de la siguiente forma las dietas cetogénicas: "...rica en grasas y escasa en carbohidratos y en proteínas..." (p. 207). Este tratamiento no farmacológico ha dado resultado en algunos tipos de epilepsia, pero no es el tratamiento de primera línea. Rossi, Santarnecchi, Valenza y Olivelli (2016) explican que la neuromodulación es una técnica mínimamente invasiva, en la que el dispositivo estimula una región cortical o no cortical en el cerebro, dependiendo del cuadro, y que ha dado excelentes resultados en varias patologías. En la epilepsia, la estimulación del nervio vago ha arrojado resultados positivos. Naturalmente, la cirugía es una de las alternativas menos comunes, puesto que los procedimientos quirúrgicos provocan mayor rechazo y temor en los pacientes.

Estos son recursos que se incorporan al tratamiento cuando el paciente no responde adecuadamente al tratamiento farmacológico. Delgado, Sawyer, Neilson, Sarri y Cross (2012) recomiendan que en los niños y personas jóvenes con epilepsia, se consideren tratamientos alternativos, como la dieta cetogénica, solo en aquellos casos en donde las crisis del paciente no respondan como es debido al medicamento anticonvulsivo. La neuromodulación y los procedimientos quirúrgicos se reservan para casos severos.

2.3.4 Epilepsia y alteraciones psicoemocionales

Típicamente, los casos de epilepsia se circunscriben, en primera línea, al ámbito médico para el diagnóstico y tratamiento. No obstante, en muchas ocasiones no se presta la debida atención a las variables psicoemocionales que se asocian a la enfermedad y su respectivo diagnóstico. Todo diagnóstico de una enfermedad crónica supone un ajuste y adaptación, que como cualquier cambio, puede generar alteraciones en el área emocional de los sujetos.

Al respecto, Devinsky y Vazquez (1993) se encargaron de estudiar los cambios comportamentales asociados con la epilepsia. En sus resultados, denotan que la depresión es un problema usual en los pacientes epilépticos; así mismo, se encontraron otros indicadores emocionales relevantes, como la ansiedad, impotencia e, incluso, ataques de pánico en los individuos.

Schraegle y Titus (2017) investigaron más a fondo las alteraciones psicoemocionales y la epilepsia en niños y adolescentes. Ellos se interesaron en estudiar si existe una relación entre el tipo de epilepsia según su foco convulsivo con la depresión, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud. Sus resultados revelan que los niños y adolescentes con epilepsia del lóbulo temporal exhibían tasas más altas de depresión con respecto a los que tenían epilepsia del lóbulo frontal. Esto evidencia que el riesgo de desarrollar depresión es clínicamente más significativo para las epilepsias cuyo foco se ubica en el lóbulo temporal, por lo que la salud mental en niños y adolescentes con epilepsia es un tema que requiere atención especial para incrementar su calidad de vida.

La epilepsia es una enfermedad crónica que impacta tanto al paciente como a su familia. Las investigaciones muestran perturbaciones emocionales, como la sintomatología ansiosa y depresiva, conductuales y problemas relacionados con el dormir. Larson *et al.* (2012) apuntan que la epilepsia pediátrica afecta los patrones de sueño y conductas al dormir, del paciente y sus padres.

Kotwas, McGonigal, Bastien-Toniazzo, Bartolomei y Micoulaud-Franchi (2017) enfatizan que la prevalencia de perturbaciones psicológicas, particularmente los trastornos depresivos y de ansiedad son más frecuentes en la epilepsia que en otras enfermedades crónicas, lo que afecta más su calidad de vida. Igualmente, subrayan que el tratamiento de la epilepsia debe ser tanto farmacológico como no farmacológico. Esta última vía de tratamiento incluye la atención psicológica.

Por su parte, Dunn (2019) considera que los neurólogos pediatras juegan un papel importante en el tratamiento integral de la epilepsia, ya que deben lograr reconocer, oportunamente, cuándo apoyarse de los psicólogos y psiquiatras, puesto que la epilepsia en la niñez suele vincularse con alteraciones y trastornos psicológicos, como ansiedad, depresión, entre otros.

Que la salud física y la mental están interrelacionadas, es una realidad innegable. La epilepsia ha sido una enfermedad muy estigmatizada socialmente y de la que la población, en general, maneja información muy superficial. Los servicios de salud priorizan la salud física y dejan de lado la salud mental del paciente, cuando el enfoque debe ser dual, para obtener mejor adherencia al tratamiento y mejorías más consistentes en sintomatología y calidad de vida.

Recientemente, la Liga Internacional contra la Epilepsia y varios investigadores se han interesado en la salud mental y calidad de vida de los pacientes pediátricos, adolescentes y adultos con epilepsia. Michaelis *et al.* (2018) señalan que las intervenciones psicológicas deben ser parte del manejo integral del paciente con epilepsia, ya que incrementa la adherencia al tratamiento y disminuye la ocurrencia de síntomas ansiosos y depresivos.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación utilizado en este trabajo, obedece a un enfoque mixto, porque se recolectará información cualitativa y cuantitativa sobre las variables que se han de estudiar, las cuales corresponden a las alteraciones psicoemocionales presentes en pacientes pediátricos con epilepsia de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. Según su alcance es descriptivo. Hernández, Fernández y Baptista (2010) manifiestan que los estudios descriptivos se encargan de describir, especificar y detallar, hasta donde sea posible, las características importantes del objeto o asunto sometido a análisis. En este caso, se busca especificar las características comunes y los aspectos más relevantes sobre las alteraciones psicoemocionales que presenten los individuos con epilepsia.

Es importante señalar que el diseño de la investigación es no experimental transversal. Se considera no experimental, porque no se han manipulado intencionalmente las variables en ambientes controlados. Al respecto, Hernández *et al.* (2010) especifican: “la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p. 149). Es transeccional o transversal, ya que se estudia el fenómeno en el momento actual, y el objetivo es abarcar la información pertinente correspondiente al tiempo preciso en que se ejecuta la investigación; no se examinan los cambios a través del tiempo.

3.2 Universo de estudio y muestra

El universo de estudio de este trabajo investigativo corresponde a los pacientes pediátricos del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, diagnosticados con epilepsia que acuden al servicio de psicología de esta institución.

Debido a la carencia de la publicación de reportes estadísticos anuales y/o mensuales sobre la cantidad de pacientes con diagnóstico de epilepsia que asisten al servicio de psicología del hospital, es complejo brindar una cifra numérica exacta del universo de estudio.

Al no disponer con exactitud de una cifra y por las características de la investigación, el cálculo de la muestra no se realiza por fórmula estadística. El método de muestreo seleccionado es no probabilístico, por conveniencia. En este tipo de muestreo, los sujetos son seleccionados por su proximidad y accesibilidad al investigador, razón por la cual resulta conveniente aplicarlo. El muestreo no probabilístico por conveniencia permite al investigador realizar su estudio de casos conforme a su aparición; es decir, que el investigador trabajará con aquellos casos que sean referidos por neuropediatría y que cumplan con los criterios durante el período en que se encuentre recolectando la información en la institución.

Además, se han establecido criterios de inclusión y exclusión, que posibiliten la selección de los sujetos de muestra más adecuados, por sus características para la investigación. Vale decir que la inclusión de los casos ocurridos durante el período de la investigación, puede reflejar, probablemente, las características de los casos que ocurran durante todo el año; porque no existen factores que alteren la incidencia de los casos a través del tiempo. Durante el desarrollo de este estudio, se ha trabajado con un total de diez (10) pacientes, en un rango de edad de ocho a 11 años, ocho de sexo masculino y dos de sexo femenino.

3.2.1 Criterios de inclusión

Se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

- Ser paciente del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía.
- Tener entre ocho y 11 años de edad.

- Referencia al servicio de consulta externa de Psicología del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía.
- Tener diagnóstico por neuropediatría de epilepsia.
- Aceptación del paciente y de su tutor legal para participar en la investigación.

3.2.2 Criterios de exclusión

Se han establecido los siguientes criterios de exclusión:

- Discapacidad física y/o mental del paciente para responder a las pruebas utilizadas en la investigación.
- Ser menor de ocho años de edad y mayor de 11 años de edad.
- Ausencia de referencia al servicio de consulta externa de Psicología del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía.
- Ausencia de diagnóstico clínico por neuropediatría de epilepsia.

3.3 Variables

3.3.1 Definiciones conceptuales y operacionales

- Sistema de variables

Antes de explicar en detalle las definiciones conceptuales y operacionales de las variables, se recalca el hecho de que las variables de este estudio son: tipos de epilepsia y alteraciones psicoemocionales.

- Tipo de epilepsia

La Organización Mundial de la Salud (2019) refiere que la epilepsia es una enfermedad crónica de tipo cerebral, que se caracteriza por crisis convulsivas recurrentes, a causa de descargas eléctricas excesivas de las neuronas, que

conlleva una amplia variedad de manifestaciones clínicas conforme con el tipo de crisis y su origen neurológico.

Operacionalmente, esta información será indicada mediante:

Diagnóstico médico establecido en el registro médico y que será facilitado por el padre/madre del menor durante la entrevista. Es necesario especificar que el diagnóstico de epilepsia es determinado por neuropediatría y que la Liga Internacional contra la Epilepsia (2017) clasifica el nivel de tipo de epilepsia en:

- Epilepsia generalizada.
 - Epilepsia focal.
 - Epilepsia combinada generalizada y focal.
 - Desconocida.
-
- Referencia al servicio de psicología del Departamento de Salud Mental del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, debido a que los casos por tratar deben haber sido referidos al servicio de psicología, por el médico tratante.
-
- Alteraciones psicoemocionales

En esta investigación, se conceptualizan las alteraciones psicoemocionales, como la aparición de emociones percibidas con malestar intenso, que interfiere significativamente en el óptimo desempeño del individuo, ya sea en el ámbito social, escolar, conductual, cognitivo, físico y emocional. Dichas alteraciones deben tener cierta frecuencia en el tiempo y no ser de carácter breve o transitorio.

Las dimensiones de la variable “alteraciones psicoemocionales” por estudiar corresponden a ansiedad, depresión, nivel de autoestima, perturbaciones emocionales inconscientes y conductuales. Para facilitar la comprensión del tratamiento de la variable “alteraciones psicoemocionales”, sus dimensiones fueron organizadas en dos grandes grupos: cuantitativas y cualitativas, con base

en la naturaleza de los datos que generan los instrumentos de recolección de datos.

Las dimensiones agrupadas como cuantitativas incluyen la información psicométrica derivada de los test psicológicos estandarizados; es decir, que poseen objetividad, validez y confiabilidad. Mientras tanto, las cualitativas se utilizan para la información no estandarizada y subjetiva, que requiere de la observación, análisis, interpretación y juicio clínico del profesional de la salud mental.

Para brindar mayor detalle, las dimensiones de la variable se definen operacionalmente de la siguiente forma:

- Cuantitativas:
 - Ansiedad:
 - Ansiedad estado:
 - Alto: 80-99 puntos.
 - Promedio alto: 75-55 puntos.
 - Promedio: 50 puntos.
 - Promedio bajo: 45-25 puntos.
 - Bajo: 20-1 puntos.
 - Ansiedad rasgo
 - Alto: 80-99 puntos.
 - Promedio alto: 75-55 puntos.
 - Promedio: 50 puntos.
 - Promedio bajo: 45-25 puntos.
 - Bajo: 20-1 puntos.
 - Depresión:
 - Total depresivo:
 - Respuesta afectiva (RA).

- Problemas sociales (PS).
- Autoestima (AE).
- Preocupación por la muerte/salud (PM).
- Sentimiento de culpabilidad (SC).
- Depresivos varios (DV).

- Total positivo:
 - Ánimo-alegría (AA).
 - Positivos varios (PV).

Tanto el total depresivo como el total positivo, junto a sus respectivas subcategorías, operan de la siguiente manera:

- Alto: 80-99 puntos.
- Promedio alto: 75-55 puntos.
- Promedio: 50 puntos.
- Promedio bajo: 45-25 puntos.
- Bajo: 20-1 puntos.

- Nivel de autoestima:
 - Muy alta autoestima: 87-100 puntos.
 - Autoestima alta: 73-86 puntos.
 - Autoestima normal: 59-72 puntos.
 - Baja autoestima: 45-58 puntos.
 - Muy baja autoestima: 0-44 puntos.

- Cualitativas:
 - Perturbaciones emocionales inconscientes:
 - Tema principal.
 - Héroe principal.
 - Principales necesidades e impulsos del héroe.

- Concepción del ambiente (del mundo).
- Figuras vistas como.
- Conflictos significativos.
- Naturaleza de las ansiedades.
- Principales defensas contra los conflictos y temores.
- Adecuación del Superyo.
- Integración del Yo.

- Calidad de vida:
 - Funcionamiento físico.
 - Funcionamiento emocional.
 - Funcionamiento social.
 - Funcionamiento escolar.

El cuestionario utilizado para esta variable opera de la siguiente forma:

- 0 (nunca es un problema).
- 1 (casi nunca es un problema).
- 2 (algunas veces es un problema).
- 3 (con frecuencia es un problema).
- 4 (casi siempre es un problema).

- Conductuales:
 - Observaciones conductuales verbales y no verbales, registradas durante el desarrollo de las sesiones.

A continuación, se presenta un cuadro que resume las variables de la investigación, sus dimensiones y los indicadores.

Cuadro No. 1. Mapa de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores
Tipo de epilepsia	Epilepsia generalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico médico • Referencia al servicio de psicología del Departamento de Salud Mental del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía
	Epilepsia focal	
	Epilepsia combinada generalizada y focal	
	Desconocida	
Alteraciones psicoemocionales	Ansiedad	<p>Ansiedad Estado: Sus indicadores psicométricos operan de la siguiente forma: Alto: 80-99 puntos Promedio alto: 75-55 puntos Promedio: 50 puntos Promedio bajo: 45-25 puntos Bajo: 20-1 puntos</p>
		<p>Ansiedad Rasgo: Sus indicadores psicométricos operan de la siguiente forma: Alto: 80-99 puntos Promedio alto: 75-55 puntos Promedio: 50 puntos Promedio bajo: 45-25 puntos Bajo: 20-1 puntos</p>
Alteraciones psicoemocionales	Depresión	<p>Total depresivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta afectiva (RA) • Problemas sociales (PS) • Autoestima (AE) • Preocupación por la muerte/salud (PM) • Sentimiento de culpabilidad (SC) • Depresivos varios (DV) <p>Sus indicadores psicométricos operan de la siguiente manera: Alto: 80-99 puntos Promedio alto: 75-55 puntos Promedio: 50 puntos Promedio bajo: 45-25 puntos Bajo: 20-1 puntos</p>
		Total positivo:

		<ul style="list-style-type: none"> • Ánimo-alegría (AA) • Positivos varios (PV) <p>Sus indicadores psicométricos operan de la siguiente manera: Alto: 80-99 puntos Promedio alto: 75-55 puntos Promedio: 50 puntos Promedio bajo: 45-25 puntos Bajo: 20-1 puntos</p>
	Nivel de Autoestima	Muy alta autoestima (indicador psicométrico: 87-100 puntos) Autoestima alta (indicador psicométrico: 73-86 puntos) Autoestima normal (indicador psicométrico: 59-72 puntos) Baja autoestima (indicador psicométrico: 45-58 puntos) Muy baja autoestima (indicador psicométrico: 0-44 puntos)
	Perturbaciones emocionales inconscientes	Tema principal Héroe principal Principales necesidades e impulsos del héroe Concepción del ambiente (del mundo) Figuras vistas como Conflictos significativos Naturaleza de las ansiedades Principales defensas contra los conflictos y temores Adecuación del Superyo Integración del Yo
	Calidad de vida	Funcionamiento físico Sus indicadores operan de la siguiente manera: 0 (nunca es un problema). 1(casi nunca es un problema). 2 (algunas veces es un problema). 3 (con frecuencia es un problema) 4 (casi siempre es un problema). <hr/> Funcionamiento emocional Sus indicadores operan de la siguiente manera: 0 (nunca es un problema). 1(casi nunca es un problema).

		<p>2 (algunas veces es un problema). 3 (con frecuencia es un problema) 4 (casi siempre es un problema).</p> <hr/> <p>Funcionamiento social Sus indicadores operan de la siguiente manera: 0 (nunca es un problema). 1(casi nunca es un problema). 2 (algunas veces es un problema). 3 (con frecuencia es un problema) 4 (casi siempre es un problema).</p> <hr/> <p>Funcionamiento escolar Sus indicadores operan de la siguiente manera: 0 (nunca es un problema). 1(casi nunca es un problema). 2 (algunas veces es un problema). 3 (con frecuencia es un problema) 4 (casi siempre es un problema).</p>
	Conductuales	<p>Comportamiento verbal durante las sesiones</p> <hr/> <p>Comportamiento no verbal durante las sesiones</p>

Fuente: Elaboración propia con base en los objetivos de la investigación y los instrumentos seleccionados para recolectar los datos, 2020.

3.4 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

La recolección de la información se ajusta al procedimiento de aplicación de instrumentos psicológicos al paciente y a sus padres. Se aplicarán los siguientes instrumentos a los padres:

- Entrevista clínica semi estructurada: es una entrevista conformada por una lista de preguntas o tópicos, cuyo enfoque y profundidad pueden variar, dependiendo de la información suministrada. Permite conocer los antecedentes personales y familiares, hábitos, conductas, estilo de disciplina, datos del neurodesarrollo y diversos hitos del desarrollo en sus

diversas áreas: lenguaje, físicas, sociales, emocionales y cognitivas del paciente y aspectos claves del medio social en que se desenvuelve.

- Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4-informe de los padres: es una escala que se aplica a los padres de los niños con enfermedad crónica. La escala está compuesta por 23 ítems, distribuidos en cuatro áreas: funcionamiento físico (ocho ítems), funcionamiento emocional (cinco ítems), funcionamiento social (cinco ítems) y funcionamiento escolar (cinco ítems). Esta escala permite la medición de la percepción de los padres sobre las diversas áreas de funcionamiento de su hijo, en este caso, con epilepsia. Inicialmente la prueba se utilizaba para pacientes pediátricos con cáncer en Estados Unidos (Varni, Katz, Seid, Quiggins y Friedman-Bender, 1998), pero actualmente ha sido validada para diversas enfermedades crónicas.

A los pacientes pediátricos se les aplicarán los siguientes instrumentos:

- Entrevista clínica semi estructurada: Además de lo explicado en el punto anterior, la entrevista semi estructurada permite realizar observación directa sobre las conductas, lenguaje, manejo de emociones, tolerancia a la frustración, preocupaciones e inquietudes del niño.
- Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC): Se trabaja la cuarta edición diseñada por Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek (2009), que es una extensión de La prueba para adultos STAI. Spielberger *et al.* (2009) especifican que la prueba mide el factor de la ansiedad en sus dos modalidades: estado, es decir, de carácter transitorio y rasgo, de carácter permanente en la personalidad del individuo.

- Cuestionario de Depresión para Niños (CDS): Se emplea la séptima edición del test diseñado por Lang y Tisher (2003), que permite la evaluación global y específica de la depresión en niños.
- Escala de Autoestima del Dr. Cardoze: Se trata de una escala auto-evaluativa diseñada por el psiquiatra Denisse Cardoze, que permite detectar problemas de autoestima a través de 14 ítems.
- Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4: Esta es una escala que se aplica a los niños con enfermedad crónica. La escala está compuesta por 23 ítems, distribuidos en cuatro áreas: funcionamiento físico (ocho ítems), funcionamiento emocional (cinco ítems), funcionamiento social (cinco ítems) y funcionamiento escolar (cinco ítems), permitiendo la percepción de los niños sobre las diversas áreas de funcionamiento.
- Test de Apercepción Infantil con figuras de animales (CAT-A): Prueba psicológica cualitativa de carácter proyectivo, diseñada por Bellak y Sorel Bellak (2007), la cual permite explorar la relación de un niño con sus figuras más importantes, lo que posibilita conocer aspectos diversos, como actitud frente a los padres, rivalidad fraternal, problemas de alimentación, miedos, autoimagen, entre otros.

