

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Bienestar en niños enfermos hospitalizados

Hospitalized sick children well-being

Omar Cruz Martin,^I Digna Edelsys Hernández Meléndrez,^{II} Maydell Pérez Inerárity.^{III}

- I. Licenciado en Psicología. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”, Facultad de Medicina, departamento de Psicología, Carretera del Acueducto y Circunvalación, Villa Clara. Cuba. omarcm@infomed.sld.cu
- II. Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias Psicológicas. Máster en Psicología de la Salud. Especialista en Psicología de la Salud, Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública, Calle 100 # 10132 e/ Perla y E, Altahabana, La Habana, Cuba, 10800 edelsys.hernandez@infomed.sld.cu
- III. Licenciada en Psicología, Doctora en Ciencias de la Educación, Máster en Ciencias de la Educación Superior. Profesor Titular. Universidad Central de Las Villas, Facultad de Medicina, departamento de Psicología, Carretera a Camajuani Km 5¹/₂, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. maydell@uclv.cu

RESUMEN

Durante su desarrollo el niño se enfrenta a eventos que plantean demandas difíciles de satisfacer como la enfermedad y la hospitalización. La Organización Mundial de Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, pero no existe consenso en la literatura sobre el término bienestar. El objetivo del artículo es realizar una revisión bibliográfica acerca del concepto bienestar en niños, asociado al proceso salud – enfermedad y a la

hospitalización. Los niños experimentan bienestar cuando predominan sus emociones positivas, estas favorecen la salud, las negativas, pueden provocar estados patológicos y son frecuentes en la hospitalización. Esa realidad amerita ser transformada. El bienestar en niños hospitalizados constituye un reto para las ciencias médicas para penetrar las bases del nivel secundario de atención.

Palabras clave: salud, bienestar en niños, niño hospitalizado, atención secundaria.

ABSTRACT

Throughout their development, children face events that pose hard-to-satisfy demands for them such as illness and hospitalization. The World Health Organization defines health as a state of complete physical, mental, or social well-being; however, there is no consensus in literature about the term “well-being”. The objective of the article is to do a bibliographic review on the concept of children well-being associated to the health-illness process and to hospitalization. Children experience the state of well-being when positive emotions, which favor health, prevail. Negative feelings, on the other hand, can cause pathological states and they are common in hospitalization. That reality merits transformation. Hospitalized children’s well-being presents a challenge for medical sciences in order to get inside the basis of secondary health care attention.

Keywords: health, children well-being, hospitalized children, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El término bienestar y la salud guardan estrecha relación, esta última es una construcción social compleja frecuentemente comprendida por contraposición a la enfermedad, al decir de Martínez Abreu,¹ se consideran como categorías dialécticas pares. Su interpretación ha evolucionado de acuerdo con las

diferentes etapas del desarrollo del pensamiento: mágico, religioso, escolástico, matemático, sociológico, biológico y holístico en el siglo XX.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, definió la salud como "[...] estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".² Definición que a pesar de aportar una concepción integradora es cuestionable fundamentalmente por su carácter estático y utópico. Así, según Muñoz Muñoz,³ la salud más que un estado es un proceso dinámico, donde en un extremo está la salud y en el otro la enfermedad.

La salud se relaciona con el desarrollo social, el cual se asocia al crecimiento económico que facilite las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social, con equidad, para que de forma individual y colectiva, los ciudadanos desarrollen sus potencialidades de bienestar.^{1,4-6}

La salud y por tanto, el bienestar a ella asociado, no pueden ser concebidos como resultantes de los servicios de salud sino como consecuencia de otros determinaciones, que incluye componentes tanto subjetivos como objetivos, elementos del ambiente, las políticas y componentes relacionados con el individuo, que deben evaluarse en términos cualitativos y cuantitativos.⁷⁻⁸

Los determinantes de la salud son el conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.⁹

Evans presentó un grupo de factores que inciden en los niveles de salud de la población, el ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo, al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas, los hábitos personales de salud, la competencia personal, las aptitudes de adaptación, el sentido de control y dominio y las características genéticas y biológicas, además los servicios a todos los niveles la salud.⁸

El modelo de los determinantes sociales de la salud OMS (informe de 2008) asume que las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, el

contexto y los procesos sociales impactan sobre la salud y por tanto, sobre el bienestar.