Es importante señalar que estos instrumentos, en su totalidad, se logran aplicar aproximadamente entre cuatro a cinco sesiones de una hora por paciente.

3.5 Procedimiento

Las fases requeridas para el desarrollo de esta investigación, son las siguientes:

- Primera fase: Viabilidad de la investigación

En esta fase, se realizó la delimitación del tema que se investigará y los principales aspectos claves para la consecución de la investigación. Posteriormente, se estipularon las variables con las que se trabajó en el desarrollo de la investigación. Seguidamente, se delimitaron aspectos como el espacio físico y temporal de la investigación.

- Segunda fase: Búsqueda de antecedentes y planteamiento del problema

La búsqueda de antecedentes consistió en la revisión minuciosa de la literatura relacionada con el tema, que funciona como sustento teórico de la investigación. También, en esta fase se realizó el planteamiento del problema de investigación, a la vez que se procedió a realizar la justificación, es decir, que se expusieron las razones por las cuales se investiga la problemática, su utilidad y los posibles aportes que conlleva la culminación del estudio a la sociedad.

- Tercera fase: Redacción de objetivos y de hipótesis

Los objetivos generales y específicos representan la guía en el desarrollo de la investigación, por lo que uno de los pasos cruciales fue la redacción de los objetivos, en forma realista, alcanzable y clara. Además, se plantearon las hipótesis de investigación que representan los supuestos que, según el autor, explican el comportamiento de un fenómeno observado. En este caso, se planteó la hipótesis de investigación y la hipótesis nula.

- Cuarta fase: Construcción del marco teórico

La construcción del marco teórico requirió de una búsqueda detallada de referencias bibliográficas, de carácter objetivo y científico, relacionada con el tema del estudio investigativo.

- Quinta fase: Pauta de la metodología

En la quinta fase, se especificó la pauta metodológica de la investigación, para su respectivo desarrollo, incluyendo la búsqueda de información, la escogencia de técnicas y de instrumentos de recolección de datos, conformes con el tipo de

estudio y al diseño de la investigación. Es importante señalar que uno de los instrumentos, el Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4-informe de padres y niños, requirió autorización del autor. Esta fue facilitada por Mapi Research Trust, localizado en Lyon, Francia y por el investigador y autor del instrumento utilizado James W. Varni, PhD. (contacto vía e-mail).

- Sexta fase: Seguimiento de las pautas bioéticas del país

Detalladamente se respetaron todos los procesos de la conducta bioética de Panamá que requirió de la aprobación del anteproyecto de tesis por parte de la Universidad Especializada de Las Américas y la elaboración del protocolo de investigación conforme a la estructura planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dicho protocolo fue debidamente presentado tanto al Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, como a la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud de Panamá y al Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Santander. Cada una de estas instituciones, en el orden señalado, revisaron y aprobaron el documento.

Todo esto se realizó para el beneficio de los participantes de la muestra y para el mantenimiento del rigor científico bajo los estándares nacionales e internacionales, según las estrictas regulaciones bioéticas de la investigación, establecidas mediante la Ley 84 de 14 de mayo de 2019, aprobada para todo el territorio de la República de Panamá. Se enfatiza que no se procedió con el desarrollo de la investigación ni la recolección de datos, hasta que se obtuvo la autorización del Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Santander, quien era el organismo encargado de emitir la autorización final.

- Séptima fase: Recolección de datos

En la séptima fase, se ejecutó la recolección de datos en el campo de estudio, mediante la aplicación de los instrumentos seleccionados. Luego, se tabularon los

resultados generados y se detalló, analíticamente, los resultados significativos de la investigación.

A continuación, se explica el procedimiento de análisis de datos que ameritan los instrumentos:

- Psicométrica: Corresponde al Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y Escala de Autoestima del Dr. Cardoze. Para dichas pruebas se procede de forma general a:
 - Calcular la edad cronológica del paciente: se determina mediante la resta aritmética de la fecha de aplicación del test, menos la fecha de nacimiento del paciente. Este paso es fundamental para analizar las respuestas, en comparación con el grupo normativo de edad adecuado para su desarrollo cronológico.
 - Establecer las puntuaciones directas y sus totales: se calcula mediante la suma aritmética de la puntuación directa de cada ítem, conforme con lo obtenido, para establecer una puntuación directa total por área de la prueba y una puntuación directa total general. Se entiende que una puntuación directa es un puntaje en bruto; es decir que, es el obtenido de la suma de los ítems.
 - Transformar las puntuaciones directas en puntuaciones estándares: este proceso consiste en convertir la puntuación directa correspondiente, mediante el uso del baremo de calificación estandarizado, brindado en el manual respectivo de cada prueba psicológica, según el grupo de edad, por lo que las implicaciones estadísticas de esta conversión ya fueron realizadas por el autor del test psicométrico. La puntuación estándar es muy importante, debido a que es un valor comparable con la media de respuestas de sujetos

- con condiciones y edades similares; es decir, que es representativa para ese grupo normativo.
- Con base en la puntuación estándar, se analizan las fortalezas y debilidades del perfil del paciente, conforme con lo que mida el test. En la operacionalización de las variables, se especifican cuáles son los indicadores de cada test. Reconocer la puntuación, su significado y su interpretación es fundamental para construir el perfil del paciente. Sus puntuaciones más altas representan las fortalezas; mientras que sus puntuaciones categorizadas como bajas o muy bajas, son las debilidades, porque se encuentran por debajo de lo esperado para su edad cronológica e indican alteración. En esta investigación, los instrumentos identifican y proveen información sobre las alteraciones psicoemocionales y sus manifestaciones.
 - Cualitativa: Dentro de esta categoría se ubican: la entrevista clínica semi-estructurada, el Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4, las observaciones conductuales y el Test de Apercepción Infantil con figuras de animales (CAT-A). Los datos encontrados en estos instrumentos fueron analizados meticulosamente, con la finalidad de encontrar características psicoemocionales comunes y diferenciales sobre los sujetos de estudio. La información que se analizó y estructuró es presentada, principalmente, de forma narrativa. También se organizó en cuadros descriptivos y la codificación de unidades de análisis. A diferencia de los instrumentos psicométricos, estos no cuentan con baremos estandarizados para su interpretación, por lo que se requiere de análisis, observación y juicio clínico.

En el caso del Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4 debido a que las formas de respuesta están precodificadas: 0 (nunca es un problema), 1 (casi nunca es un problema), 2 (algunas veces es un problema), 3 (con frecuencia es un problema) y 4 (casi siempre es un

problema), se procede a calcular el funcionamiento por área, según lo descrito por su autor, el doctor James W. Varni.

Para el cálculo de la medida de funcionamiento por área, se realiza la transformación lineal de los ítems a una escala de 0-100 (0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0). Las puntuaciones más altas son las que indican mejor funcionamiento. El cálculo de las puntuaciones de las dimensiones se realiza dividiendo la suma de las puntuaciones de los ítems correspondientes a la sección, entre el número de ítems respondidos por cada área de funcionamiento. Este método ayuda a visualizar mejor las fortalezas y deficiencias presentes. Las puntuaciones fueron analizadas de manera cualitativa, estableciendo las dimensiones de mejor funcionamiento y las más afectadas. Se comprende que las áreas más alteradas son las que tuvieron puntajes más bajos; sin embargo, es gracias al proceso de examinar las unidades de análisis, que se puede describir y comprender más ampliamente el área afectada.

Otros recursos, adicionales a los mencionados, que se utilizaron para el análisis estadístico y que ayudan a la organización, visualización y comprensión de los resultados, son los cuadros estadísticos, gráficas y distribución de frecuencias.

La información explicada indica cómo es la calificación, interpretación y análisis de los instrumentos de naturaleza psicométrica y cualitativa. Además, se puntualiza que el programa de análisis de los datos seleccionado es el Microsoft Excel. Este programa cuenta con múltiples herramientas que facilitan los cálculos matemáticos y estadísticos, así como con la capacidad para elaborar tablas y gráficas necesarias en la organización de los resultados de la investigación.

- Octava fase: Elaboración de conclusiones y recomendaciones

En esta fase, a partir del análisis de los resultados obtenidos, se elaboraron las conclusiones y se plantearon recomendaciones que posibiliten el desarrollo de una propuesta conforme con las necesidades y falencias detectadas en el estudio.

- Novena fase: Elaboración de propuesta de intervención

En función del trabajo a lo largo de la investigación y el análisis de los resultados, se diseña, de forma específica y detallada, una propuesta de intervención, que brinde ayuda profesional y directa a las alteraciones psicoemocionales de los pacientes pediátricos, evidenciadas en el estudio.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A lo largo de este capítulo, se presentan y analizan los resultados obtenidos; primero se presentan los datos generales, luego los resultados psicométricos y, finalmente, los resultados cualitativos de la investigación.

4.1 Datos generales

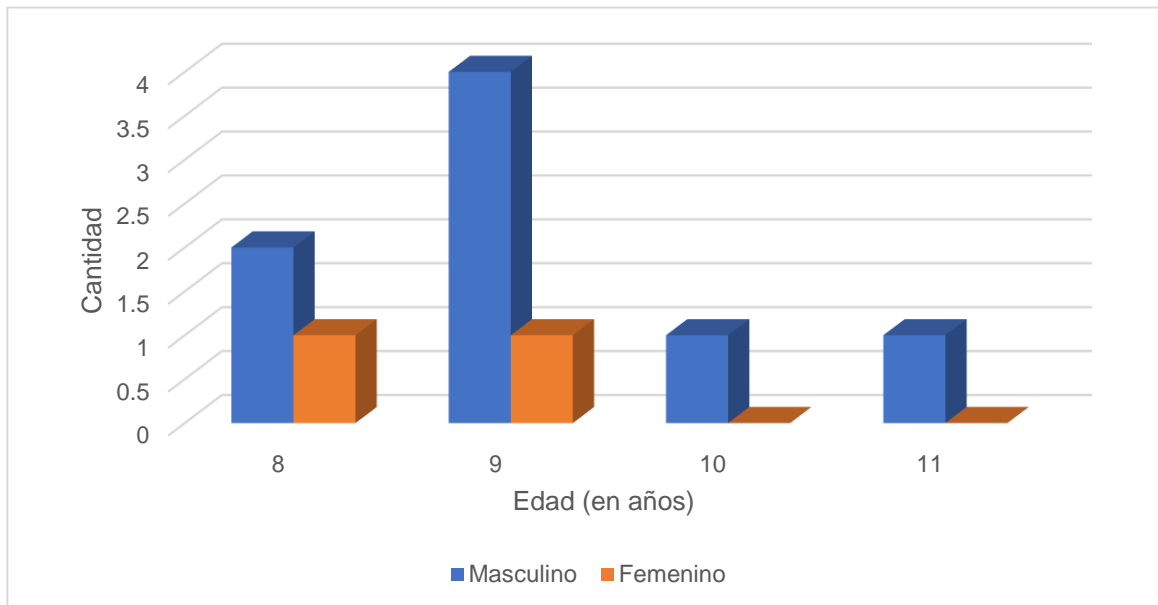
A continuación, se exponen los datos generales más relevantes, para comprender la información psicométrica y cualitativa posteriormente expuesta.

Cuadro No. 2. Sexo y edad de los pacientes

Sexo	Total	Edad (en años)			
		8	9	10	11
Total	10	3	5	1	1
Masculino	8	2	4	1	1
Femenino	2	1	1	0	0

Fuente: Elaborado a partir de la entrevista clínica, 2020.

Gráfica No. 1. Sexo y edad de los pacientes



Fuente: Elaborado a partir de la entrevista clínica, 2020.

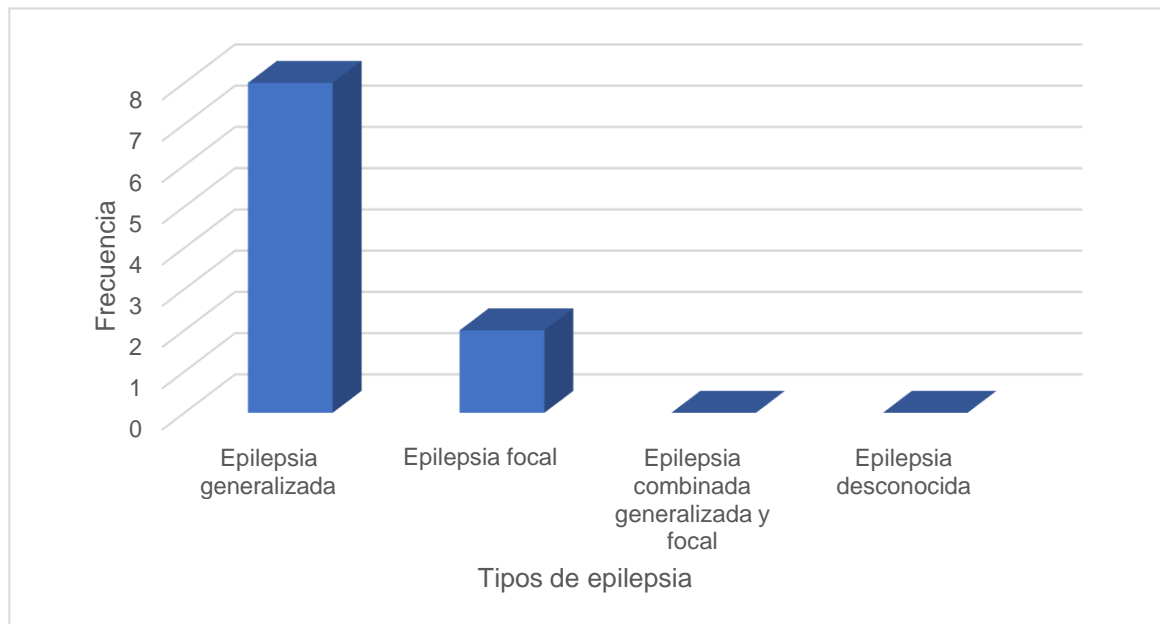
En la gráfica, se observa la distribución por edad y sexo de los pacientes. Este trabajo investigativo fue realizado con una muestra total de 10 participantes, ocho de sexo masculino y dos de sexo femenino, en un rango de edad de ocho a 11 años. El 50% de los participantes se ubica en los nueve años de edad; el 30%, en los ocho años; 10%, en los 10 años y el otro 10% restante en los 11 años.

Cuadro No. 3. Tipos de epilepsia

Tipos de epilepsia	Frecuencia
Total	10
Epilepsia generalizada	8
Epilepsia focal	2
Epilepsia combinada generalizada y focal	0
Epilepsia desconocida	0

Fuente: Elaborado a partir de la entrevista clínica, 2020.

Gráfico No. 2. Tipos de epilepsia



Fuente: Elaborado a partir de la entrevista clínica, 2020.

Como se puede apreciar en la gráfica, el 80% de los casos corresponden a epilepsia generalizada y el 20% restante, a epilepsia focal. Este diagnóstico fue establecido por neuropediatría, fue facilitado por los padres y confirmado con el historial del paciente. Igualmente, es necesario resaltar que, aproximadamente, el

50% de los pacientes tiene antecedentes familiares de epilepsia, lo que refuerza el hecho de la predisposición genética para el desarrollo de esta patología.

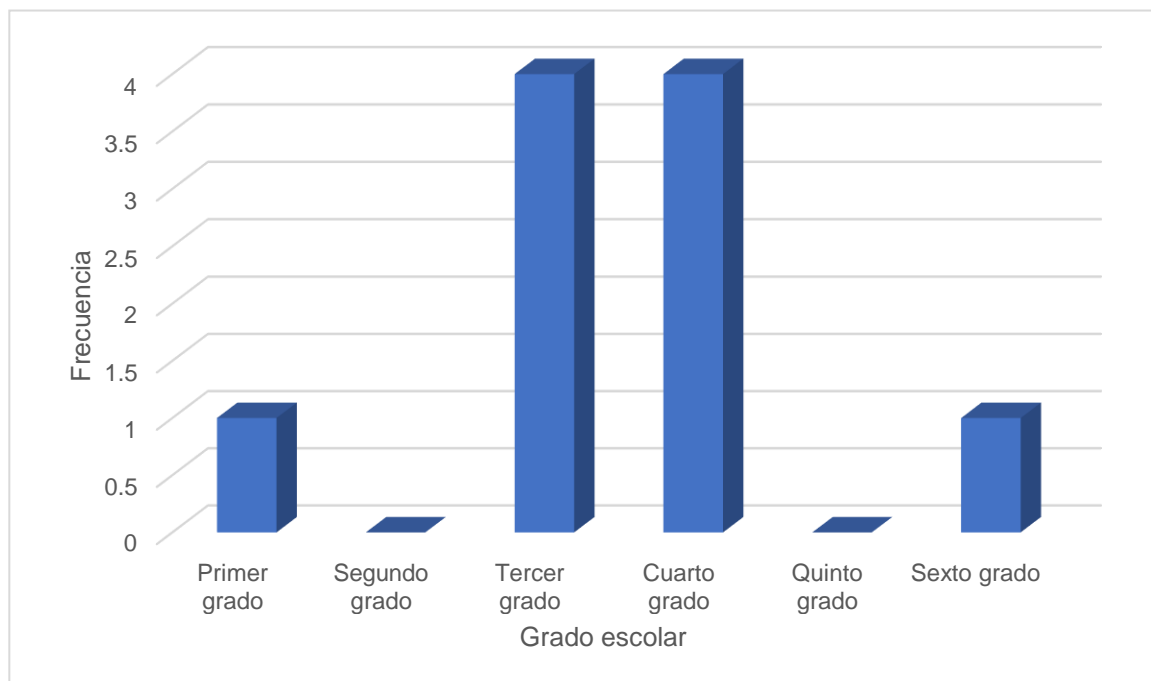
Médicamente, es crucial establecer el tipo de epilepsia, para iniciar el tratamiento farmacológico más indicado. Psicológicamente, conocer el tipo de crisis y las características del cuadro, puede ayudar a contextualizar el nivel de impacto psicoemocional para el paciente y su familia.

Cuadro No. 4. Nivel de escolaridad

Grado escolar	Frecuencia
Total	10
Primer grado	1
Segundo grado	0
Tercer grado	4
Cuarto grado	4
Quinto grado	0
Sexto grado	1

Fuente: Elaborado a partir de la entrevista clínica, 2020.

Gráfica No. 3. Nivel de escolaridad



Fuente: Elaborado a partir de la entrevista clínica, 2020.

En la gráfica, se aprecia la frecuencia correspondiente al nivel de escolaridad de los pacientes: Un 40% cursa actualmente el tercer grado, otro 40%, el cuarto grado, mientras que un 10%, el primer y sexto grado, respectivamente. Es necesario destacar que la mayoría de estos pacientes presentan dificultades para la lectoescritura, evidenciadas durante las sesiones y referenciada por los padres en la entrevista clínica. Además, dos de estos pacientes tuvieron que repetir grado escolar: uno, el primer grado y otro, el segundo grado, debido a las deficiencias en sus calificaciones. Estos pacientes que repitieron grado manifestaron problemas para leer y escribir no acordes con su edad cronológica, por lo que se encuentran en estudio por sospecha de trastorno de aprendizaje.

4.1.2 Resultados psicométricos

Los resultados psicométricos incluyen los datos obtenidos, mediante instrumentos que tienen objetividad, validez y confiabilidad. Se analizan desde el punto de vista psicométrico e interpretativo, conforme con los indicadores de cada prueba.

4.1.2.1 Ansiedad:

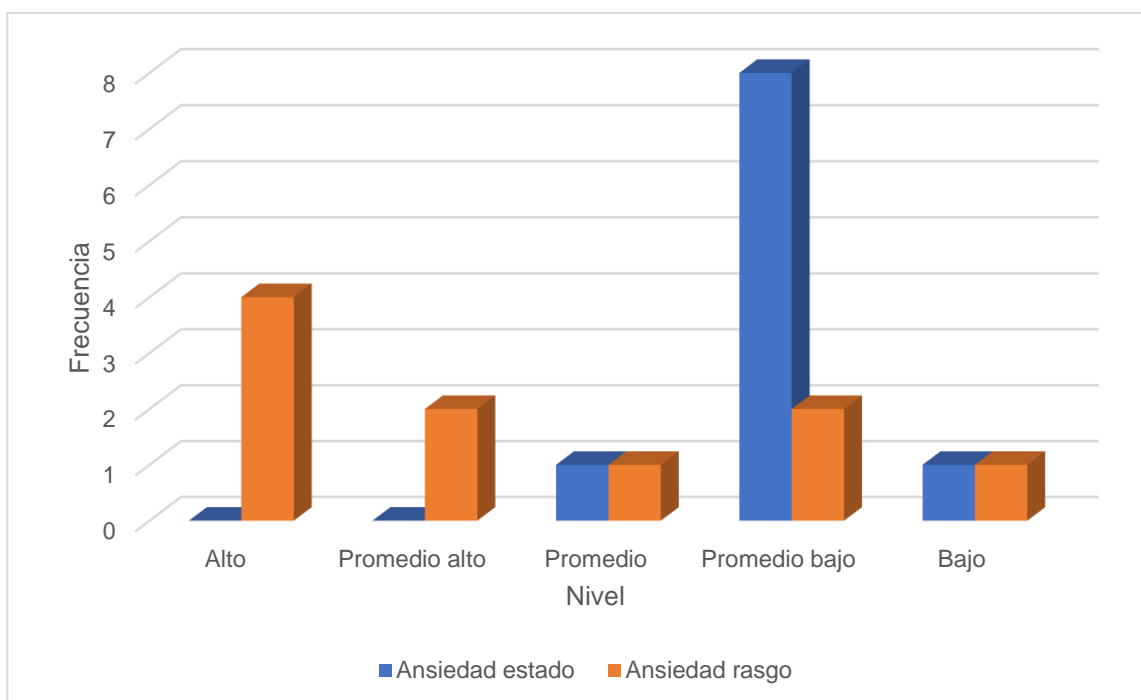
La ansiedad fue evaluada mediante el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC).

Cuadro No. 5. Niveles de ansiedad estado-rasgo

Nivel	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo
Alto	0	4
Promedio alto	0	2
Promedio	1	1
Promedio bajo	8	2
Bajo	1	1

Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), 2020.

Gráfica No. 4. Niveles de ansiedad estado-rasgo



Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), 2020.

El Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC) permite evaluar la ansiedad como estado y rasgo. La ansiedad estado se refiere a un estado transitorio y corto en tiempo, usualmente una reacción ante un estímulo. Por su parte, la ansiedad rasgo comprende un patrón de respuestas cronificadas en el individuo; por lo tanto, las reacciones ansiosas son parte de su personalidad.

En la dimensión de ansiedad estado, el 80% de los pacientes puntuaron promedio bajo, el resto se ubicó en promedio y bajo. Esto sugiere que los pacientes, en el momento de la evaluación, no se encontraban en cuadro activo de ansiedad temporal y transitoria.

Sin embargo, en la dimensión de ansiedad rasgo, las puntuaciones no estaban tan concentradas: un 40% mantiene niveles altos; un 20% se encuentra en promedio alto; un 10% está en nivel promedio; un 20%, promedio bajo y un 10%,

nivel bajo. Se entiende, entonces, que estos pacientes presentan una ligera tendencia a manifestar la ansiedad como un rasgo estable de su personalidad. Los ítems comunes en casi todos los pacientes estuvieron relacionados con indecisión y mucha preocupación por lo que pueda ocurrir y acerca de los errores que puedan cometer. Esto indica que los pacientes con epilepsia enfrentan mayor incertidumbre en el diario vivir, posiblemente por la impredecibilidad de las crisis, lo que les genera sintomatología ansiosa. Dicha tendencia ansiosa se asienta como una forma de procesamiento y de respuesta relativamente estable en la personalidad del sujeto.

4.1.2.2 Depresión

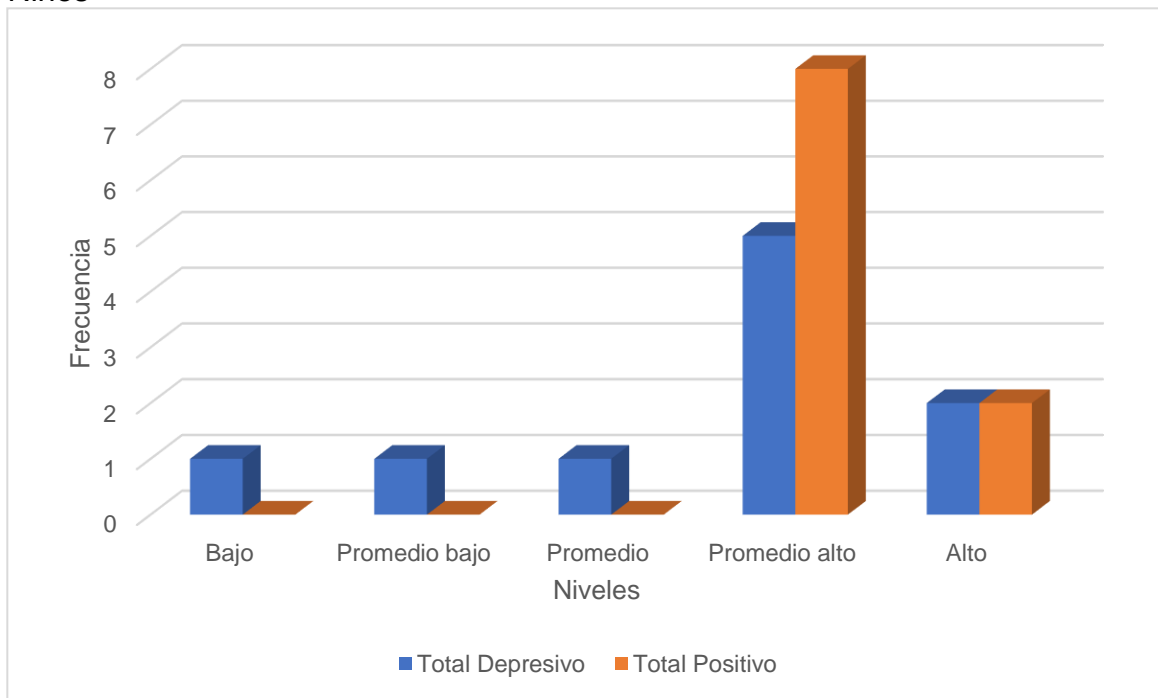
La depresión fue evaluada a través del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Este test psicométrico brinda puntuaciones en dos dimensiones globales: el total depresivo y el total positivo. Cada una de ellas está conformada por otras subescalas. Primero, se presenta el resultado de las dimensiones globales y luego, las subescalas.

Cuadro No. 6. Dimensiones globales para el Cuestionario de Depresión para Niños

Dimensión	Niveles				
	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto
Total Depresivo	1	1	1	5	2
Total Positivo	0	0	0	8	2

Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), 2020.

Gráfica No. 5. Dimensiones globales para el Cuestionario de Depresión para Niños



Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), 2020.

En esta gráfica, se evidencian las puntuaciones para las dimensiones globales del test. El total depresivo es la dimensión que está compuesta por las respuestas afectivas negativas, problemas sociales del niño, el aislamiento, sentimientos de soledad, problemas de autoestima, preocupaciones por la muerte o la salud, sentimientos de culpabilidad y autopunitivos. En esta dimensión, se encuentra que el 50% de los participantes mantiene puntuaciones promedio alto, un 20% tiene puntuaciones altas; mientras que el otro 30% restante se encuentra distribuido en un 10% en las puntuaciones bajo, promedio bajo y promedio.

De lo anterior, se entiende que los pacientes pediátricos con epilepsia estudiados en la investigación, sí presentan más sintomatologías depresivas en comparación con el promedio de niños de su misma edad cronológica. Este indicador por sí solo no sugiere un diagnóstico de trastorno depresivo, pero sí permite visualizar

que los participantes manifiestan sintomatología depresiva ligeramente superior al promedio.

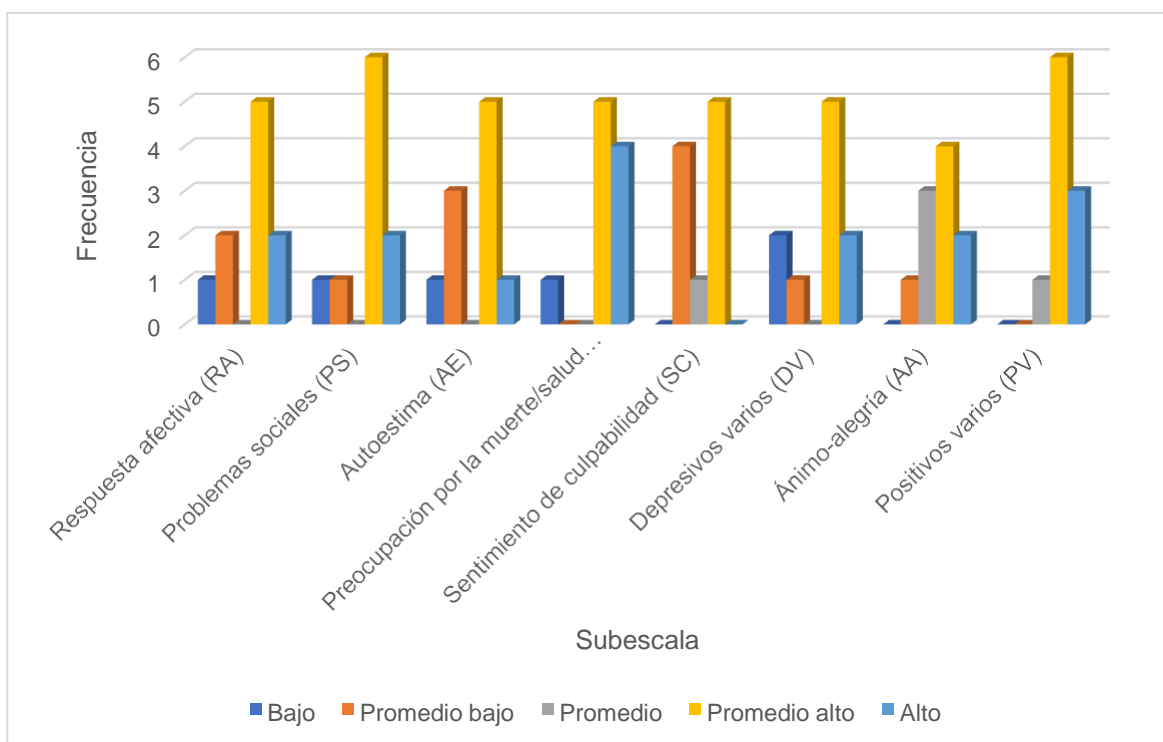
El total positivo se relaciona con la incapacidad, o dificultad del niño para experimentar y vivenciar alegría, diversión y felicidad. En esta dimensión, el 80% de los niños presentó un nivel promedio alto y un 20%, nivel alto. Este es otro indicador importante para la sintomatología depresiva, ya que demuestra que a la mayoría de estos niños se les dificulta experimentar emociones, como la alegría y felicidad, o las experimentan menos frecuente, en relación con el promedio de los niños de su edad. Mantener niveles promedio alto y alto para las dimensiones de total depresivo y positivo, aluden a la mayor vulnerabilidad psicoemocional de los pacientes, aunque no se considera patológica en estos momentos, dado que el porcentaje prevalente está en el nivel promedio alto.

Cuadro No. 7. Subescalas del Cuestionario de Depresión para Niños

Subescala	Niveles				
	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto
Respuesta afectiva (RA)	1	2	0	5	2
Problemas sociales (PS)	1	1	0	6	2
Autoestima (AE)	1	3	0	5	1
Preocupación por la muerte/salud (PM)	1	0	0	5	4
Sentimiento de culpabilidad (SC)	0	4	1	5	0
Depresivos varios (DV)	2	1	0	5	2
Ánimo-alegría (AA)	0	1	3	4	2
Positivos varios (PV)	0	0	1	6	3

Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), 2020.

Gráfica No. 6. Subescalas del Cuestionario de Depresión para Niños



Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), 2020.

En la gráfica, se muestran las subescalas de cada dimensión. La respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimiento de culpabilidad y depresivos varios, corresponden al total depresivo. Mientras que el total positivo está integrado por las subescalas de ánimo-alegría y positivos varios.

En detalle, se inicia con los resultados catalogados como nivel alto: preocupación por la muerte/salud, detectado en el 40% de la muestra en nivel alto. Dentro de los que se manifestaron en el 50% o más de la población estudiada, están los que se ubican en nivel promedio alto: problemas sociales y positivos varios, seguido de respuesta afectiva, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimiento de culpabilidad y depresivos varios.

Las subescalas altas, mayormente las de nivel promedio alto, significan que los sujetos de la muestra desarrollan síntomas depresivos con una incidencia ligeramente superior al promedio. Los síntomas depresivos de mayor relevancia clínica, según las respuestas de los pacientes en la prueba, están vinculados con tendencia al aislamiento, sentimientos de soledad, sensación de poco merecimiento de afecto, pérdida de energía y cansancio, necesidad de validación y aprobación de sus figuras parentales, percepción de la vida como sufrida, preocupaciones por su salud y la de su figura maternal. También manifestaron inquietud con respecto a la percepción de sus padres sobre ellos y sus acciones (terribles o buenas acciones), sentirse mal por no amar y escuchar a sus padres como merecen, dificultades para mantener el sueño en la noche y sensación de no ser lo suficientemente bueno.

En este desglose por subescalas, se nota que las puntuaciones promedio alto fueron más predominantes para todas las subescalas. Por ello, se comprende que la sintomatología descrita no es lo suficientemente intensa para considerarse patológica, porque no está tan marcada en los participantes. No obstante, sí es un aspecto de atención clínica, ya que son más susceptibles emocionalmente ante factores desencadenantes.

4.1.2.3 Nivel de autoestima

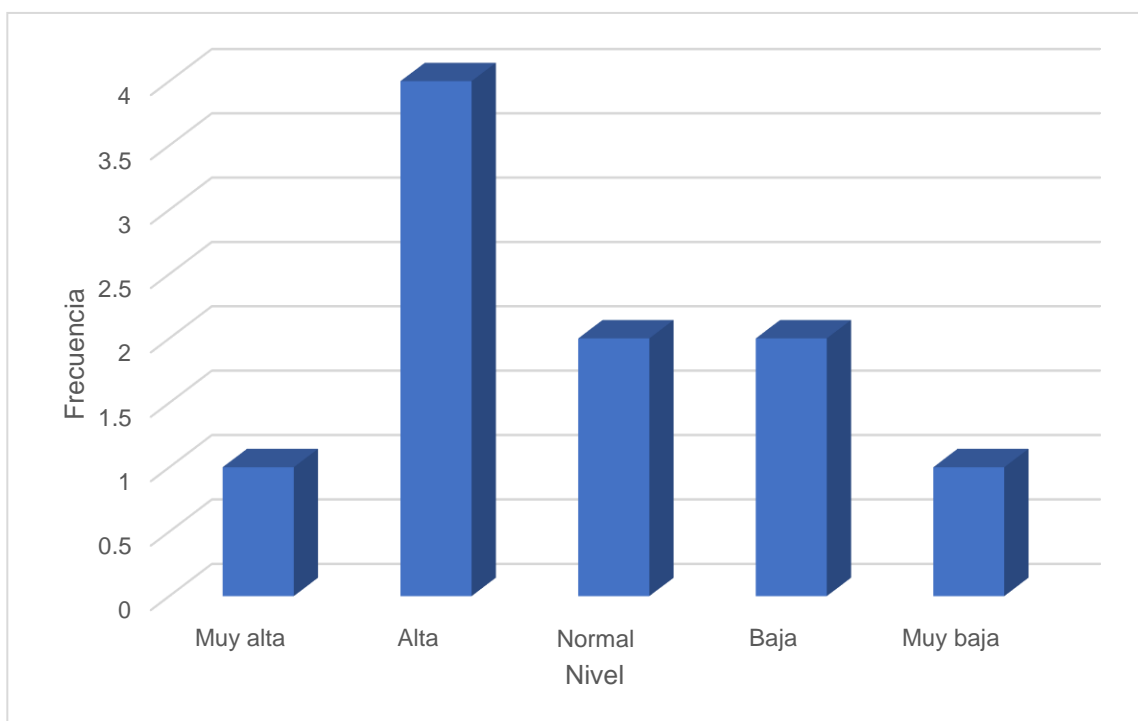
Los niveles de autoestima de los pacientes fueron recolectados, mediante la Escala de Autoestima del Dr. Cardoze.

Cuadro No. 8. Niveles de autoestima

Nivel	Frecuencia
Muy alta	1
Alta	4
Normal	2
Baja	2
Muy baja	1

Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima del Dr. Cardoze, 2020.

Gráfica No. 7. Niveles de autoestima



Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima del Dr. Cardoze, 2020.

En la gráfica, se aprecian los niveles de autoestima de los pacientes pediátricos estudiados. El 40% de los niños presentó una autoestima alta; un 20%, autoestima normal y otro 20%, autoestima baja. En las puntuaciones extremas se encuentra un 10% con autoestima muy alta y otro 10% con autoestima muy baja.

Se comprende que la autoestima del promedio de los niños no está significativamente afectada. Sin embargo, es necesario reconocer que tanto en los que obtuvieron puntuaciones altas como bajas, existen ciertos aspectos comunes en los que se evidenció malestar o dificultad. Algunos de estos aspectos fueron los relacionados con el sentido de reconocimiento y percepción de las figuras parentales, como ser considerado buen hijo y hacer felices a sus padres; otros vinculados con el autoconcepto y autoeficacia, como la valoración de sus capacidades intelectuales para ser buen alumno, tener buenas ideas y juicios razonables adecuados. Las puntuaciones muy altas o muy bajas también son de

relevancia clínica. La primera, porque es un indicador probable del sujeto de narcisismo y negación de conflictos; mientras que en el segundo caso, porque la autoestima muy baja es manifiesto de una alteración significativa de la valoración, el autoconcepto y autoconfianza del sujeto.

4.1.3 Resultados cualitativos

A continuación, se presentan los resultados cualitativos de la investigación, obtenidos mediante la entrevista clínica semi-estructurada, el Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4, las observaciones conductuales y el Test de Apercepción Infantil con figuras de animales (CAT-A).