Dentro de los factores determinantes claves de la salud se encuentran los ambientales o del entorno, concretamente, los factores físicos y los factores sociales, los cuales ejercen una contribución relativa más significativa sobre los niveles de salud de la población que cualquiera de los restantes factores que la determinan.¹⁰

Health Canada y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asumen como determinantes de la salud de las poblaciones: ingresos y nivel social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entornos sociales, entornos físicos, prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación, desarrollo sano del niño, características biológicas y genéticas, servicios de salud, género, cultura, y por último la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados.¹¹

Para Linares Pérez ¹² la comprensión amplia de los determinantes sociales de la salud sugiere que los servicios de salud por si solos, son insuficientes para aprehender y transformar los mismos. Esto puede ser aplicado a la atención en el nivel secundario de salud, especialmente en la hospitalización infantil, donde el control y la eliminación de la enfermedad debe ser solo una condición necesaria para el restablecimiento de la salud y del bienestar como objetivo superior y último. El sector salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia. ¹³⁻¹⁴ El objetivo del presente artículo es realizar una revisión bibliográfica acerca del concepto de bienestar en niños, asociado al proceso salud – enfermedad y a la hospitalización

DESARROLLO

La psicología tradicional ha intentado explicar las enfermedades mentales y físicas, sus avances han permitido generar teorías acerca del funcionamiento mental humano y el desarrollo de terapias. Al respecto en su trabajo Vázquez y colaboradores,¹⁵ postulan que, el gran énfasis de la psicología clásica en la

enfermedad, ha hecho descuidar los aspectos positivos y los recursos internos del individuo, tales como el bienestar, la satisfacción, la esperanza, el optimismo y la felicidad y por consecuencia los beneficios que estos presentan para las personas.

En un estudio sobre literatura científica de Salanova,¹⁶ en cien años a partir del 1907, se publicaron 77614 artículos de estrés, 44667 de depresión, 24814 de ansiedad y solo 6434 sobre bienestar (12, 7 y 4 por cada 1). En relación a los estados de ánimo, los reportes negativos son veinte veces más frecuentes que los centrados en estados emocionales positivos.

El concepto de salud de la OMS favoreció el desarrollo de una psicología enfocada a la psiquis del hombre sano, y propició el aumento de la producción científica sobre felicidad, disfrute y bienestar. El foco tradicional en el síntoma y la enfermedad se trasladó hacia un concepto de salud cada vez más amplio que incluye aspectos del funcionamiento óptimo personal y no únicamente la ausencia de enfermedad.

Pero el tema bienestar no es nuevo, con el renacer del interés en él, cobran vigencia dos antiguas orientaciones conceptuales: la hedonía (Epicuro) y la eudaimonía (Aristóteles), la primera se define como el predominio del afecto positivo sobre el negativo, el logro del placer. La segunda concibe el bienestar como el resultado de vivir de forma plena y desarrollar los potenciales humanos más valiosos.¹⁷⁻¹⁸

Con este origen, no existe consenso en la literatura actual sobre el término bienestar, ha sido visto en ocasiones como un estado, sin que haya acuerdo al respecto. Los términos bienestar psicológico, subjetivo y emocional son usados indistintamente por los autores. Se han estudiado, tres niveles diferentes de bienestar, uno asociado al logro de la virtud, a una vida de bien, otro al logro de metas en la vida y una adecuada calidad de vida y otro relacionado a los afectos, con el predominio de emociones positivas. Tales diferencias conceptuales pueden generar incomunicación entre los diferentes grupos de profesionales y ocasionar incompatibilidad entre sus intervenciones.¹⁸

Para Victoria García-Viniegras¹⁸ el bienestar psicológico es: ... la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción

con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones socio-históricas y culturales en que se desenvuelve el individuo.