4.1.3.1 Calidad de vida

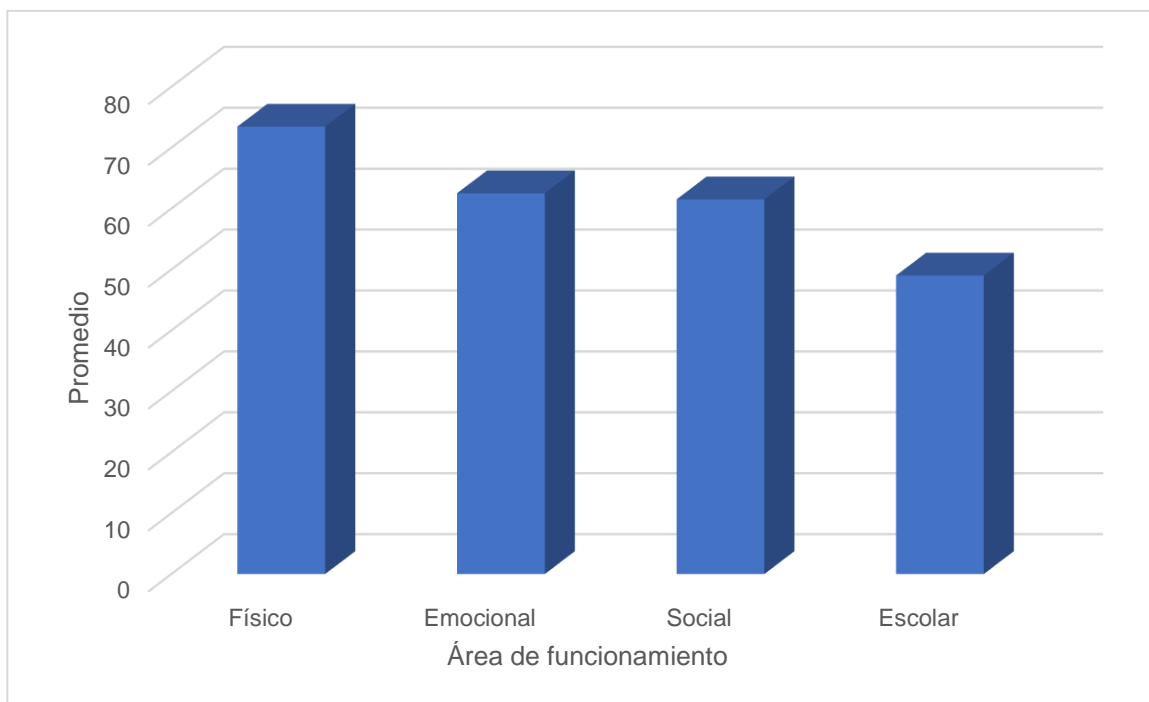
La calidad de vida fue explorada a través del Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4, se analizan los resultados de las contestaciones de los pacientes pediátricos y de sus padres.

Cuadro No. 9. Calidad de vida según niños

Área de funcionamiento	Promedio
Físico	73.4
Emocional	62.5
Social	61.5
Escolar	49.0

Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4-Informe del niño, 2020.

Gráfica No.8. Calidad de vida según niños



Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4-Informe del niño, 2020.

El nivel de funcionamiento por área fue establecido, conforme con las indicaciones del autor del instrumento, en una línea de 0 a 100. En la gráfica, se observan las puntuaciones promedio del Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4, según las respuestas brindadas por los niños. En general, las puntuaciones no revelan afectaciones significativas, pero no reflejan un nivel óptimo de calidad de vida.

Para el funcionamiento físico, el promedio es 73.4. La dificultad más frecuente reportada por los sujetos, fue ayudar en tareas de la casa. Estos niños colaboran muy poco en las tareas del hogar, lo que sugiere sobreprotección parental y las limitaciones propias de la epilepsia para ciertas actividades.

En el funcionamiento emocional, el promedio es de 62.5 y los problemas más descritos por los niños fueron preocupaciones por lo que sucederá en el futuro y mantener problemas para dormir. Estas alteraciones en el funcionamiento

emocional se vinculan con los resultados evidenciados en los otros instrumentos y enfatizan que existe tendencia a la ansiedad en los pacientes pediátricos con epilepsia.

El promedio para el funcionamiento social es de 61.5, en donde la dificultad protagónica para casi todos los niños fue que otros niños no quieren ser sus amigos. Esta situación fue común para todos los niños que habían experimentado una crisis epiléptica en las escuelas. Los niños refieren que en las escuelas las maestras y compañeros saben de su enfermedad, pero que los compañeros sienten miedo y rechazo hacia ellos, después de haber visto, presencialmente, al paciente sufrir una crisis.

En cuanto al funcionamiento escolar, se obtuvo un promedio de 49.0. Según las respuestas de los niños, el funcionamiento en la escuela es el ponderado con menor puntuación y, por lo tanto, uno de los más afectados. En esta dimensión, la mayoría de los menores indica que tienen que faltar a menudo a la escuela, por ir al doctor y al hospital.

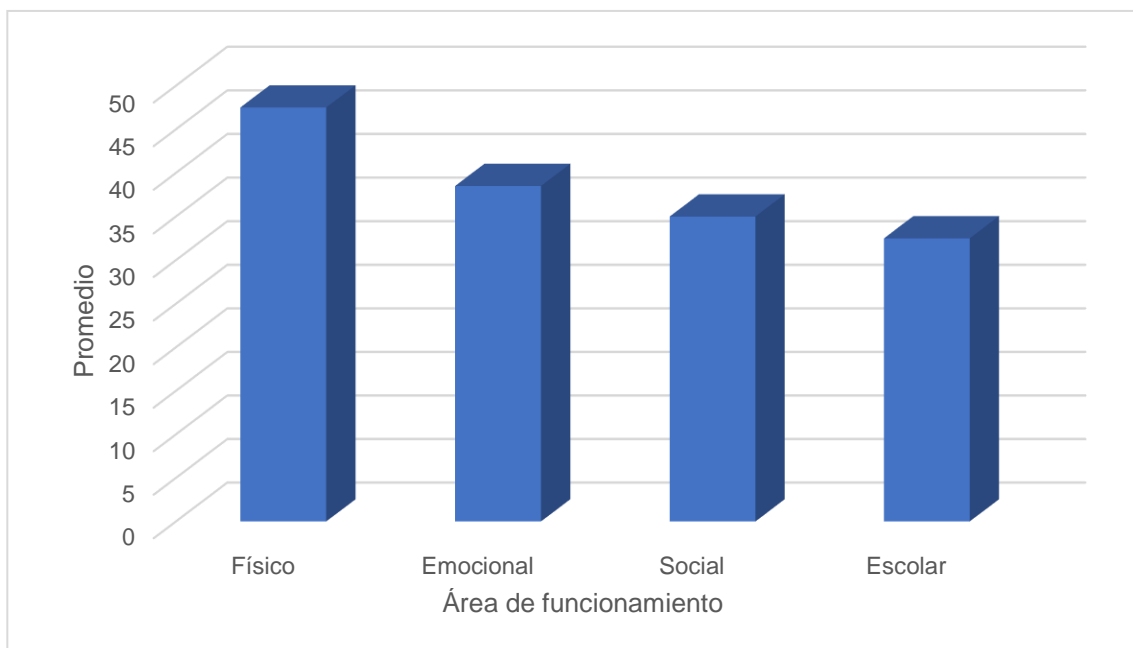
El funcionamiento biopsicosocial es un reflejo de la calidad de vida percibida por el paciente pediátrico. Tal como se refleja en los resultados, su calidad de vida no es excelente, pero tampoco pésima. Se encuentran alteraciones leves, que deben ser atendidas, especialmente el funcionamiento social y escolar.

Cuadro No. 10. Calidad de vida según padres

Área de funcionamiento	Promedio
Físico	47.5
Emocional	38.5
Social	35.0
Escolar	32.5

Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4-Informe de los padres, 2020.

Gráfica No. 9. Calidad de vida según padres



Fuente: Elaborado a partir de las puntuaciones obtenidas en Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4-Informe de los padres, 2020.

En general, se aprecia una diferencia significativa con respecto a las puntuaciones de lo reportado por los niños. Las valoraciones de los padres sobre el funcionamiento biopsicosocial muestran un detrimento importante, aunque revelan la misma tendencia que en los reportes de los niños, siendo el funcionamiento social y escolar los que se hallan más afectados.

En el funcionamiento físico, el promedio es de 47.5, lo que implica que la epilepsia restringe en un grado considerable, el funcionamiento del menor en esta dimensión. En el funcionamiento emocional, el promedio se encuentra en 38.5. Más de la mitad de los padres reportan que, a menudo, sus hijos se sienten tristes o apenados, manifiestan emociones como miedo o susto y problemas para lidiar con el enojo. Otra dificultad marcada fueron los problemas para dormir. Estas alteraciones en el funcionamiento emocional, se relacionan con lo evidenciado en los instrumentos previos, que denotan ligera tendencia ansiosa y sintomatología depresiva en menor grado.

El funcionamiento social registra un promedio aún más bajo, 35.0. El problema predominante señalado por la gran mayoría de los padres, es que perciben que otros niños se burlan del menor. Este hecho se refuerza con las referencias de sus hijos, quienes, con facies de tristeza, expresaron que sus compañeros mostraban actitud de rechazo hacia ellos, luego de haber tenido la oportunidad de presenciar una crisis epiléptica en el aula de clases.

Finalmente, en el funcionamiento escolar, el promedio es de 32.5. Los problemas apuntados por más del 60% de los padres son: olvidar las cosas, poner atención en clase, mantenerse al día en las tareas escolares y faltar a la escuela por ir al doctor/hospital. El absentismo escolar por citas y monitoreo médico fue coincidente con lo referido por los niños.

Es importante señalar que las dificultades para mantener la atención especificadas por los padres, también fueron visibles durante las sesiones de evaluación. Los padres comentan que sus hijos necesitan más ayuda y guía para el desarrollo de las tareas y el estudio en el hogar de lo que otro niño pueda requerir.

4.1.3.2 Conductuales

Las observaciones conductuales son abastecidas por todo el proceso de evaluación; pero, principalmente, por la entrevista clínica semi-estructurada a padres y niños; así como por el comportamiento. Se representan por medio de un cuadro descriptivo, las alteraciones conductuales más frecuentes en los pacientes estudiados.

Cuadro No. 11. Alteraciones conductuales observadas

Área	Niños
Actitud ante el evaluador	La mayoría de los niños fueron colaboradores en el proceso de evaluación. Cooperaban y seguían las indicaciones en el desarrollo de las actividades y respetaban las figuras de autoridad; sin embargo, antes de iniciar la aplicación de pruebas, fue necesario crear un buen rapport para favorecer la comunicación de los aspectos emocionales.
Afectividad	<p>Todos los evaluados respondían adecuadamente a los estímulos motivacionales y afectivos brindados. No obstante, en el proceso de evaluación la mayoría evidenció dificultad para expresar y manejar sus emociones, especialmente el enojo, tristeza y frustración.</p> <p>Igualmente, se observó preocupación por el futuro en lo concerniente a su salud, su familia y la escuela, así como el sentimiento de pena por no poder hacer lo que otros niños hacen fácilmente.</p> <p>Estas observaciones también fueron señaladas por los padres; es decir, que son observables en distintos entornos.</p>
Conducta de trabajo	La mayoría de los participantes reflejaron inquietud psicomotora, dificultad para permanecer en el puesto, cambios de posturas frecuentes y una conducta de trabajo inadecuada, caracterizada por impulsividad y organización regular.

	<p>También en gran parte de los evaluados, se detectó baja tolerancia a la frustración y dificultades para mantener la atención, se distraen fácilmente, por lo que necesitan de la motivación y guía del adulto durante el desarrollo de las actividades para lograr un mejor rendimiento.</p> <p>Las dificultades en atención sostenida fueron bastante notorias y expresadas por los padres.</p>
Cognitiva	<p>Gran parte de los niños evaluados presentan dificultades importantes en las actividades de lecto-escritura, de manera que requirieron de ayuda adicional en los estímulos que involucraban lectura. Los déficits en lecto-escritura no están acordes con lo esperado para su edad cronológica, y ante esas dificultades, los niños reflejan incomodidad, inseguridad y pena.</p> <p>Los padres de los menores también refieren dichas dificultades en el trabajo, en casa y escuela.</p>
Conductas de independencia	<p>La mayoría de los niños muestran conductas dependientes de un adulto o tercero, para lograr desarrollar exitosamente las actividades.</p> <p>Con respecto al autocuidado, reconocen que actividades pueden emprender sin que afecte su salud. Ante la medicación, casi todos los evaluados no manifiestan rechazo frente a la ingesta de los fármacos. Estos son administrados regularmente por el cuidador principal. Se destaca que los tutores</p>

	coinciden en estar pendientes de la toma de los medicamentos y que, en ocasiones, perciben frustración en sus hijos, por lo impredecible de las crisis.
--	---

Fuente: Elaborado a partir de las observaciones conductuales a lo largo del proceso de evaluación, 2020.

4.1.3.3 Perturbaciones emocionales inconscientes

Las perturbaciones emocionales inconscientes fueron evaluadas por el Test de Apercepción Infantil con figuras de animales (CAT-A), porque es una prueba que devela las manifestaciones de los conflictos y perturbaciones emocionales profundas que guardan relación con la conducta manifiesta. El análisis proporcionado en esta sección, está centrado en las características comunes de los pacientes y no en sus diferencias particulares, empleando un lenguaje entendible y no excesivamente teórico.

Los temas recurrentes corresponden a la necesidad de recibir cuidados y gratificaciones por parte de la madre, denotando dependencia maternal. Otro tema repetitivo son los celos fraternales, la percepción de la madre como autoritaria y controladora, dificultad con las conductas de independencia, competencia con la figura paternal, sentimientos de culpa y marcada ansiedad.

Todos los niños lograron identificarse con la figura simbólica correspondiente a su edad, cuyas necesidades predominantes eran las de ser cuidados, protegidos, gratificados y amados por su madre, siendo ellos los únicos en recibir los afectos maternos. Pero, a la vez, coexisten psíquicamente deseos de independencia. Los niños, en promedio, perciben su figura maternal como autoritaria, proveedora de los cuidados; mientras que la figura paternal es vista como autoritario con la cual compiten, mas terminan sometidos a su poder. Las figuras parentales les resultan restrictivas y les genera agresividad, que proyectan o reprimen gracias al superyó. El superyó es una estructura del aparato psíquico, que se rige por el

principio de moralidad y ayuda a regular la conducta. Desde este análisis, es prudente mencionar que, con base en las observaciones y la entrevista clínica semi-estructurada, el cuidador principal implicado en las citas médicas, tareas, sesiones, salud y atenciones en general es la madre.

Curiosamente, la concepción del mundo que guardan es de un lugar hostil, agresivo, peligroso e inseguro, que no podrían enfrentar por sí solos, es una percepción negativa del mundo. Este hecho refuerza la ligera propensión a los síntomas depresivos, detectados en los instrumentos previamente analizados. Sobre su relación con los demás, se observa la necesidad de tener el apoyo de otros para crecer, cuando se sienten inseguros, y cierta tendencia a la dependencia.

En cuanto a los conflictos más significativos, se aprecian la lucha entre el superyó versus el ello; la agresividad reprimida, dependencia materna, celos fraternales, angustia por el abandono de los padres y pulsiones sexuales. El Complejo de Edipo, entendido como el deseo hacia la figura parental contraria al sexo del paciente, en la mayoría de los individuos estaba resuelto, puesto que se “sometían a su figura parental del mismo sexo”. Sin embargo, de acuerdo con la teoría del desarrollo psicosexual, los niños presentan angustias sexuales y deseos epistemofílico, comprendido como el deseo de saber más, particularmente por los secretos de los adultos. Situación que se evidenció en las narrativas de más de la mitad de los sujetos.

La naturaleza de las ansiedades se circunscribía a aspectos como la desaprobación materna, temores hacia el daño físico como producto de sus pulsiones y la competencia; falta o pérdida de cariño de sus figuras de apego; temor a no ser amado lo suficiente, a ser abandonado y a no ser lo suficientemente bueno para los padres, así como a expresar totalmente su agresividad, es decir, que en el nivel inconsciente les genera angustia la expresión de su agresividad no regulada por los mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa se pueden

entender como estrategias, que permiten disminuir la ansiedad causada por los conflictos intrapsíquicos, que son usualmente inaceptables para el superyó, con la intención inconsciente de que el individuo pueda mantener cierto grado de equilibrio psicológico.

En los pacientes evaluados, las principales defensas utilizadas para el manejo de la dinámica psíquica fueron la represión, la personificación, la vuelta contra sí mismo, la racionalización, la proyección de la agresividad, la sublimación, las actitudes de dependencia, negación y conductas evasivas. En una menor medida, se apreció en la construcción del relato, mediante el uso de la disociación. En casi todas las narrativas de los niños, el superyó estaba integrado.

El análisis de las historias creadas por los niños y sus respectivos resultados, se complementan con los demás instrumentos. Por ejemplo, en la dificultad para reconocer y expresar sus emociones, se aprecia la represión; en las alteraciones conductuales manifestadas se denotan las conductas evasivas y dependientes de la figura que provee seguridad, primordialmente sus figuras de apego, quienes le proveen ayuda y soporte. En las sesiones de evaluación, se presentó como la necesidad constante de guía por parte del evaluador para culminar satisfactoriamente las tareas, ya que necesitaron mayor guía que otros niños de su edad cronológica.

Otras alteraciones psicoemocionales exhibidas que muestran las perturbaciones emocionales inconscientes, son los síntomas depresivos leves en el promedio de los niños. Los síntomas depresivos suelen connotar la vuelta contra uno mismo (agresión internalizada hacia sí mismo), la represión, la negación y la concepción negativa del mundo.

En los síntomas ansiosos, se encuentra el reforzamiento por las conductas evasivas, que aumentan la ansiedad, la dependencia de las figuras de apego para manejar situaciones conflictivas, la proyección de la agresividad y los temores diversos asociados a no ser lo suficientemente bueno para sus padres, al

abandono, la pérdida del cariño, la desaprobación materna e inconscientemente, a la expresión de su agresividad reprimida y a las demandas de su superyó.

De igual manera, las conductas evasivas, dependientes y la necesidad de ser cuidado o protegido, que se refuerza por la epilepsia, afectan el funcionamiento social de los niños, ya que las estrategias de evitación y la tendencia a ser sobreprotegidos les dificultan aprender otras estrategias más autónomas y recursos de independencia para lidiar con el ámbito social, particularmente el escolar.

CONCLUSIONES

- Conforme con los resultados obtenidos, los pacientes pediátricos con epilepsia estudiados presentan una ligera susceptibilidad en relación con el promedio de los niños de su edad cronológica, para el desarrollo de alteraciones psicoemocionales, de las cuales las más relevantes son los síntomas ansiosos, depresivos y alteraciones conductuales. Estas alteraciones psicoemocionales leves no corresponden a un estado transitorio, sino a un patrón típico de respuesta cognitivo-emocional-conductual ante las situaciones, lo que aumenta el grado de vulnerabilidad para el desarrollo de alteraciones emocionales significativas en estadios posteriores del desarrollo. Cabe resaltar que los resultados obtenidos son congruentes con las investigaciones realizadas en otros países en este tipo de pacientes, quienes manifestaban más síntomas depresivos, ansiosos y dificultades socioadaptativas.
- Los síntomas ansiosos predominantes fueron la preocupación por los eventos que sucederán en el futuro, la indecisión y el cometer errores. Las preocupaciones están en torno a la salud, tanto la propia como la de su familia, hecho que se realimenta por lo impredecible de las crisis epilépticas. Los síntomas ansiosos se relacionan con alteraciones conductuales, como los problemas para dormir. (Gráfica No. 4., p. 83).
- Con respecto a los síntomas depresivos, los pacientes evidencian una mayor propensión a manifestar este tipo de síntomas en comparación con el promedio de los niños de su grupo etario; sin embargo, no son de carácter clínico para representar, en estos momentos, un diagnóstico de depresión. Los síntomas depresivos más relevantes fueron la dificultad de los niños para experimentar alegría, preocupaciones por su salud y la de su madre, sentimientos de soledad, tendencia al aislamiento, sentimientos de inferioridad, percepción negativa de la vida, entre otros. La sintomatología

depresiva evidenciada afecta los comportamientos de los niños en el nivel personal y social, de manera que, pese a no constituir una patología depresiva en el momento actual, el presentar síntomas depresivos como los descritos, constituye una tendencia riesgosa en etapas posteriores del desarrollo. (Gráfica No. 5, p. 85 y Gráfica No. 6, p. 87).