Para esta autora, el bienestar psicológico es la dimensión subjetiva de la calidad de vida, este posee elementos reactivos, pero trasciende la reacción emocional inmediata, comprende elementos más estables expresión de lo cognitivo. El bienestar psicológico se deriva de experiencias humanas vinculadas al presente, pero está mediado por experiencias del pasado en tanto “lo logrado” es fuente de bienestar y a la vez posee una proyección al futuro traducida en metas, aspiraciones y objetivos en la vida. La satisfacción con la vida surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macro social.¹⁸

Esta posición integradora es entendible, pero no aplicable en la infancia por implicar un nivel alto de desarrollo del auto concepto. Tampoco es funcional en el caso de pacientes portadores de una enfermedad crónica no transmisible en hospitalización, sobre todo en estado terminal. Según García- Viniegras y López González¹⁸ lo que nos produce satisfacción y disfrute, varía de una sociedad a otra, de una época a otra, de una etapa del desarrollo social a otra y de un momento de la vida personal a otro.

Los niños experimentan bienestar cuando en su vida predominan las emociones positivas sobre las negativas.¹⁹ En ellos resulta difícil entender esta categoría en función del logro de una vida acorde a principios, ni siquiera al logro de metas y de calidad de vida, especialmente en el caso de niños enfermos.

Una persona enferma puede estar satisfecha con lo logrado en la vida, haber vivido una vida acorde a sus valores, haber realizado sus potencialidades y a pesar de su estado, puede tener conformidad con todo ello, pero el desbalance marcado entre emociones positivas y negativas, el temor a la posible exposición a procedimientos médicos invasivos, el sentimiento de pérdida generalizada y la proximidad de la muerte, entre otras razones, plantean el cuestionamiento,

¿existe en él bienestar? Desde las diferentes posiciones abordadas las respuestas pueden ser contradictorias.

A juicio de los investigadores, no deben confundirse concepciones del bienestar con la existencia del mismo, la hedónica y la eudaimónica son concepciones diferentes y contrapuestas del fenómeno, que han sido, en el devenir histórico, interpretadas como dos tipos diferentes de bienestar, entiéndase: dos concepciones de un único proceso, el bienestar.

Tales concepciones ven asociado el bienestar a factores diferentes, particularidad que ha marcado las teorías posteriores hasta la modernidad, así, se asocia el bienestar a la presencia y predominio de emociones positivas sobre negativas, a satisfacción con la vida, (una buena vida) el logro de metas y propósitos, el desarrollo de potencialidades, el vivir acorde a principios (entiéndase una vida de bien), entre otros.

Al entender el bienestar a partir de los factores a los que el mismo está referido se puede confundir el propio bienestar con las causas a las que él se asocia, o lo que es lo mismo, sus determinantes, lo que conlleva a aceptar la existencia de disímiles bienestares.

El bienestar debe ser visto como único e indivisible, no hay dos ni tres tipos, su división implicaría el absurdo de su posible contraposición. Debe ser entendido como el estado resultante del proceso de balance de emociones positivas y negativas. El alto bienestar estará determinado por una afectividad placentera elevada y una afectividad displacentera baja.¹⁸ Tiene factores determinantes externos, las condiciones de vida, la calidad de vida, con toda una madeja de condiciones, influencias, y factores medioambientales, relacionales y sociales, las cuales actúan sobre el individuo mediatizadas por condiciones internas, como los factores cognitivos, que le imprimen sentido personal y generan cierta estabilidad o no al bienestar consecuente.

No puede entenderse el bienestar al margen del sentido personal que tiene la realidad percibida por el individuo, pero eso no significa reducir el primero a sus determinantes internos, que actúan en última instancia como mediatizadores de las condiciones externas vivenciadas. Entiéndase por tanto el bienestar como el

estado de satisfacción resultante del predominio de emociones positivas sobre negativas, consecuente de la interiorización de condiciones externas, asociadas a la cultura y al desarrollo social en un momento histórico concreto, mediatizadas por determinantes internos dentro de las cuales se encuentra lo cognitivo.

Las orientaciones hedónica y eudaimónica del bienestar no son excluyentes, coexisten en cada persona, más o menos equilibradas a razón de cómo se defina la compleja relación de lo interno y lo externo en cada individuo concreto, en una situación y momento específico. En las primeras etapas de la vida, por el inconcluso desarrollo social del individuo y en la enfermedad, especialmente al encarar la muerte como posibilidad real, por ser quizás la más profunda crisis de la vida, se reordena todo el sistema de sentidos de la personalidad, y se refuerza el valor de lo emocional en el bienestar.²⁰

Si se considera la salud como una categoría integral se puede considerar que el bienestar psicológico es la expresión psicológica de ella. Así como el estado natural biológico del organismo es la salud, en el área psicológica esa disposición la constituye el bienestar.¹⁷ Existen evidencias científicas que permiten suponer que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las negativas tienden a disminuirla.²¹

Las emociones pueden ser positivas o negativas. En el caso de las primeras predomina la vivencia de placer. Existe un repertorio muy extenso de estas emociones.^{17, 22} la alegría, el interés, amor y satisfacción, la esperanza, el optimismo, la serenidad y el “flow” que puede traducirse como flujo de conciencia.²³

Estas emociones son conceptualizadas como un cambio de estado, concertado, generalmente adaptativo, de múltiples sistemas fisiológicos en respuesta a un estímulo que es valorado como agradable.²¹ Diferentes investigaciones señalan el efecto beneficioso de las emociones de este tipo. Son favorecedoras del pensamiento creativo en la resolución de problema, se plantea que el afecto positivo promueve la flexibilidad cognitiva, respuestas innovadoras, la búsqueda de información, la autoprotección ante las situaciones negativas, facilita la planificación y la toma de decisiones asertivas.⁽²³⁾

Para Berrocal y Díaz²² las emociones positivas promueven estrategias cognitivas específicas, aumentan los recursos intelectuales, bajo abandono escolar, una mejora del entendimiento de las situaciones complejas y un alto ajuste psicológico. También se señala el beneficio en el campo de la motivación.

Las emociones, tienen una doble importancia, además de contribuir a la calidad de vida de las personas como marcador del bienestar, constituyen un medio para conseguir crecimiento psicológico y mejoría del bienestar por más tiempo.^{22, 24}

En los sujetos que poseen un mayor bienestar emocional predomina una valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales; mientras que los "infelices" ven la mayoría de los acontecimientos como perjudiciales.²⁵ Variables relativas al apoyo social tienden a corresponder con emociones positivas; mientras que los acontecimientos negativos se encuentran relacionados con las negativas.²⁵

Las emociones positivas optimizan el bienestar, pues contrarrestan las situaciones estresantes. La capacidad para experimentar las mismas constituye un importante recurso psicológico, favorece la salud y la integridad.

Las emociones negativas, propician la desorganización de las respuestas emocionales y pueden provocar la aparición de estados patológicos. Una de las razones del interés científico y profesional en las emociones, es la convicción de que el estado emocional puede producir salud o enfermedad.²⁴ Las emociones negativas pueden preceder a la enfermedad y/o ser consecuencias de ésta, pueden influir en la génesis y evolución de diversos trastornos y a su vez la presencia de trastornos genera la aparición de emociones.²⁶

El papel de las emociones negativas en el proceso salud-enfermedad ha despertado más interés.^{18, 27} Diferentes estudios han demostrado el papel que juegan los factores emocionales en los: trastornos sicosomáticos, las infecciones, los problemas cardíacos, y el cáncer.²⁸

Las emociones negativas son vivenciadas de diferente forma por cada persona, en dependencia de características individuales, del contexto en el que se desenvuelve el ser humano y las características de la etapa del desarrollo. La ansiedad y la depresión tienen alta incidencia en niños hospitalizados.