- En la autoestima no se detectó deterioro consistente entre los pacientes; la mayoría mantenía un nivel de autoestima dentro del promedio (Gráfica No. 7, p. 89). Mientras que la calidad de vida reportada por los pacientes pediátricos y los padres reveló un funcionamiento biopsicosocial afectado; de forma leve, según las respuestas de los niños, y de forma moderada, de acuerdo con las contestaciones de sus padres. Las áreas de funcionamiento más alteradas han sido el funcionamiento social y escolar. En el reporte de los padres sobre sus hijos, se evidencian alteraciones en el funcionamiento emocional, vinculadas al manejo de las emociones. (Gráfica No. 8, p. 91 y Gráfica No. 9, p. 93).
- Dentro de las alteraciones psicoemocionales, se denotan alteraciones conductuales en la mayoría de los pacientes, entre las que se encuentran la dificultad para mantener la atención, conductas de trabajo inadecuadas, dificultades en el manejo y expresión de sus emociones, dependencia y dificultades en la lectoescritura. (Cuadro No. 11, p. 95).
- Las alteraciones psicoemocionales de los pacientes operan en distintos niveles, tanto consciente como inconsciente, siendo las perturbaciones emocionales inconscientes más usuales, las relacionadas con la ambivalencia afectiva hacia los padres, la dependencia materna, la necesidad de ser cuidado y protegido, los celos fraternales, la competitividad con la figura paterna, los sentimientos de culpa y marcada ansiedad. Esta última estaba asociada a varios factores, como la desaprobación materna; el temor a ser abandonado, no ser lo suficientemente bueno para sus padres y la falta o

pérdida de cariño de sus figuras de apego. Su visión del mundo es negativa, concibiéndolo como un lugar hostil, agresivo y peligroso, frente al que necesitan, a su figura de apego, para proveerles seguridad. Sus principales defensas ante los conflictos y perturbaciones son la represión, negación, la vuelta contra sí mismo, la racionalización, la proyección de la agresividad, las conductas evasivas y actitudes de dependencia. Estas manifestaciones se vinculan con las alteraciones psicoemocionales, evidenciadas psicométricamente y cualitativamente; además, uno de sus reforzadores, en especial en las actitudes de dependencia, son las implicaciones de la epilepsia en la vida del paciente y su familia.

- La epilepsia es una enfermedad crónica en la que se suele estigmatizar a quien la padece. Este hecho ha sido corroborado por las referencias de los pacientes y de sus padres, quienes han señalado cómo los otros niños rechazan al menor, y cómo estos manifiestan miedo e incluso perciben burlas. Es un padecimiento que impacta a toda la familia y que amerita un tratamiento multidisciplinario, para facilitar la adhesión terapéutica, incrementar su calidad de vida y prevenir el desarrollo de futuras patologías psicológicas/psiquiátricas.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Sobre el presente trabajo investigativo, se señalan las siguientes limitaciones y recomendaciones:

- La principal limitante para el desarrollo de la investigación ha sido el detonante de la pandemia de COVID-19 a inicios de marzo, en Panamá. Este evento retrasó, considerablemente, aspectos fundamentales, como los permisos, proceso de recolección de datos, entre otros, debido a las medidas implementadas por el Gobierno y autoridades de salud en el territorio nacional. A causa de estas condiciones y al poco tiempo de prórroga emitido por la universidad, no fue posible trabajar con una muestra de mayor tamaño.
- Otra de las limitaciones que retrasa el proceso de recolección de datos es que, al ser pacientes con enfermedad crónica, epilepsia, es posible que experimenten recaídas clínicas importantes y ameriten hospitalización, como consecuencia de las crisis epilépticas.
- Una limitación encontrada durante el desarrollo de la investigación, ha sido la falta de estadísticas nacionales en la población pediátrica, que permitan precisar la incidencia de la epilepsia por género, edad y ubicación geográfica. También surgió el inconveniente de la falta de estudios investigativos sobre el tema en el país.
- Se recomienda estudiar las variables investigadas en una muestra más grande, que posibilite la implementación de técnicas estadísticas más detalladas.
- Para futuras estudios sobre este tema, se recomienda implementar la medición objetiva del enojo en los pacientes, ya que es una emoción que, según los padres, es observable en los niños.

- A la universidad se le recomienda que los criterios operacionales para emitir prórroga a los estudiantes en los trabajos de graduación, sean más homogéneos, especificados y claros, para evitar diferencias en la aplicación de los criterios, interpretación y toma de decisiones sobre las prórrogas entre los alumnos, pertenecientes al mismo grupo y línea temporal, independientemente de la extensión regional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beck A.; Rush, J.; Shaw, B. y Emery, G. (2010). **Terapia cognitiva de la depresión**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Bellak, L. y Sorel Bellak, S. (2007). **Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A)**. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Branden, N. (2007). **Los seis pilares de la autoestima**. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Cardoze, D. (2005). **Escalas clínicas en psiquiatría juvenil**. Panamá, Panamá: Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro.
- Carlson, N. (2014). **Fundamentos de psicología fisiológica**. Madrid, España: Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). **Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad: Ciencia y Práctica**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Feist, J.; Feist, G. y Roberts, A. (2014). **Teorías de la personalidad**. México D.F., México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Feldman, R. (2007). **Desarrollo psicológico a través de la vida**. México: Editorial Pearson Educación.
- Flores, J. y Ostrosky-Shejet, F. (2012). **Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas**. México: Editorial El Manual Moderno.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill.

- Lang, M. y Tisher, M. (2003). **Cuestionario de Depresión para Niños**. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
- Lino, F.; Otero, P. y Blanco, V. (2019). **Guía de intervención de la depresión**. Madrid, España: Editorial Síntesis, S.A.
- Morris, C. y Maisto, A. (2011). **Introducción a la Psicología**. México: Editorial Prentice Hall.
- Murk, C. (2013). **Self-Esteem and Positive Psychology**. New York: Springer Publishing Company.
- Papalia, D. y Martorell, G. (2017). **Desarrollo humano**. México D.F., México: Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Papalia, D.; Feldman, R. y Martorell, G. (2012). **Desarrollo humano**. México D.F., McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Papalia, D.; Sterns, H.; Feldman, R. y Camp, C. (2009). **Desarrollo del adulto y vejez**. México, D.F., México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Papalia, D.; Sterns, H.; Feldman, R. y Camp, C. (2009). **Desarrollo del adulto y vejez**. México D.F., México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Pinel, J. (2007). **Biopsicología**. España: Editorial Pearson Prentice Hall.
- Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). **Neuropsicología del desarrollo infantil**. México: Editorial El Manual Moderno.
- Sattler, J. (2010). **Evaluación Infantil: Fundamentos Cognitivos**. México D.F., México: Editorial El Manual Moderno.
- Soutullo, C. y Mardomingo, M. (2010). **Manual de psiquiatría del niño y del adolescente**. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Spielberger, C., Edwards, C., Lushene, R., Montuori, J. y Platzek, D. (2009). **Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños**. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.

INFOGRAFÍA

Ahmed, S.; Bittencourt-Hewitt, A. y Sebastian, C. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 15, 11-25. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006>

Asconapé, J. J. (2010). The selection of antiepileptic drugs for the treatment of epilepsy in children and adults. *Neurologic Clinics*, 28(4), 843-852. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2010.03.026>

Baki, O., Erdogan, A., Kantarci, O., Akisik, G., Kayaalp, L. y Yalcinkaya, C. (2004). Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy & Behavior*, 5(6), 958-964. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2004.08.016>

Bitsko, R.; Holbrook, J.; Ghandour, R.; Blumberg, S.; Visser, S.; Perou, R. y Walkup, J. (2018). Epidemiology and Impact of Health Care Provider-Diagnosed Anxiety and Depression Among US Children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(5), 395-403. Doi: 10.1097/DBP.0000000000000571

Carballeda, J., Peláez, J., De Castro, M. y Montañés, F. (2018). Psiquiatría psicosomática del niño y adolescente con enfermedades crónicas: enfermedades renales. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 35(4), 309-317. Doi: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a3>

Casey, B., Caudle, K. (2013). The Teenage Brain: Self Control. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 82-87. doi: 10.1177/0963721413480170

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Data and Statistics on Children's Mental Health*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html#ref>

Devinsky, O. y Vazquez, B. (1993). Behavioral changes associated with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 11(1), 127-149. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8441366>

Dunn, D. (2019). Should pediatric neurologists play a role in the management of the most common psychiatric comorbidities in children with epilepsy? Practical considerations. *Epilepsy & Behavior*, 98, 314-317. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.013>

Ferrero, A., De Andrea, N. y Lucero, F. (2019). La importancia del consentimiento informado y el asentimiento en Psicología. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 4(2), 31-40. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/25186/28748>

Ghandour, R.; Sherman, L.; Vladutiu, C.; Ali, M.; Lynch, S.; Bitsko, R. y Blumberg, S. (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *The Journal of Pediatrics*, 206(3), 256-267. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>

Howes, E.; Zwicker, A.; Uher, R. y Pavlova, B. (2020). Cognitive-behavioural interventions for prevention and treatment of anxiety in young children: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 81. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101904>

- Isomaa, R.; Väänänen, J.; Fröjd, S.; Kaltiala-Heino, R. y Marttunen, M. (2013). How Low Is Low? Low Self-Esteem as an Indicator of Internalizing Psychopathology in Adolescence. *Health Education & Behavior*, 40(4), 392-399. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/45088099>
- Kotwas, I., McGonigal, A., Bastien-Toniazzo, M., Bartolomei, F. y Micoulaud-Franchi, J. (2017). Stress regulation in drug-resistant epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 71, 39-50. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.01.025>
- Lacomba, L., Valero, S., Casaña, S., Pérez, M. y Montoya, M. (2018). Enfermedad crónica pediátrica: estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(3), 48-53. Doi: 10.21134/rpcna.2018.05.3.7
- Larson, A.; Ryther, R.; Jennesson, M.; Geffrey, A.; Bruno, P.; Anagnos, C.; Shoeb, A.; Thibert, R. y Thiele, E. (2012). Impact of pediatric epilepsy on sleep patterns and behaviors in children and parents. *Epilepsia*, 53(7), 1162-1169. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2012.03515.x>
- Liga Internacional contra la Epilepsia. (2017). *Documento de posición de la Comisión de Clasificación y Terminología de la ILAE*. Recuperado de <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/ClassificationEpilepsies-Scheffer2017-Spanish.pdf>
- Márcia Targas, E. (2014). *Evolución de la terapéutica medicamentosa de las epilepsias*. En E. Márcia Targas; G. Contreras y L. Ríos (Ed.). Sao Paulo: Leitura Médica Ltda. Recuperado de <https://www.ilae.org/files/dmfile/TratamientoFarmacologico-ALADE.pdf>

Michaelis, R.; Tang, V.; Goldstein, L.; Reuber, M.; LaFrance Jr, W.; Lundgren, T.; Modi, A. y Wagner, J. (2018). Psychological treatments for adults and children with epilepsy: Evidence-based recommendations by the International League Against Epilepsy Psychology Task Force. *Epilepsia*, 59(7), 1282-1302. Doi: <https://doi.org/10.1111/epi.14444>

Ministerio de Salud. (2018). *Boletín estadístico: anuario 2017*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/boletin_2017.pdf

Ministerio de Salud. (2018). *Indicadores básicos de país*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/indicadores_basicos_de_salud_2017_.pdf

Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 265-268. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000300001>

Moya, J. y Fernández, N. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 21(2), 116.e1-116.e6. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Depresi%C3%B3n%20y%20suicidio%20en%20la%20infancia%20y%20adolescencia%20.pdf>

Nunes, V.; Sawyer, L.; Neilson, J.; Sarri, G. y Cross, J. (2012). Diagnosis and management of the epilepsies in adults and children: Summary of updated NICE guidance. *BMJ: British Medical Journal*, 344(7842), 47-49. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/41502042>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Epilepsia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

Ortega, P.; Mínguez, R. y Rodes, M. (2001). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teoría de la educación*, 12, 45-66. Recuperado de https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/71882/Autoestima_un_nuevo_conceptoysu_medida.pdf?sequence=1

Orth, U. y Robins, R. (2014). The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381-387. Doi: 10.1177/0963721414547414

Paolini, C., Oiberman, A. y Mansilla, M. (2017). Desarrollo cognitivo en la primera infancia: influencia de los factores de riesgos biológicos y ambientales. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(2), 162-183. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4289/Desarrollo_Paolini_Oiberman_Mansilla.pdf?sequence=1

Pereira de Brito, L. (2014). *Dietas cetogénicas y otras alternativas terapéuticas*. En E. Márcia Targas; G. Contreras y L. Ríos (Ed.). Sao Paulo: Leitura Médica Ltda. Recuperado de <https://www.ilae.org/files/dmfile/TratamientoFarmacologico-ALADE.pdf>

Quesada, A., Justicia, D., Romero, M., y García, T. (2014). La enfermedad crónica infantil: repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *Revista INFAD de Psicología*, 4(1), 569-576. Doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.832>

- Ramos-Loyo, J. y Sanz-Martin, A. (2005). Trastornos emocionales en la epilepsia. *Revista Ciencia* 56(3), 31-39. Recuperado de https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/56_3/trastornos_emocionales.pdf
- Reynolds, S.; Wilson, C.; Austin, J. y Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005>
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania: estudios y propuestas socio-educativas*, 44, 241-257. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjK6dWfxo_sAhVvS98KHRZvB7AQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4596298.pdf&usg=AOvVaw2O5Z7LsIB_6o2M8ks0RxxX
- Rosenberg, M.; Schooler, C.; Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2096350>
- Rossi, S.; Santarnecki, E.; Valenza, G.; y Ulivelli, M. (2016). The heart side of brain neuromodulation. *Philosophical Transactions: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 374(2067), 1-18. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/24760471>

- Rubio, E., Pérez, M., Conde, J. y Blanco, A. (2010). Diferencias conductuales y emocionales entre grupos de enfermos crónicos infanto-juveniles. *Anuario de Psicología Clínica y de Salud*, 6, 23-34.
- Ruiz, J.; Quackenboss, J. y Tolve, N. (2016). Contributions of a Child's Built, Natural, and Social Environments to Their General Cognitive Ability: A Systematic Scoping Review. *Public Library of Science One*, 11(2), 1-44. Doi: 10.1371/journal.pone.0147741
- Salari, R., Wells, M., & Sarkadi, A. (2014). Child behaviour problems, parenting behaviours and parental adjustment in mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 547-553. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/45150839>
- Saldarriaga, P.; Bravo, G. y Loor, M. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Revista científica Dominio de las ciencias*, 2(3), 127-137. Recuperado de <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/298/355>
- Salvatore, R. (2014). Psychological well-being in individuals with epilepsy: What can a neurologist do?. *Epilepsy & Behavior*, 40, 81. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.08.012>
- Schraegle, W. y Titus, J. (2017). The relationship of seizure focus with depression, anxiety, and health-related quality of life in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 68, 115-122. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.12.009>

- Seyfhashemi, M. y Bahadoran, P. (2013). Depression in Children and Adolescents with Epilepsy: a 15 Year Research Review of Prevalence, and Demographic and Seizure Related Correlates. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(1), 1-7. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574984/>
- Spielberger, C. (1966). Theory and research on anxiety. En C. Spielberger. (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3–19). New York: Academic Press. Doi: <https://doi.org/10.1016/B978-1-4832-3131-0.50006-8>
- Varni, J., Katz, E., Seid, M., Quiggins, D. y Friedman-Bender, F. (1998). The pediatric cancer quality of life inventory-32 (PCQL-32) I. Reliability and validity. *American Cancer Society*, 82(6), 1184-1196. Doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19980315)82:6<1184::aid-cnrc25>3.0.co;2-1
- Velarde, S.; Sánchez, E.; Manzané, F. y Britton, G. (2014). Prevalencia estimada de trastornos conductuales y emocionales en la población pediátrica en Panamá. *Investigación y Pensamiento Crítico*, 2(3), 35-52. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjt3vGF3ojsAhXvpVkkHTJQC1YQFjABegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fipc.org.pa%2Fojs%2Findex.php%2Fipc%2Fissue%2Fdownload%2F5%2F9&usg=AOvVaw36Y-dD_ZxSF5AGX3ggFu0p
- Zurita-Cruz, Wakida-Kusunoki, Domínguez-Camacho, Padilla-Rojas, Maldonado-Rivera y Peña-Pelayo. (2017). Alteraciones psicoemocionales en adolescentes con obesidad. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(5), 176-181. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp175b.pdf>

ANEXOS

ANEXO No. 1
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- **Introducción**

La epilepsia es una enfermedad crónica y, por lo tanto, es de por vida. La personalidad de los individuos se encuentra en formación durante la infancia, niñez y adolescencia, por lo que los niños que padecen de epilepsia se encuentran expuestos a estresores adicionales respecto de los niños sin enfermedad crónica, que pueden repercutir en el desarrollo de su personalidad negativamente.

La investigación ha revelado que los pacientes pediátricos presentan una manifestación ligeramente superior al promedio de síntomas ansiosos y depresivos, alteraciones conductuales importantes y una calidad de vida no óptima, lo que conduce a que posean mayor vulnerabilidad psicoemocional ante las demandas en etapas posteriores de su ciclo vital.

En esta sección, se plantea una propuesta de intervención destinada a trabajar psicoterapéuticamente los hallazgos encontrados en la investigación. Esta propuesta representa una vía de mitigación de las alteraciones psicoemocionales evidenciadas y, además, tiene un alto valor preventivo en temas de salud mental para la población pediátrica.

- **Justificación**

Vivir con una enfermedad crónica como la epilepsia supone un estresor significativo en la vida los pacientes, debido a lo impredecible de las crisis y el estigma social asociado con la enfermedad. Diversos estudios han demostrado la vulnerabilidad de estos pacientes a desarrollar alteraciones psicológicas durante la niñez, adolescencia y adultez. Por ejemplo, Reilly *et al.* (2015) evidencian que los niños con crisis epilépticas generalizadas manifiestan más síntomas depresivos y de ansiedad. Otros estudios también denotan las alteraciones

psicoemocionales que estos niños pueden presentar y que, en efecto, sin la adecuada intervención pueden darse indicios de patologías mentales.

Salvatore (2014) reconoce que el bienestar psicológico de los pacientes con epilepsia debe ser una prioridad en el tratamiento de quienes la padecen; así el neurólogo debe contemplar el trabajo en equipo con el personal de salud mental. Las alteraciones psicoemocionales deben ser tratadas por los psicólogos, pese a que en el momento sean alteraciones entre leves a moderadas, debido a que se ha demostrado que la detección de factores de riesgo psicopatológico y alteraciones, así como el tratamiento oportuno, puede prevenir el deterioro significativo y lograr favorecer el desarrollo de los individuos con una salud mental más positiva (Holmes *et al.*, 2018).

Por lo tanto, la implementación de propuestas de intervención para las alteraciones psicoemocionales de los niños con epilepsia, representa una oportunidad para mejorar su calidad de vida a corto, mediano y largo plazo, optimizar el afrontamiento de la enfermedad, prevenir la complicación de los síntomas psicológicos y brindar un contexto con más herramientas adaptativas, que permitan a los niños un desarrollo integral más saludable.

- **Objetivos**

- Objetivo general
 - Brindar apoyo psicoemocional a los pacientes pediátricos con epilepsia.
- Objetivos específicos
 - Reducir la incidencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes.
 - Potenciar los recursos cognitivo-conductuales de afrontamiento, frente a las circunstancias.
 - Incrementar la capacidad de reconocimiento y expresión de emociones de forma asertiva.

- **Destinatarios**

La propuesta de intervención está dirigida a niños con diagnóstico de epilepsia que se encuentren entre los ocho y los 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, y debe ser desarrollada por un psicólogo clínico idóneo, por la naturaleza de los temas tratados y la responsabilidad ética que envuelve el tratamiento psicoterapéutico.

- **Área de intervención**

La propuesta de intervención está orientada a trabajar psicoterapéuticamente las alteraciones psicoemocionales evidenciadas en la investigación. Para ello, se organizan en las siguientes áreas:

- Manejo de emociones: El manejo de las emociones se centra en el reconocimiento y expresión de las emociones de forma adaptativa. Se coloca especial atención a la sintomatología ansiosa y depresiva, que pueden ser trabajadas desde el manejo emocional, al considerar sus aspectos físicos, cognitivos, emocionales y conductuales.
- Respuestas conductuales: Se busca modificar las respuestas conductuales desadaptativas e inadecuadas que dificultan el logro de aprendizajes, independencia y el bienestar emocional de los pacientes.
- Habilidades sociales: Las habilidades sociales son fundamentales para el desarrollo psicológico del niño. Permiten, a través del juego y otras actividades, crear lazos socioafectivos, internalizar normas, desarrollar empatía, resolución de conflictos y muchas otras conductas que posibilitan el funcionamiento del individuo dentro de una sociedad, en distintas áreas.

De tal manera, la propuesta de intervención se enfoca en tres áreas que están interrelacionadas entre sí: manejo de emociones, respuestas conductuales y habilidades sociales. En los niños con alteraciones psicoemocionales, es de gran valor clínico la psicoterapia hacia estos puntos clave.

- **Diseño y desarrollo de la propuesta**

El diseño de la propuesta consiste en sesiones de psicoterapia individual, que se brindan a los pacientes pediátricos con epilepsia. Se escoge la psicoterapia individual, en vez de la grupal, ya que la oportunidad de trabajar es más amplia cuando es individualizada. Al respecto, Reynolds, Wilson, Austin y Hooper (2012) encontraron que la psicoterapia individual ofrece mayores efectos positivos que la terapia grupal. Además, resulta más conveniente el trabajo psicoterapéutico individual, por las características psicoemocionales de los pacientes.

El diseño de la propuesta concibe un enfoque psicoterapéutico cognitivo conductual, desarrollado a lo largo de doce sesiones, con una duración de 45 a 60 minutos, una vez a la semana.

El psicólogo clínico debe recordar que las sesiones psicoterapéuticas con enfoque cognitivo conductual en niños, tienen algunos requerimientos previos. Bunge, Scandar, Musich y Carrea (2015) expresan que en las sesiones de psicoterapia con niños y adolescentes, desde la perspectiva cognitivo conductual, tienen que iniciarse cultivando el rapport con el paciente y psicoeducando, sobre el modelo al niño y padres. También destacan que las sesiones cognitivo conductuales siguen una estructura, están planificadas y se contextualizan según las características y necesidades del niño; es decir, se toman en cuenta las diferencias individuales, para favorecer el ajuste al tratamiento.

La propuesta de intervención se compone de las principales técnicas cognitivo-conductuales. Estas técnicas combinan los principios cognitivos y conductuales, que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas cognitivos

disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprenden de estos. Para el desarrollo de las sesiones, el psicólogo clínico se valdrá de diversas técnicas cognitivo conductuales, procurando mantener la motivación y atención del niño, mediante el componente lúdico de los recursos, en vez de plantearlo como tareas mecánicas. Gomar, Mandil y Bunge (2012) comentan que algunas de las técnicas cognitivo conductuales esenciales por introducir en las sesiones, son entrenamiento en el reconocimiento de emociones, identificación y automonitoreo de pensamientos automáticos, reconocimiento de la relación entre pensamiento, emoción y conducta, reestructuración cognitiva, las técnicas de resolución de problemas y la modificación conductual.

El entrenamiento en el reconocimiento de emociones tiene el objetivo de que el niño aprenda a reconocer sus estados emocionales en sí mismo y en otros, nombre a las emociones correctamente, por medio de recursos visuales y mímicos. La identificación y automonitoreo de pensamientos automáticos tiene la meta de que los niños aprendan a identificar sus pensamientos, ante las situaciones; se realiza de forma simple y acompañado de recursos visuales lúdicos.

Una vez el niño logra identificar sus pensamientos, se le muestra la relación entre el pensamiento, emoción y conducta. Si los pasos previos se han cumplido, es factible incorporar la reestructuración cognitiva, que consiste en modificar el pensamiento, para generar nuevas emociones y conductas más adaptativas. En el caso de los niños, la reestructuración cognitiva puede efectuarse con gráficos, marionetas, historietas o recursos visuales simples. Asociar la reestructuración cognitiva, como las autoverbalizaciones positivas, es muy recomendable.

A continuación, se presenta el desarrollo de la propuesta, a través de la programación analítica que estructura las sesiones.

Recuadro. No. 1. Programación analítica

Programación analítica				
Sesión	Contenido	Metodología	Actividades	Recursos
1	-Encuadre -Establecimiento de objetivos -Psicoeducación -Orientaciones a padres y modificación de conducta	Participación y escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Encuadre y objetivos • Psicoeducación sobre el modelo • Normas y límites en el hogar • Importancia de la modificación conductual • Reforzamiento de orientaciones, preguntas y respuestas • Retroalimentación 	Páginas Lápiz Bolígrafo
2	-Autoconocimiento	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al tema • Actividad de autoexploración • Discusión del taller • Asignación de tarea "Mi frase positiva es..." • Retroalimentación 	Páginas Lápiz Lápices de colores
3	-Reconocimiento de emociones		<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignación • Introducción al tema de las emociones • Actividad de reconocimiento de emociones. • Asignación de registro de emociones. • Retroalimentación 	Páginas Lápiz
4	-Reconocimiento de emociones -Identificación de pensamientos automáticos	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignación • Introducción al tema identificación de pensamientos automáticos. • Actividad de emociones y pensamientos. 	Páginas Lápiz

			<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de tarea de registro de emoción y pensamiento. • Retroalimentación 	
5	-Relación entre pensamiento, emoción y conducta		<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignación • Introducción al tema pensamiento-emoción-conducta • Actividad de pensamiento-emoción-conducta. • Asignación de tarea de Registro pensamiento, emoción y conducta-práctica. • Retroalimentación 	
6	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsiones cognitivas • Reestructuración cognitiva 	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignaciones • Continuación del tema pensamiento-emoción-conducta • Actividad de pensamiento alternativo. • Asignación de tarea: autoverbalizaciones positivas-el niño debe decirse a sí mismo verbalizaciones positivas cuando detecte un pensamiento distorsionado. • Retroalimentación 	Páginas Lápiz
7	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de ansiedad • Entrenamiento en técnica de relajación 	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignaciones • Continuación del tema pensamiento-emoción-conducta • Actividad-ficha cómo agrandamos los peligros. 	Páginas Lápiz

			<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza de la técnica de relajación por respiración • Asignación de tareas- autoverbalizaciones positivas y practicar todos los días antes de dormir y en momentos de necesidad la técnica de relajación (el psicólogo debe adecuar la técnica de respiración a las características del niño) • Retroalimentación 	
8	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia a la frustración y desánimo • Manejo de ansiedad • Modificación de conducta 	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignaciones • Continuación del tema pensamiento-emoción-conducta • Actividad de pequeños pasos. • Asignación de tarea-practicar todos los días antes de dormir y en momentos de necesidad la técnica de relajación, las autoverbalizaciones positivas • Retroalimentación 	Páginas Lápiz
9	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de tristeza 	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignaciones • Continuación del tema pensamiento-emoción-conducta • Actividad de las gafas oscuras y claras. • Asignación de registro de estado de ánimo. Tareas adicionales: técnica de relajación y 	Páginas Lápiz Gafas oscuras y claras

			autoverbalizaciones positivas. • Retroalimentación	
10	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de independencia • Manejo de emociones 	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignaciones • Introducción al tema y continuación del tema pensamiento-emoción-conducta • Actividad de estacas mentales. • Asignación de frases de rescate. Otras tareas; técnica de relajación y autoverbalizaciones. 	Páginas Lápiz
11	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales • Asertividad • Manejo de emociones 	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignaciones • Introducción del tema • Enseñanza de la técnica Aikido verbal • Juego de roles con el terapeuta-práctica del Aikido verbal (para manejar burlas) • Retroalimentación 	Páginas Lápiz
12	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de avances • Orientaciones generales • Reforzamiento positivo 	Participación activa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de asignaciones • Evaluación de avances. • Compromisos • Reconocimiento al paciente de finalización de las sesiones. • Orientaciones • Retroalimentación 	Páginas Lápiz Lápices de colores

Fuente: Elaboración propia, 2020.

- **Cronograma de actividades**

Recuadro No. 2. Cronograma de actividades

Área de intervención	Sesiones												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Rapport y encuadre													
Psicoeducación a niños y padres sobre el modelo cognitivo conductual													
Manejo de emociones													
Respuestas conductuales													
Habilidades sociales													
Evaluación de avances, compromisos, reconocimiento y cierre													

Fuente: Elaboración propia, 2020

- **Formato de actividades y asignaciones**

En esta sección, se ordenan cronológicamente cada unas de las actividades y asignaciones por sesión, de modo que el aplicador pueda utilizarlas como plantillas en sus intervenciones.

Actividad de autoexploración

Autoconocimiento

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: Rellena cada tabla según lo que se te pida. Todo es acerca de ti mismo (a), sé honesto (a).

FÍSICO (mi cuerpo)	
Me gusta	No me gusta

Mis colores favoritos son...

PSICOLÓGICO (mi forma de pensar y ser)	
Me gusta	No me gusta

En mi casa, me gusta...

Debilidades (algo que se me hace difícil)



Asignación “mi frase positiva es...”

Mi frase positiva

Instrucciones: Piensa en una frase positiva, que te anime y desees recordarte en los momentos difíciles. Escríbela en el espacio.



Actividad de reconocimiento de emociones

Reconocimiento de emociones

Instrucciones: Observa cada una de las imágenes e identifica cuál es la emoción.









¿Cuál de esas emociones
tuviste hace poco?

-¿Qué sentí en mi cuerpo?

-¿Qué hice cuándo me sentí
así?

-¿Qué emoción era?

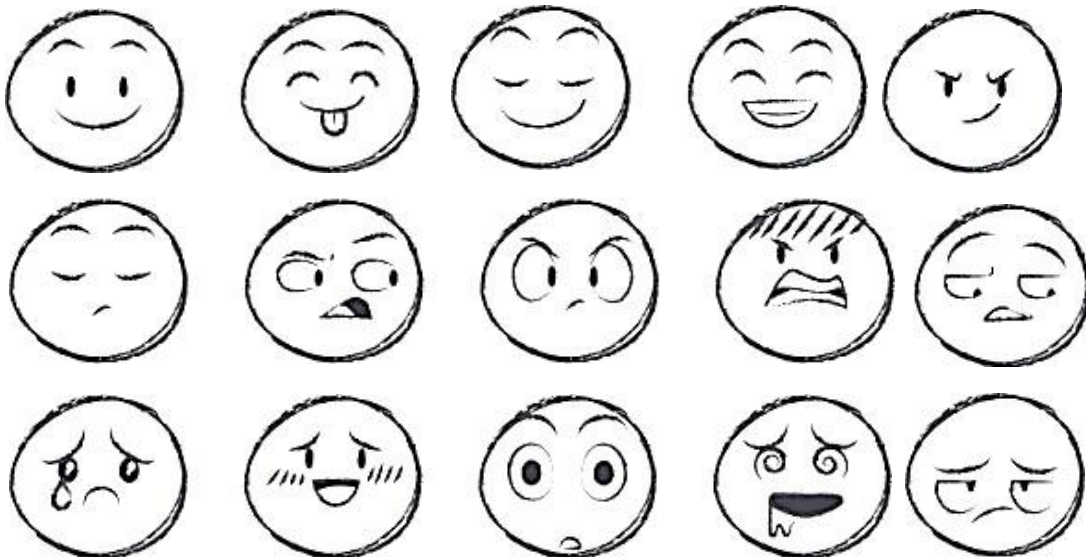
Asignación registro de emociones

Registro de emociones

Instrucciones: Coloca en el día correspondiente, la emoción que más has sentido durante el día y describe brevemente por qué te sentiste así. Puedes dibujarlo, si te resulta más fácil.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

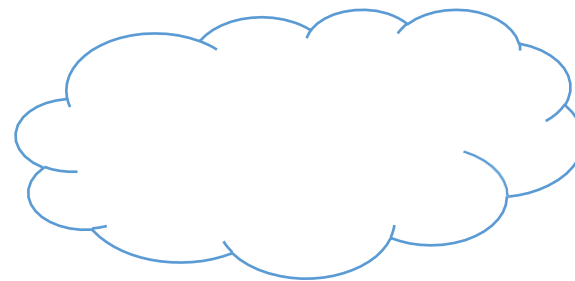
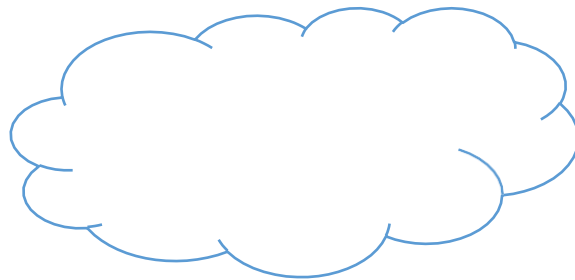
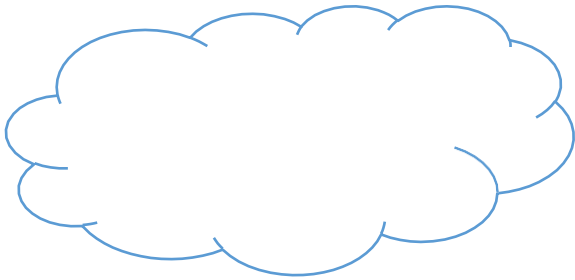
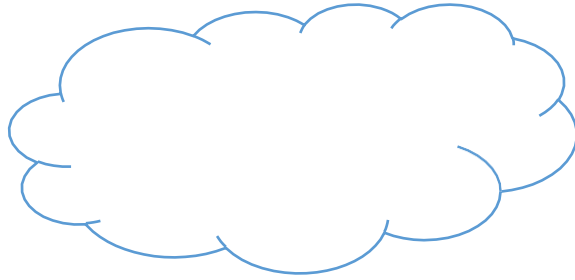
Recuerda las posibles emociones:



Actividad emociones y pensamientos

Emociones y pensamientos

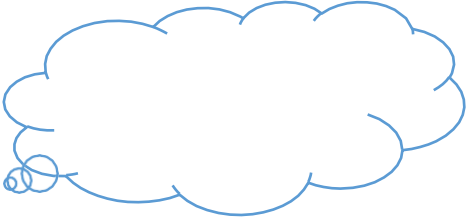
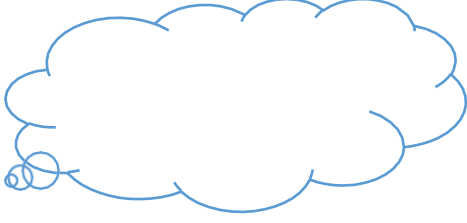
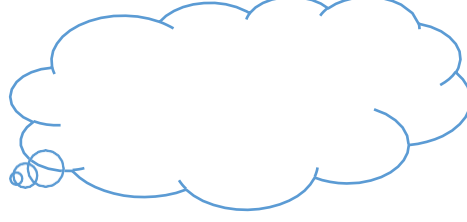
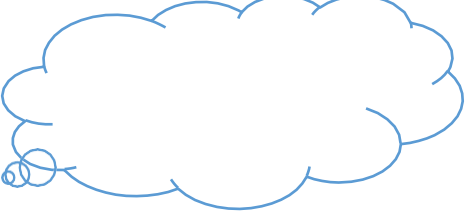
Instrucciones: Mira la imagen del niño e intenta colocar lo que puede estar pensando.



Asignación registro de emoción y pensamiento

Registro de emoción y pensamiento

Instrucciones: Coloca la emoción que estás sintiendo y el pensamiento que tuviste en ese momento.

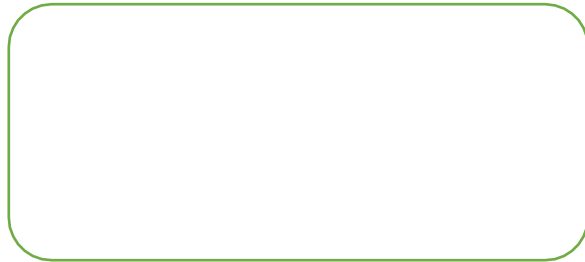
Emoción	¿Qué sentí en mi cuerpo?	¿Qué pensé?
		
		
		
		

Actividad pensamiento-emoción-conducta

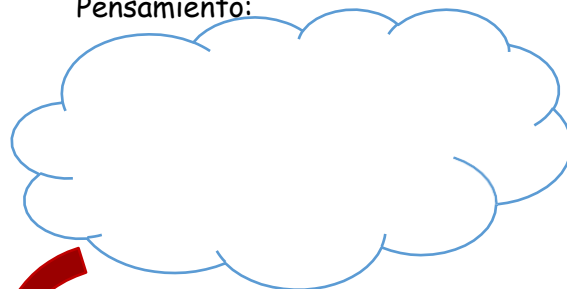
Actividad pensamiento-emoción-conducta

Instrucciones: Completa la información, apoyándote en tus vivencias.

Situación:



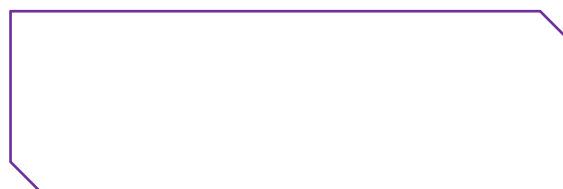
Pensamiento:



Emoción:









Conducta:



Asignación registro pensamiento, emoción y conducta-práctica

Registro pensamiento, emoción y conducta-práctica

Instrucciones: Es la misma situación, lee la emoción, conducta y la respuesta fisiológica (lo que sintió en el cuerpo ese niño) y completa el pensamiento que consideras desencadenó esa emoción y conducta.

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Respuesta Fisiológica
Mi padre me dice que hoy no puedo jugar con la pelota			No hablo con nadie y me encierro en la pieza	Fatiga, falta de energía
			Pataleo, grito, insulto	Músculos tensos, calor
			Insito repetidas veces	Dolor de panza, inquieto.

Fuente: Tomado de Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Librería Akadia, (p.72).

Actividad pensamiento alternativo

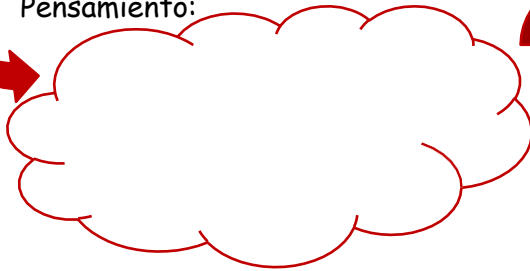
Pensamiento alternativo

Instrucciones: Completa la información, apoyándote en tus vivencias.