Para algunos autores, el sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes puede afectar el funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y, en general, de todas las funciones fisiológicas,²⁵ la totalidad de sistemas orgánicos aparecen relacionados con factores psicológicos que influyen de manera importante en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades.

Los niños no están exentos de experimentar momentos desintegradores en el proceso de salud enfermedad, en ocasiones llegan a padecer enfermedades con serias implicaciones para su integración social, escolar, familiar, entre otras, que generan emociones negativas. Las enfermedades crónicas marcan particularmente el desarrollo del menor que las padece, el estudio de su impacto se convierte en un objetivo esencial de las ciencias.²⁹

Situaciones de tensión como la hospitalización pueden generar depresión en el niño, y en las personas que le rodean, especialmente sus familiares quienes frecuentemente presentan temores y preocupaciones con respecto al futuro de sus hijos. Se sienten inseguros, impotentes o culpables por no poderlos proteger, emociones negativas que si no son bien manejadas por el adulto acrecientan las afectaciones del estado de ánimo del menor.³⁰

La enfermedad es la causa que lleva al niño a entrar en contacto con el hospital. La gravedad y tipo de tratamiento que ésta requiera, determina la prolongación y frecuencia de los ingresos y por tanto la exposición a un ambiente físico y entorno social que afecta el bienestar. Martínez Abreu¹ plantea, no hay un nivel último, pero si un nivel óptimo, por debajo del cual las condiciones de vida se tornan amenazantes para la salud y el bienestar.

Durante su desarrollo el niño se enfrenta a eventos que plantean demandas difíciles de satisfacer. Situaciones bruscas, imprevisibles, que enfrentan al niño con estresores que superan su capacidad adaptativa y pueden provocar la pérdida de su equilibrio bio-sico-social, la hospitalización es uno de ellos.³¹ El grado de comprensión de los niños acerca de la enfermedad no les permite entender la razón de la misma, ni la necesidad del tratamiento.³²

La hospitalización infantil abarca un conjunto de factores, capaces de generar respuestas de estrés. Su efecto varía en función de la edad, de las experiencias previas, de variables de personalidad y del repertorio de habilidades de afrontamiento del niño.³³

Los principales estresores durante la hospitalización infantil son: la enfermedad, el dolor, el entorno hospitalario que resulta no familiar y con presencia de extraños, las exposiciones al material o a procedimientos médicos invasivos, el miedo a no despertar, la separación de los padres, familiares y amigos, el estrés de los acompañantes, generalmente los padres, la ruptura de la rutina vital y adaptación a una rutina desconocida e impuesta, pérdida de la autonomía, control y competencia personal, incertidumbre sobre la conducta apropiada y la posibilidad de la muerte.³²⁻³⁴

En la hospitalización el sujeto percibe un incremento de su propia vulnerabilidad, al mismo tiempo que aumenta la cantidad de estímulos estresantes, incluso amenazantes a la propia integridad física.³⁵ Resulta complejo delimitar el estrés derivado de la enfermedad del que genera la propia hospitalización y las circunstancias asociadas a ésta.³⁶⁻³⁷ La permanencia en el hospital le impide la asistencia regular a la escuela y la relación con sus compañeros, aspecto que dificulta sus relaciones y puede generar aislamiento.^{36,38,39}

Las alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo son frecuentes entre los pacientes pediátricos hospitalizados.^{40, 41} En los niños de edad temprana la hospitalización puede provocar inquietud, ritmos alterados, irritabilidad, inapetencia, regresiones, ansiedad de separación mientras que en niños de edad escolar y preescolar provoca tristeza y depresión como síntomas más generalizados. Estas reacciones se deben en gran medida al miedo.^{33,42} Estudios de miedos específicos precisan que los temores más frecuentes en la población infantil hospitalizada son a sufrir daños físicos, a los lugares cerrados y a la muerte.^{37, 43}

El niño puede experimentar alteraciones emocionales tanto durante la hospitalización como después de ella.⁴⁴ La gama de alteraciones psicológicas que pueden manifestarse van desde trastornos del sueño o fobias simples hasta

problemas de conducta y dificultades en el aprendizaje. La ansiedad y la depresión son los síntomas que con mayor frecuencia aparecen.⁴⁵

Existe evidencia que sugiere la presencia de ansiedad en los niños como respuesta emocional al evento de hospitalización. Aguilera y Whetsell²⁹ observaron diferencias en la ansiedad a través del tiempo, la misma se presentó en niveles más altos durante la hospitalización y más bajos después de egresar del hospital. Es necesario prevenir, identificar y tratar la ansiedad en el niño a través de programas de educación para la salud, durante y después de la hospitalización.

La hospitalización infantil es también estresante para los padres; en algunos casos, los progenitores experimentan un alto grado de malestar que incide en los niños.⁴⁶ Méndez, Ortigosa y Pedroche³⁶ postulan la existencia de relación entre ansiedad materna y nivel de activación cardíaca del hijo, así como también se encontró correlación entre ansiedad de las madres y alteraciones conductuales en niños hospitalizados. El estrés de los padres dificulta la adaptación del niño a la hospitalización. Un afrontamiento inadecuado de la experiencia hospitalaria por parte de los padres incrementa el estrés infantil.

Los sistemas nacionales de salud deberán mover el foco de su colosal trabajo hacia los aspectos que tienen que ver con la vida, el bienestar y la salud en lugar de privilegiar los aspectos relativos a la enfermedad y el riesgo.³

A decir de Cruz,⁴⁷ cuando un niño es hospitalizado ejerce su derecho total a que se le proteja su salud, pero unido al ejercicio de ese derecho viene cierto freno o limitación al disfrute de otros derechos esenciales, como el derecho a la educación, al esparcimiento, al juego, a las actividades recreativas, a participar en la vida cultural y en las artes, entre otras, incluso en ocasiones pierde hasta el derecho a su identidad cuando frecuentemente es nombrado por la enfermedad que padece o por el número de su cama, derechos todos refrendados por la ley.

Resulta paradójico, continua el autor, que luego de tantos esfuerzos y logros en la consagración de los derechos del niño, el beneficiarse de uno de ellos impida o dificulte el disfrute otros. El bienestar implica inexorablemente el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales, esa realidad amerita ser transformada.

CONCLUSIONES

El término bienestar, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo y la condición de los sujetos, debe entenderse como el predominio de emociones positivas sobre las negativas, por la repercusión que ellas tienen en el proceso salud enfermedad.

Las condiciones artificiales de vida que constituye el hospital, para los niños que necesitan ser internados, repercuten inexorablemente en los niveles de salud propios y de su familia y afectan la recuperación de la enfermedad.

El tema del bienestar en niños hospitalizados constituye un reto a las ciencias de la salud, las que encuentran por esta vía una brecha para penetrar las bases del nivel secundario de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Abreu J. Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. Rev Méd Electrón [Internet] 2014. [citado 7 julio 2016]; 36(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema15.htm>
2. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. [citado 3 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/index.html
3. Muñoz Muñoz S. Salud y desarrollo en el contexto Latinoamericano. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2011. [citado 7 julio 2016]; 37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200012
4. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health. Report by the Secretariat [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [cited 2016 Nov 8]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/B_132_14-en.pdf.