Situación:



Pensamiento:



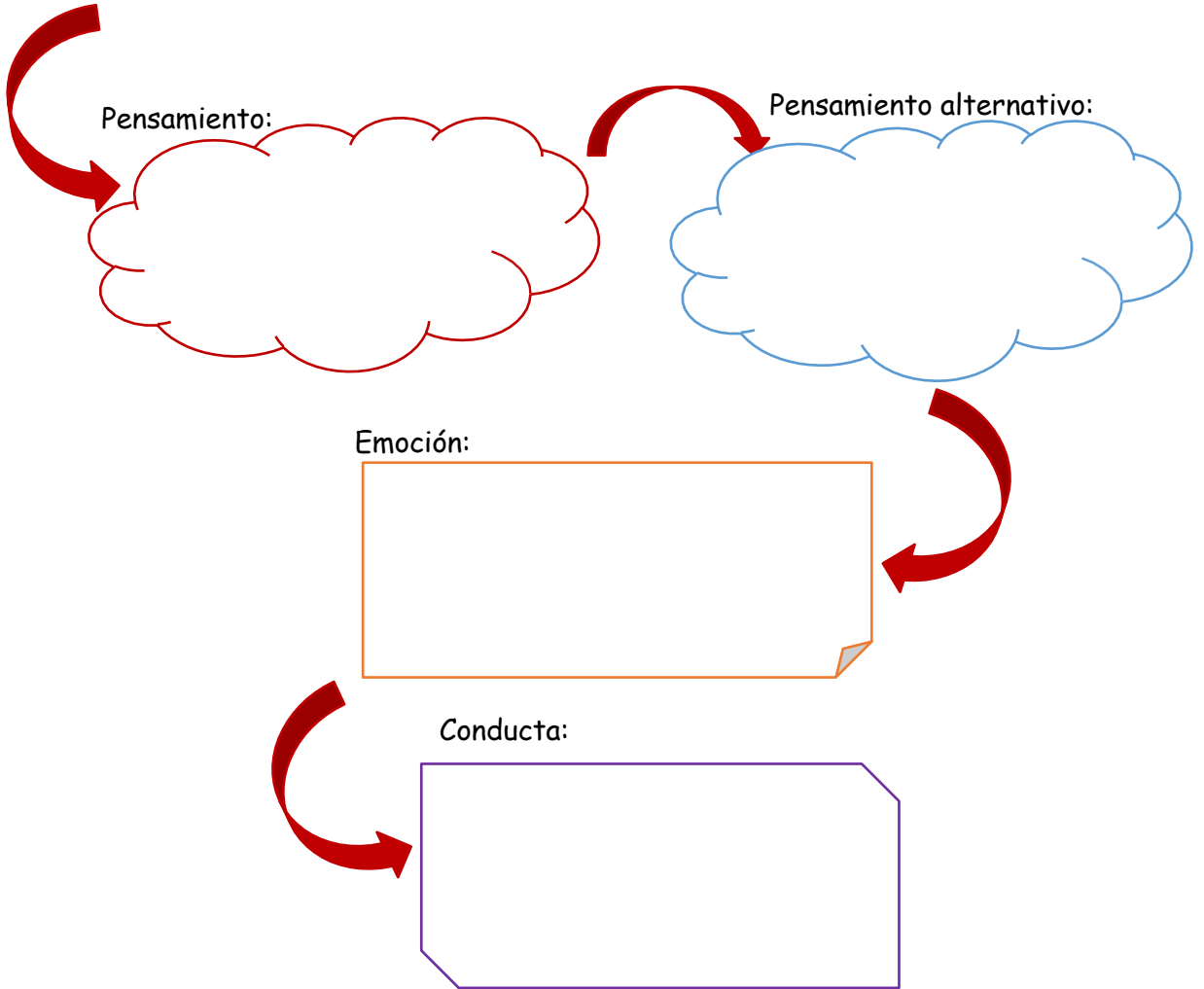
Pensamiento alternativo:



Emoción:





Conducta:



Actividad-ficha cómo agrandamos los peligros

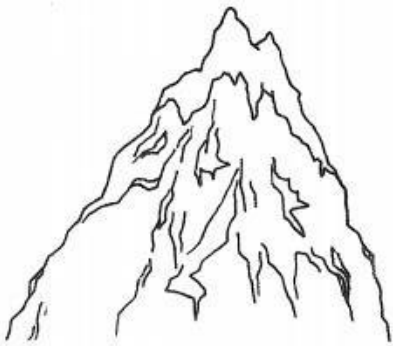
Ficha: "cómo agrandamos los peligros"

¿Cuántas veces imaginaste que el león te iba a morder y en realidad era un león de juguete? Escribí a continuación alguna situación donde sentías mucho miedo y la situación terminó siendo mucho más sencilla de lo que vos pensabas.

Leones que pensaba que eran salvajes	Leones que resultaron de juguete
 <p>(Lo que pensaba antes)</p>	 <p>(Lo que realmente pasó)</p>

Fuente: Tomado de Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Librería Akadia, (p.133).

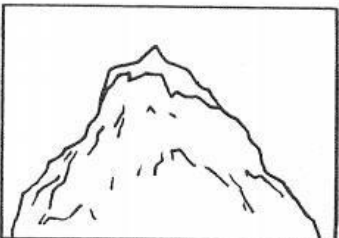
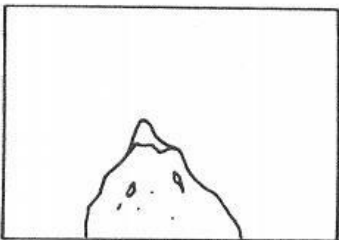
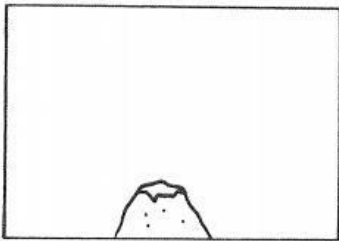
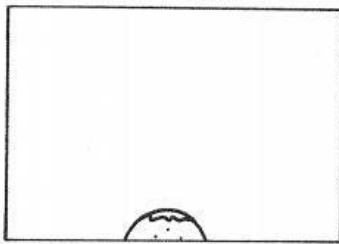
Actividad de pequeños pasos



¿Cuántas ganas tendrías de subir una montaña tan grande?



Muy pocas, ¿cierto?

En cambio, si la dividimos, es más fácil. Piensa en algo que te cueste mucho hacer y luego divídelo en pequeños pasos, a través de la montaña dividida. Recuerda, no puedes pretender todo justo en el momento; se empieza de poquito a poquito. ¡Vamos, inténtalo!



Fuente: Adaptado de Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Librería Akadia, (p. 241, 242).

Actividad de gafas oscuras y claras

Mi yo catastrófico dice:	Mi yo claro contesta:
	

Quando estamos ansiosos puede resultar difícil acordarse estas respuestas, por eso algunos chicos se las anotan para recordarlas en otros momentos.

Fuente: Tomado de Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Librería Akadia, (p. 153).

Asignación de registro de estado de ánimo



Cada vez que estamos tristes, hacer algo que nos gusta nos ayuda a sentirnos mejor. La super detective Clara "Vetodoclarísimo" te ayuda a investigar qué cosas mejoran tu estado de ánimo. Anotá en la planilla a continuación que actividades realizaste en el día y debajo poneles un puntaje de acuerdo a cómo te sentiste haciéndolas (1= muy triste, 10 = super contenta).

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
 Cosas que hice							
 Cómo me sentí (1-10)							

Fuente: Tomado de Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Librería Akadia, (p. 239).

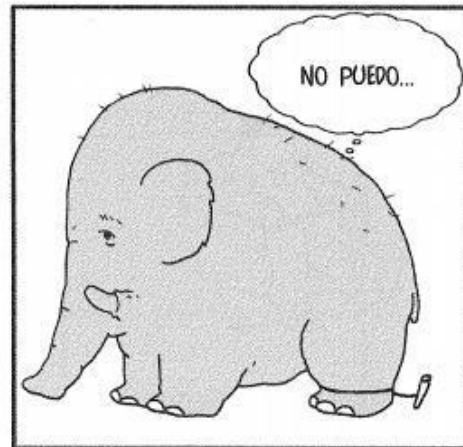
Actividad de estacas mentales

Estacas mentales

Frecuentemente estas ideas nos impiden cambiar lo que nos pasa. Como lo que le sucedió a este elefante:



Cuando era chico lo ataron a una estaca. Como no tenía mucha fuerza se convenció de que no podía librarse y dejó de intentar



Años más tarde ya había crecido y la estaca era muy chiquita al lado suyo, pero él seguía convencido de que no podía librarse a pesar de que ahora era más fuerte

¿Qué le dirías al elefante?

.....

.....

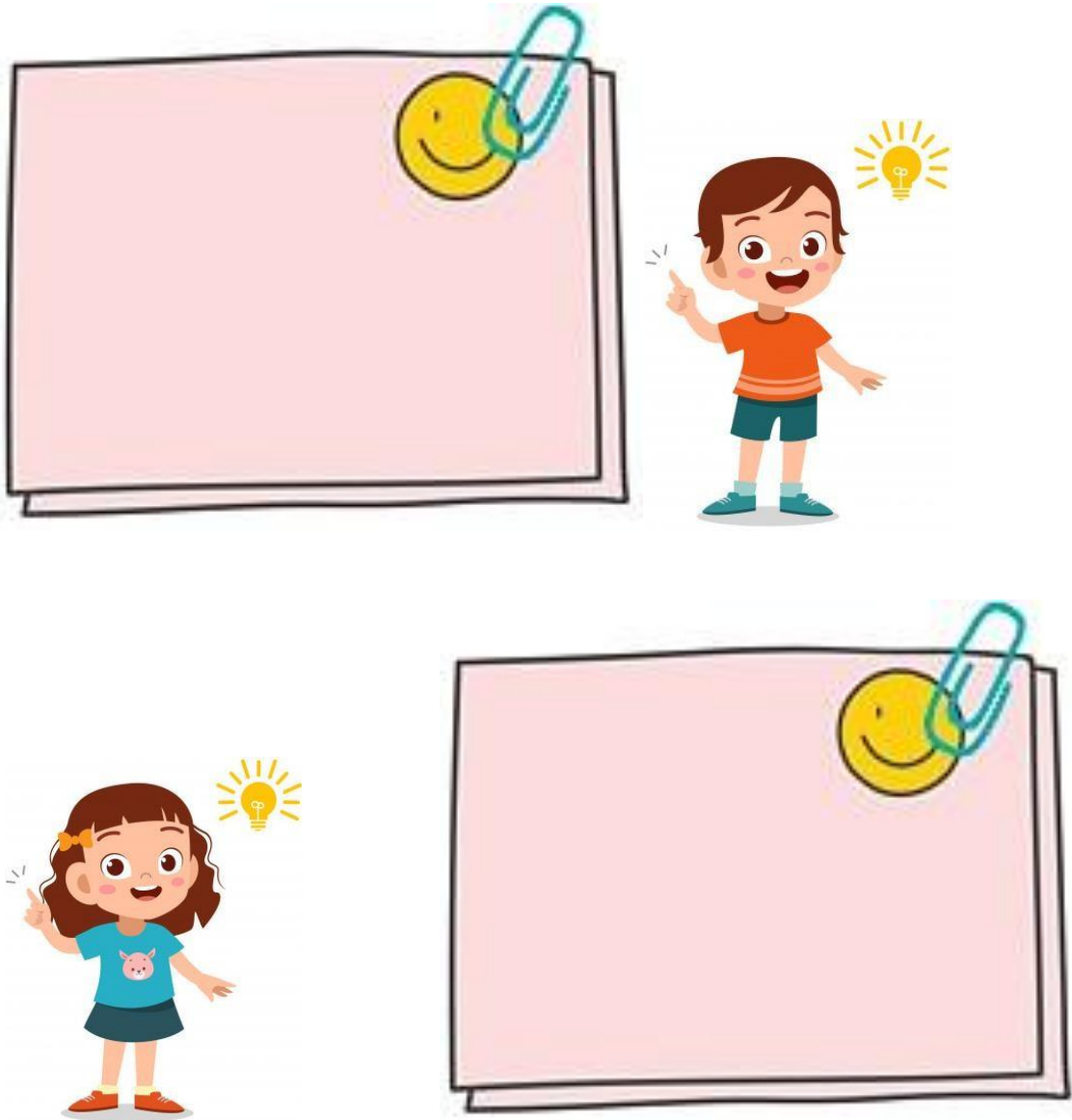
Poner a prueba tus pensamientos
te puede permitir descubrir muchas cosas nuevas
de **ti** mismo.

Fuente: Tomado de Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Librería Akadia, (p. 246).

Asignación de frases de rescate

Frases de rescate

Instrucciones: Piensa en frases que te ayudarían cuando alguien dice cosas que te hacen sentir triste o enojado, o en esos momentos en los que te sientes desanimado.



Actividad de evaluación de avances

Evaluación de avances

Instrucciones: Es tiempo de conocer cómo has avanzado. Piensa en ti mismo, cómo te sentías, pensabas y actuabas cuando iniciaste las sesiones. Luego piensa en el presente, cómo te sientes, piensas y actúas después de las sesiones. Dibújate, diviértete mientras lo haces.

Mi yo de antes	Mi yo de ahora

Reconocimiento al paciente



Por la presente certificamos que
.....

ha finalizado su tratamiento psicoterapéutico y ha logrado exitosamente sus objetivos.

Quienes firmamos en este medio damos constancia de la alegría por los logros obtenidos y creemos que será un buen ejemplo para quienes en el futuro tengan las mismas dificultades.

Tutor:
Psicólogo/a:



- **Bibliografía**

Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). **Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos**. Buenos Aires, Argentina: Editorial Librería Akadia.

Bunge, E.; Scandar, M.; Musich, F. y Carrea, G. (2015). **Sesiones de psicoterapia con niños y adolescentes: aciertos y errores**. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia Editorial.

Gomar, M.; Mandil, J. y Bunge, E. (2012). **Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes**. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.

Holmes, E.; Ghaderi, A.; Harmer, C.; Ramchandani, P.; Cuijpers, P.; Morrison, A.; Roiser, J.; Bockting, C.; O'Connor, R.; Shafran, R.; Moulds, M. y Craske, M. (2018). The *Lancet Psychiatry* Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 237-286. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30513-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30513-8)

Reilly, C.; Atkinson, P.; Chin, R.; Das, K.; Gillberg, C.; Aylett, S.; Burch, V.; Scott, R. y Neville, B. (2015). Symptoms of anxiety and depression in school-aged children with active epilepsy: A population-based study. *Epilepsy & Behavior*, 52, 174-179. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.09.004>

ANEXO No. 2
CERTIFICADO DE BUENAS
PRÁCTICAS CLÍNICAS



NIDA Clinical Trials Network

Certificate of Completion

is hereby granted to

Rosalin Ríos

to certify your completion of the six-hour required course on:

GOOD CLINICAL PRACTICE

MODULE:	STATUS:
Introduction	N/A
Institutional Review Boards	Passed
Informed Consent	Passed
Confidentiality & Privacy	Passed
Participant Safety & Adverse Events	Passed
Quality Assurance	Passed
The Research Protocol	Passed
Documentation & Record-Keeping	Passed
Research Misconduct	Passed
Roles & Responsibilities	Passed
Recruitment & Retention	Passed
Investigational New Drugs	Passed

Course Completion Date: 4 October 2019

CTN Expiration Date: 4 October 2022

Tracee Williams, Training Coordinator
NIDA Clinical Coordinating Center

Good Clinical Practice, Version 5, effective 03-Mar-2017

This training has been funded in whole or in part with Federal funds from the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, under Contract No. HHSN27201201000024C.

Fuente: National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network (2017). *Good Clinical Practice*.

Recuperado de <https://gcp.nidatraining.org/>

ANEXO No. 3
VISTO BUENO DE NO OBJECCIÓN
INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL JOSÉ DOMINGO
DE OBALDÍA



Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía

David, Chiriquí, Rep. de Panamá Central Telefónica: 775-4221 al 775-4225

División De Docencia e Investigación

docencia.investigacion@obaldia.sld.pa

Ext. 362/Fax 775-4862

David, 10 de febrero del 2020

Nota No.DDEI / 056 - 2020

Licenciada

Rosalín P. Ríos T.

Psicóloga Clínica

Investigadora Principal

Ciudad de David.

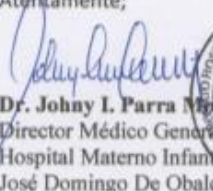
Respetada Licda. Ríos:

La Jefatura de la División de Docencia e Investigación y el Director Médico General del Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía otorgan el visto bueno de no objeción institucional para la realización del estudio de investigación titulado "**Alteraciones psicoemocionales asociadas a la epilepsia en pacientes pediátricos de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía**"; el mismo corresponde al proyecto de investigación para optar por el grado de Maestría en Psicología Clínica con especialización en Psicoterapia Integrativa de la Universidad Especializada de las Américas (UELAS); como Asesora de Contenido, la Licenciada **Marilúz Díaz**, Psicóloga Clínica del MINSA y como Asesor Metodológico, el **Prof. José Raúl Aparicio**, docente de UELAS.


El protocolo del estudio en mención fue revisado por el Jefe de la División de Docencia e Investigación, comprobándose que mantiene la confidencialidad que exige el Comité de Investigación Institucional, por lo cual el mismo ha sido aceptado mediante aprobación expedita por el jefe de la División de Docencia e Investigación.

Se espera que este proyecto culmine exitosamente en mejoras a la calidad de vida de los pacientes pediátricos que se encuentran en un punto clave de su formación biopsicosocial.

Atentamente;


Dr. Johnny I. Parra Monte
Director Médico General
Hospital Materno Infantil
José Domingo De Obaldía




Dra. Tirza De León-Castrejón
Jefe División de Docencia e Investigación
Hospital Materno Infantil
José Domingo De Obaldía



TDLG/er

Cc. Dr. Newton Osborne - Presidente del Comité de Investigación Institucional
Archivo.

"Hospital especializado que brinda atención integral a la población materno infantil, con equidad, sensibilidad humana y calidad."

ANEXO No. 4

**APROBACIÓN DEL COMITÉ DE
BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE
LA UNIVERSIDAD DE SANTANDER**



CBI-USantander-M- 036- 2020

Panamá, 05 de junio de 2020

MEMORANDO

Para: Rosalin Ríos
Investigadora Principal

De: 
Dra. Nilsa Caballero
Presidenta del Comité de Ética de la Investigación



Asunto: Consideraciones sobre protocolo revisado

En reunión extraordinaria del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Santander Panamá, celebrada el día 04 de junio de 2020 se discutieron los documentos del Protocolo de Investigación:

“Alteraciones Psicoemocionales asociadas a la Epilepsia en pacientes Pediátricos de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José domingo de Obaldía”

Los Miembros del Comité de Bioética de la Investigación deciden:

Aprobar

Solicitud de Modificaciones

Suspender para correcciones

Denegar

Se revisaron los siguientes documentos:

Documentos	Versión
Protocolo de investigación	2
Cuestionarios	Sin versión
Consentimiento Informado	Sin versión
Asentimiento Informado	Sin versión

Los miembros del Comité que participaron en la revisión de los documentos mencionados fueron:

Nombre	Profesión	Cargo
Nilsa Caballero	Odontóloga	Presidenta
Nohemy Bertorelli	Odontóloga	Miembro
Priscilla Jiménez	Tecnóloga Médica	Miembro
Dora Sánchez-Pothá	Abogada	Miembro
Sebastian Reyes	Educador	Miembro

Como parte del seguimiento que éste Comité dará a su investigación, deberá presentar lo siguiente:

- ▲ Fecha de inicio y culminación del estudio
- ▲ Presentar carta a Farmacias y Drogas en caso de importación de medicamentos
- ▲ Reportar el status de su investigación cada dos meses.
- ▲ Reportar de inmediato cualquier adenda a la investigación y solicitar aprobación en caso de ser necesario
- ▲ Reportar en un plazo menor de 24horas cualquier efecto adverso serio, cuando aplique
- ▲ Describir los riesgos potenciales de las terapias experimentales de la medicación a utilizar en su investigación e informar aquellos que se presentan a lo largo de su investigación, cuando aplique
- ▲ Presentar copia digitalizada de su informe final y/o publicación, tan pronto finalice la investigación

Saludos y éxitos,
c. archivos del Comité



ANEXO No. 5
FORMATO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

Consentimiento Informado

Alteraciones psicoemocionales asociadas a la epilepsia en pacientes pediátricos de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía

Investigadora: Rosalin P. Ríos T. (Psicóloga)

Esta investigación representa un abordaje científico, que tiene como objetivo principal analizar las alteraciones psicoemocionales presentes en los pacientes pediátricos con epilepsia.

Usted y su hijo (a)/menor a su cuidado han sido invitados a participar en la investigación, ya que su hijo (a)/menor a su cuidado presenta diagnóstico de epilepsia por neuropediatría, se encuentra en el rango de edad de ocho a 11 años y asiste al servicio de psicología del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía.

Procedimiento

Hacemos de su conocimiento que es nuestra responsabilidad informarle acerca de la investigación y aclarar las dudas que la misma le genere. Los datos serán recolectados, a través de pruebas psicológicas que serán aplicadas a usted y a su hijo (a)/menor a su cuidado. Como tutor legal y por ser cuidador de su hijo (a), se le aplicará una entrevista clínica semi-estructurada y el Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4-informe de padres. Esto, conforme con el estimado de tiempo, le tomará unos 60 minutos responder a lo solicitado.