5. Thielmann K, Illnait Ferrer J, Clark Arxer I. Determinantes individuales y sociales de la salud. Rev cub salud pública [Internet]. 2013 [citado: 7 Nov 2016] 39(2). Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-3466&lng=en&nrm=iso
6. Ramis Andalia R. Algunas reflexiones acerca de la noción de determinantes, determinantes sociales y desigualdades en salud. INFODIR [Internet] 2012. [citado 8 Nov 2016]; 8(15). Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/infodir/n1512/infod04212.htm>
7. Pagliccia N, Alvarez Pérez A. The Cuban Experience in Public Health: Does Political Will Have a Role? International Journal of Health Services [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 16]; 42(11): [about 17 p.]. Available from:
<http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?eferrer=parent&backto=issue,8,13;journal,2,166;linkingpublicationresults,1:300313,1>.
8. De Vos P, García Fariñas A, Álvarez Pérez A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, Van Der Stuyft P. Public health services, an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba, 1989–2000. Tropical Medicine and International Health [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 6]; 17(4): [about 10 p.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2011.02941.x/full>
9. Thielmann K, Illnait Ferrer J. La crisis y la salud. ¿La salud en crisis? Rev. cub. salud pública [Internet]. 2012 [citado 16 Nov 2016]; 38(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Álvarez Pérez AG. La determinación social de la salud en Cuba. Principales desafíos. Revista Digital de divulgación científica y cultura de la salud en Cuba [Internet] 2013. [citado 23 octubre 2016]; 12(4). Disponible en:
<http://www.saludvida.sld.cu/articulo/2013/12/04/la-determinacion-social-de-la-salud-en-cuba-principales-desafios>
11. Louro Bernal I. Visión panorámica de los determinantes sociales de la salud. Revista Digital de divulgación científica y cultura de la salud en Cuba [Internet] 2013. [citado 25 Oct de 2016]; 1(3). Disponible en:
<http://www.saludvida.sld.cu/articulo-dossier/2013/11/06/vision-panoramica-de-los-determinantes-sociales-de-la-salud>

12. Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev. cub. salud pública [Internet] 2015. [citado 7 Jul 2016]; 41(1) Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009
13. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI Revista Finlay [Internet] 2013. [citado 7 Jul 2016]; 3(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008
14. Rojas Ochoa F. Determinantes sociales de la salud y la acción política. Rev Hum Med [Internet] 2013. [citado 7 Jul 2016]; 13(2)]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202013000200001&script=sci_arttext&tlng=en
15. Vázquez C, Hervás G, Rahona J, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 2009; 5:15-28 Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical And Health Psychology, 5. [citado 7 Jul 2016]; 15-28. España: Universidad Complutense; 2009. Disponible en:
<http://files.asociacion0.webnode.com.uy/2000000193-5bb935cafa/art%C3%ADculo%20%20bienestar%20psicol%C3%B3gico.pdf>
16. Salanova M. Organizaciones saludables: una aproximación desde la Psicología Positiva. En: Vázquez C, Hervás G, editores. Psicología Positiva aplicada. Bilbao: Desclée de Brower; 2008. p. 403-27.
17. Casas F, Bello A. Calidad de vida y bienestar infantil subjetivo en España. ¿Qué afecta al bienestar de niños y niñas españoles de 1º de ESO?. Madrid: UNICEF Comité Español, 2012
18. Victoria García Viniegras C, López González V. Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2003 [citado 7 Jul 2016]; 2(7). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/articulo_rev7/carmen.html#PROPI
19. Zapata A, Batista M, Quiroga A, Charra S, Leiva J. Evaluación del bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en padres con niños y adolescentes con retraso mental leve. Psiencia [Internet] 2013. [citado 7 Jul 2016];5(1). Disponible en: <http://www.psiencia.org/5/1>