A su hijo (a)/menor a su cuidado, se le aplicarán las siguientes pruebas psicológicas: entrevista clínica semi-estructurada, Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), Escala de Autoestima del Dr. Cardoze, Inventario de Calidad de Vida Pediátrica Peds QL4 y el Test de Apercepción Infantil con figuras de animales (CAT-A). Se estima que al menor le tomará, aproximadamente, de tres a cuatro sesiones de 50-60 minutos, responder a lo solicitado.

Su participación es completamente voluntaria, tiene derecho a negarse, puede decidir no participar o luego de haber aceptado, puede retirarse de la investigación, aun así, tendrá la oportunidad de ser incluido (a) en cualquier programa de atención o prevención que redunde en beneficio del resto de los participantes.

Los riesgos son mínimos y pueden estar relacionados con la incomodidad que sienten algunas personas ante las preguntas que se relacionan con sus

emociones; no se ofrecen beneficios económicos ni materiales. Los instrumentos aplicados son inocuos y solo buscan conocerlos mejor.

Confidencialidad y ética

Los resultados obtenidos de instrumentos aplicados serán tratados con estricta confidencialidad. Los datos serán manejados por la investigadora, sin ofrecer la posibilidad de identificación de los participantes. Su información es totalmente confidencial y siempre mantendrá el anonimato, ya que se emplean códigos de números y letras para cada caso, con la finalidad de proteger al máximo la privacidad y ética de la investigación.

Consultas y dudas

La persona responsable de esta investigación es Rosalín P. Ríos T. (psicóloga). Si surgen dudas o necesita alguna información, puede consultar inmediatamente o más tarde. Puede contactar a la investigadora al correo: rosalinprios@hotmail.com

Firma del participante

Yo _____ afirmo que se me han brindado los detalles acerca de la investigación a la que he sido invitado (a) a participar y del uso que se dará a los datos recolectados. Se me ha dado la oportunidad de realizar preguntas al respecto, las cuales fueron respondidos satisfactoriamente. Entiendo que puedo negarme a participar en cualquier momento de la investigación. Siendo así, acepto participar voluntariamente y responder los instrumentos para recoger los datos. Además, consiento voluntariamente en cuanto a la participación de mi hijo/a (o menor a mi cuidado) en la investigación.

Nombre del menor participante _____

Nombre del tutor legal _____

Firma del adulto participante _____

Cédula de identidad personal (adulto) _____

Fecha _____

Declaración del investigador

Doy fe de que he explicado a los participantes en la investigación acerca de la naturaleza de la misma, el manejo de los datos; se ha brindado el contacto de la investigadora responsable, para aclaración de alguna duda y solicitud de información.

Nombre del investigador: _____

Firma _____

Fecha _____ Número de documento _____

ANEXO No. 6
FORMATO DE ASENTIMIENTO
INFORMADO

Asentimiento Informado para el Niño (a)

Alteraciones psicoemocionales asociadas a la epilepsia en pacientes pediátricos de 8 a 11 años de edad del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía

Investigadora: Rosalin P. Ríos T. (psicóloga)

Mi nombre es Rosalin P. Ríos T. y soy psicóloga. Estamos investigando cómo se sienten emocionalmente los niños que tienen epilepsia y queremos pedirte que nos apoyes.

Puedes elegir si participar o no. Hemos conversado esta información con tus padres/tutor legal y ellos saben que te estamos preguntando a ti también.

Si deseas participar, tus padres/tutor legal también tienen que aceptarlo y autorizarlo. Si no deseas formar parte de la investigación, no te sientas obligado a participar, aun, si tus padres lo hayan aceptado.

Puedes hablar cualquier aspecto con tus padres o amigos o cualquier otro con quien te sientas cómodo. Si no entiendes algo, también puedes preguntarme. Es tu decisión el participar en esta investigación. No tienes que decidir en este momento. Si aceptas participar, pero luego ya no quieres hacerlo, está bien. Puedes retirarte en cualquier momento, si así lo decides.

¿Qué haremos?

Vamos a aplicarte unos instrumentos para conocerte mejor. En algunos momentos, se te pedirá que cuentes una historia y en otros, se te harán preguntas sobre cómo te sientes. No hay respuestas buenas ni malas, solo debes responder, siendo lo más honesto que puedas y tratar de concentrarte en lo que estamos haciendo. Para esto, necesitarás asistir unas tres a cuatro veces, aproximadamente. Cada vez que nos veamos, compartiremos juntos unos 50 a 60 minutos.

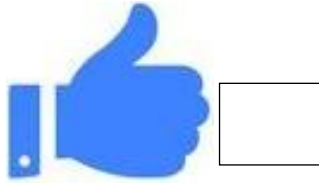
Este trabajo permitirá ayudar a muchos otros niños (as) que tienen edades similares a las tuyas y que también tienen epilepsia. No

diremos a otras personas que estás participando en esta investigación. Puedes ser totalmente sincero, ya que la información solo yo la veré, nadie más. Tus datos son confidenciales; es decir, que al compartir los resultados nadie sabrá que son los tuyos, no diremos tu nombre. Si tienes dudas o preguntas, puedes hacerlas en cualquier momento.

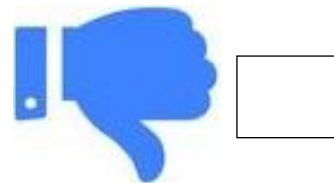
Si aceptas participar, por favor coloca un (✓) donde dice “SÍ quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no aceptas participar, por favor coloca un (✓) donde dice “NO quiero participar” y ya no escribas nada más.

SÍ quiero participar



NO quiero participar



Firma del niño (a) _____

Aspectos adicionales para el testigo y el investigador:

“He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentimiento al participante potencial y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el niño (a) ha dado su asentimiento libremente”.

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Declaración del investigador

Doy fe de que he explicado a los participantes en la investigación acerca de la naturaleza de la misma, el manejo de los datos, se ha brindado el contacto de la investigadora responsable para aclaración de alguna duda y solicitud de información. El padre/madre/tutor legal ha firmado un consentimiento informado sobre la investigación.

Nombre del investigador: _____

Firma _____

Fecha _____ Número de Documento _____

ANEXO No. 7

**ENTREVISTA CLÍNICA SEMI-
ESTRUCTURADA (PARA PADRES Y
NIÑOS)**

Entrevista clínica semi-estructurada

Codificación del paciente (asignada por el investigador): _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Distrito/provincia de residencia: _____

Referido por (especialidad): _____

Motivo de consulta:

Historia del cuadro actual:

Situación social:

Padre (edad y ocupación): _____

Madre (edad y ocupación): _____

Planificación familiar:

Hermanos (edad, sexo):

Otros familiares que viven con el paciente (parentesco, edad y relación):

Cambio de hogar/figuras paternas:

Relación entre los padres:

Interacción padres-hijos:

Interacción paciente-hermanos:

Relación del paciente con otros miembros de la familia:

Tipo de disciplina/reacción del niño:

Participación en actividades familiares:

Antecedentes patológicos (epilepsia, asma, alergias, cáncer, alcoholismo, hipertensión, trastornos mentales, discapacidad intelectual, otros)

Antecedentes patológicos familiares:

Antecedentes patológicos personales:

Historia personal:

Embarazo (complicaciones, control, duración, estado emocional):

Parto:

Período neonatal (peso, condición del niño):

Alimentación (detallar tipo y destete):

Desarrollo en la primera infancia (conducta y respuesta emocional del niño con la madre):

Desarrollo Psicomotor:

Sostuvo la cabeza: _____

Se sentó solo: _____

Gateó: _____

Deambulación: _____

Dentición: _____

Control de esfínteres: _____

Praxias (comer, vestirse, otros):

Lenguaje (inicio, desarrollo y alteraciones):

Enfermedades (edad de diagnóstico, hospitalizaciones, tiempo, tratamiento):

Traumas psíquicos y/o físicos:

Convulsiones (edad, frecuencia de las crisis, última crisis presentada, hospitalizaciones, tiempo, tratamiento, emociones manifestadas por el cuidador):

Conducta durante el juego:

Desarrollo sexual:

Separación de figuras (significativas para el niño-edad, tiempo, reacciones de los participantes):

Escolaridad:

Pre-escolar (conductas y rendimiento):

Escuela (motivo de cambio de escuela, reacción, conductas, adaptación y rendimiento):

Relación padre-maestro:

Aprovechamiento (fracasos, dificultades notorias):

Asistencia:

Impresión del niño ante la escuela:

Temperamento y personalidad (en las diferentes etapas del desarrollo y en la actualidad):

Ante personas extrañas:

Nuevas situaciones:

Descripción de la entrevista con el niño:

Apariencia física:

Respuesta a la separación de los padres:

Actitud hacia el psicólogo:

Conducta de trabajo:

Fuente: Adaptado de Sattler, J. (2010). *Evaluación Infantil: Fundamentos Cognitivos*. México: Editorial El Manual Moderno.

ANEXO No. 8

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA

PEDIÁTRICA PEDS QL4-INFORME DE

PADRES Y NIÑOS

N° de identificación: _____

Fecha: _____

PedsQL™

Inventario sobre la Calidad de Vida Pediátrica

Version 4.0 – Spanish for Chile

INFORME para PREADOLESCENTES (8-12 años)

INSTRUCCIONES

En la página siguiente hay una lista de cosas que podrían ser un problema para ti. Por favor, dinos **en qué medida** cada una de estas cosas ha sido un **problema** para ti durante el **ÚLTIMO MES**, marcando con un círculo la respuesta:

- 0** si **nunca** es un problema
- 1** si **casi nunca** es un problema
- 2** si **a veces** es un problema
- 3** si **con frecuencia** es un problema
- 4** si **casi siempre** es un problema

No hay respuestas correctas o incorrectas.
Si no entiendes una pregunta, por favor pide ayuda.

Durante el ÚLTIMO MES, ¿en qué medida las siguientes cosas han sido un problema para ti?

Mi SALUD Y ACTIVIDADES (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me cuesta caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2. Me cuesta correr	0	1	2	3	4
3. Me cuesta hacer deportes o ejercicios	0	1	2	3	4
4. Me cuesta levantar objetos pesados	0	1	2	3	4
5. Me cuesta bañarme o ducharme solo/a	0	1	2	3	4
6. Me cuesta ayudar en casa	0	1	2	3	4
7. Tengo dolores físicos	0	1	2	3	4
8. Me siento cansado/a	0	1	2	3	4

MIS SENTIMIENTOS (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me siento asustado/a o con miedo	0	1	2	3	4
2. Me siento triste o decaído/a	0	1	2	3	4
3. Me siento enojado/a	0	1	2	3	4
4. Me cuesta dormir	0	1	2	3	4
5. Me preocupo por lo que me pueda pasar	0	1	2	3	4

CÓMO ME LLEVO CON LOS DEMÁS (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me cuesta llevarme bien con otros niños	0	1	2	3	4
2. Los otros niños no quieren ser mis amigos	0	1	2	3	4
3. Los otros niños se burlan de mí	0	1	2	3	4
4. No puedo hacer las mismas cosas que los otros niños de mi edad	0	1	2	3	4
5. Me cuesta mantenerme al nivel de los otros niños cuando juego con ellos	0	1	2	3	4

EL COLEGIO (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me cuesta prestar atención en clases	0	1	2	3	4
2. Se me olvidan las cosas	0	1	2	3	4
3. Me cuesta estar al día con las tareas y las actividades en clases	0	1	2	3	4
4. Falto al colegio porque no me siento bien	0	1	2	3	4
5. Falto al colegio para ir al doctor o al hospital	0	1	2	3	4

N° de identificación: _____

Fecha: _____

PedsQL™

Inventario sobre la Calidad de Vida Pediátrica

Version 4.0 – Spanish for Chile

INFORME para PADRES de PREADOLESCENTES (8-12 años)

INSTRUCCIONES

En la página siguiente hay una lista de cosas que podrían ser un problema para su hijo/a.

Por favor, díganos en qué medida cada una de estas cosas ha sido un problema para su hijo/a durante el **ÚLTIMO MES**, marcando con un círculo la respuesta:

- 0 si **nunca** es un problema
- 1 si **casi nunca** es un problema
- 2 si **a veces** es un problema
- 3 si **con frecuencia** es un problema
- 4 si **casi siempre** es un problema

No hay respuestas correctas o incorrectas.

Si no entiende una pregunta, por favor pida ayuda.

Durante el **ÚLTIMO MES**, en qué medida ha sido **un problema** para su hijo(a) ...

SALUD FISICA Y ACTIVIDADES (problemas con ...)	Nunca	Casi nunca	A Veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Participar en juegos activos o ejercicios	0	1	2	3	4
4. Levantar objetos pesados	0	1	2	3	4
5. Bañarse o ducharse solo/a	0	1	2	3	4
6. Ayudar en casa	0	1	2	3	4
7. Tener dolores	0	1	2	3	4
8. Sentirse cansado/a	0	1	2	3	4

ESTADO EMOCIONAL (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	A Veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Sentirse asustado/a o con miedo	0	1	2	3	4
2. Sentirse triste o decaído/a	0	1	2	3	4
3. Sentirse enojado/a	0	1	2	3	4
4. Le cuesta dormir	0	1	2	3	4
5. Preocuparse por lo que le pueda pasar	0	1	2	3	4

ACTIVIDADES SOCIALES (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	A Veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Llevarse bien con otros niños	0	1	2	3	4
2. Que los otros adolescentes no quieran ser amigos de él/ella	0	1	2	3	4
3. Que los otros niños se burlen de él/ella	0	1	2	3	4
4. No poder hacer las mismas cosas que los otros niños de su edad	0	1	2	3	4
5. No poder mantenerse al nivel de los otros niños cuando juega con ellos	0	1	2	3	4

ACTIVIDADES EN EL COLEGIO (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	A Veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Poner atención en clases	0	1	2	3	4
2. Olvidarse de cosas	0	1	2	3	4
3. Estar al día con las tareas del colegio	0	1	2	3	4
4. Faltar al colegio porque no se siente bien	0	1	2	3	4
5. Faltar al colegio para ir al doctor o al hospital	0	1	2	3	4

Fuente: Autorización facilitada por Mapi Research Trust, localizado en Lyon, Francia y del investigador y autor del instrumento utilizado James W. Varni, PhD.

ANEXO No. 9
CUESTIONARIO DE
AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD
ESTADO-RASGO EN NIÑOS (STAIC)

ANEXO No. 10
HOJA DE RESPUESTA DEL
CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN
PARA NIÑOS (CDS)

CDS Hoja de respuestas

Apellidos y nombre _____
 Curso _____ Edad _____ Sexo _____ (V. o M.) Fecha _____
 Centro _____

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- +/- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	••	•	+/-	-	--		PD
1...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33...	<input type="radio"/>
2...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34...	<input type="radio"/>
3...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35...	<input type="radio"/>
4...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36...	<input type="radio"/>
5...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37...	<input type="radio"/>
6...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38...	<input type="radio"/>
7...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39...	<input type="radio"/>
8...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40...	<input type="radio"/>
9...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41...	<input type="radio"/>
10...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42...	<input type="radio"/>
11...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43...	<input type="radio"/>
12...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44...	<input type="radio"/>
13...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45...	<input type="radio"/>
14...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46...	<input type="radio"/>
15...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47...	<input type="radio"/>
16...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48...	<input type="radio"/>
17...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49...	<input type="radio"/>
18...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50...	<input type="radio"/>
19...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51...	<input type="radio"/>
20...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52...	<input type="radio"/>
21...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53...	<input type="radio"/>
22...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54...	<input type="radio"/>
23...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55...	<input type="radio"/>
24...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56...	<input type="radio"/>
25...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57...	<input type="radio"/>
26...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58...	<input type="radio"/>
27...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	59...	<input type="radio"/>
28...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	60...	<input type="radio"/>
29...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	61...	<input type="radio"/>
30...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	62...	<input type="radio"/>
31...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	63...	<input type="radio"/>
32...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	64...	<input type="radio"/>
						65...	<input type="radio"/>
						66...	<input type="radio"/>

Copyright © 1992 by A.T.C.R. México, S.A.
 Copyright © 1992 by TEA Ediciones, S.A. - Reproducción con permiso. Edita: TEA Ediciones, S.A., P.O. Box 1000, San Sebastián, 48. 48900 Leizor. - Permiso de reproducción: 1992 - 1993. Todos los derechos reservados. - Este cuestionario está sujeto a los usos y condiciones de uso que se indican en el presente folio.

Fuente: Lang, M. y Tisher, M. (2003). *Cuestionario de Depresión para Niños*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.

ANEXO No. 11
ESCALA DE AUTOESTIMA DEL DR.
CARDOZE

ESCALA CLÍNICA - A
D. Cardoze

Lee lo que sigue a continuación y antes de contestar, piensa bien la respuesta que has de elegir. Cuando elijas la respuesta coloca un gancho en la casilla correspondiente.

		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
		4	3	2	1	0
1	Soy buen alumno (a)					
2	Soy buen hijo (a)					
3	Lo que hago me sale bien					
4	Hago felices a mis padres					
5	Soy físicamente atractivo (a)					
6	Soy una persona útil					
7	Hago amigos					
8	Soy inteligente					
9	Tengo buenas ideas					
10	La gente habla bien de mí					
11	Soy buen compañero (a)					
12	Hago cosas buenas por los demás					
13	Le caigo bien a mis compañeros (as)					
14	Tengo la razón					

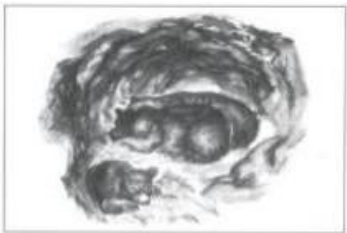
DATOS GENERALES

Código de identificación: _____ Edad: _____ Sexo: F M
Fecha: ____/____/____ Aplicador(a):* _____
Lugar de aplicación: _____
Puntaje directo: _____ Puntaje indirecto: _____ Criterio: _____

* Aplicador es la persona que da al estudiante la escala, lo orienta y supervisa en el proceso de contestarla.

Fuente: Cardoze, D. (2005). *Escalas clínicas en psiquiatría juvenil*. Panamá, Panamá: Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro

ANEXO No. 12
LÁMINAS DEL TEST DE
APERCEPCIÓN INFANTIL CON
FIGURAS DE ANIMALES (CAT-A)



Fuente: Bellak, L. y Sorel Bellak, S. (2007). *Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No.	Descripción	Página
Figura No. 1:	Modelo cognitivo de la ansiedad	39
Figura No. 2:	Modelo cognitivo de la depresión	45

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Descripción	Página
Cuadro No. 1:	Mapa de variables	67
Cuadro No. 2:	Sexo y edad de los pacientes	79
Cuadro No. 3:	Tipos de epilepsia	80
Cuadro No. 4:	Nivel de escolaridad	81
Cuadro No. 5:	Niveles de ansiedad estado-rasgo	82
Cuadro No. 6:	Dimensiones globales para el Cuestionario de Depresión para Niños	84
Cuadro No. 7:	Subescalas del Cuestionario de Depresión para Niños	86
Cuadro No. 8:	Niveles de autoestima	88
Cuadro No. 9:	Calidad de vida según niños	90
Cuadro No. 10:	Calidad de vida según padres	92
Cuadro No. 11:	Alteraciones conductuales observadas	95

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No.	Descripción	Página
Gráfica No. 1:	Sexo y edad de los pacientes	79
Gráfica No. 2:	Tipos de epilepsia	80
Gráfica No. 3:	Nivel de escolaridad	81
Gráfica No. 4:	Niveles de ansiedad estado-rasgo	83
Gráfica No. 5:	Dimensiones globales para el Cuestionario de Depresión para Niños	85
Gráfica No. 6:	Subescalas del Cuestionario de Depresión para Niños	87
Gráfica No. 7:	Niveles de autoestima	89
Gráfica No. 8:	Calidad de vida según niños	91
Gráfica No. 9:	Calidad de vida según padres	93