20. Bauzá Thorbrügge E. Bienestar emocional infantil y hospitalización [tesis]. Islas Baleares: Universidad de las Islas Baleares; 2013.
21. Stenning Jacobs V. Estado emocional de niños hospitalizados bajo el diagnóstico de leucemia: estudio de caso [tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2015. Disponible en:
<http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/346128>
22. Berrocal P F, Díaz N R. Desarrolla tu inteligencia emocional. Editorial Kairós. 2012.46. Diener E, Lucas R, Schimmack U, Helliwell J. Well-being for public policy. Oxford: Oxford University Press; 2009
23. Tajer C D. Alegría del corazón. Emociones positivas y salud cardiovascular. Rev. argent. cardio [Internet]. 2012 [citado 7 Jul 2016]; 80(4). Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000400015
24. Isen A, Daubman K, Nowicki G. Positive affect facilitates creative problem solving. J Pers Soc Psychol. [Internet]. 1987[cited 2016 Jul 7]; 52:1122-31. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-27192-001>
25. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. Psychologia: avances desde la disciplina [Internet] 2013 [citado 6 Nov 2016]; 7(2):69-86. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297229855006>
26. Piqueras Rodríguez J, Ramos Linares V, Martínez González A, Oblitas Guadalupe L. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicológica [Internet] 2009 [citado 6 Nov 2016]; 16(2):85-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
27. Wechsler M, Sánchez Iglesias I. Psychological adjustment of children with cancer as compared with healthy children: a meta-analysis. Eur. J. Cancer Care. 2013; 22(3):314-25.
28. Park N, Peterson C, Sun JK. La psicología positiva: investigación y aplicaciones. Ter Psicol [Internet]. 2013 [citado 6 Nov de 2016]; 31(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000100002&script=sci_arttext&tlng=en
29. Batún Cutz J L, Guerrer Lara . A, Kantún Chim M D, Panti-Trejo H G, Rodríguez-Aké A L. Efecto psicológico de una intervención de apoyo emocional

- para niños hospitalizados. *Ansiedad y Estrés* [Internet] 2016 [citado 6 Nov 2016]; 22(2-3): 74-79. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134793716300112>
30. Aguilera Pérez P, Whetsell V. La ansiedad en niños hospitalizados. *Aquichan* [Internet]. 2007 [citado 16 Nov 2016]; 7(2). Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/114/229>
31. Carmona Buendía V, Valero Ramos E. Arquitectura para la infancia en el entorno hospitalario. *Arquitectonics: Mind, Land & Society*. [Internet]. 2015 [citado 6 Nov 2016]; (27). Disponible en:
https://www.pa.upc.edu/ca/Varis/altres/arqs/congresos/copy_of_International-Workshop-COAC-Barcelona-2012---Jornadas-Cientificas-COAC-Barcelona-2012/comunicacions-isbn-in-process/carmona-buendia-victoria-valero-ramos-elisa/@@download/file/Arquitectura%20para%20la%20infancia%20en%20el%20entorno%20hospitalario.pdf.
32. Oré Maldonado J. *Sicología de niños hospitalizados. Interacciones*. [Internet]. 2015 [citado 6 Nov 2016]; 1(2). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5759448.pdf>
33. Sánchez Álvarez C. *Arteterapia en la hospitalización infantil. Interacciones entre los acompañantes y los niños hospitalizados* [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
34. Cruz Martín O, Mejías León M, Machado Machado Y. Caracterización emocional de niños escolares hospitalizados con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Pediatría* [Internet]. 2014 [citado 6 Nov 2016]; 86(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol86_4_14/ped07414.htm
35. Pabón Guerrero R. El niño hospitalizado, su familia y el equipo de salud. *Revista UNIMAR* [Internet]. 2014 [citado: 16 Nov 2016]; 24(2). Disponible en:
<http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/view/18/15>
36. Quesada Conde A, Justicia Díaz M, Romero López M, García Berbén M. La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *Revista Infad*. [Internet]. 2014 [citado 6 Nov 2016] 4(1). Disponible en:
<http://dehesa.unex.es/handle/10662/1410>
37. Méndez F, Ortigosa J, Pedroche S. Preparación de la hospitalización infantil. Afrontamiento del estrés. *Psicol. Conduct.* [Internet]. 1996 [citado 6 Nov 2016];

- 4(2):193-209. Disponible en:
<http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1996/art03.2.04.pdf>
38. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int J Clin Health Psychol.* [Internet]. 2003 [citado 6 Nov 2016];2003; 3(4).
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730109>
39. Alfaro A. Actitudes del niño frente a la hospitalización. *Gac Sanit* [Internet]. 2009 [citado: 5 Jul 2016]; 16(1). Disponible en:
http://kidscreen.de/revision_gaceta_sanitaria.pdf.
40. Limonero J T, Tomás Sábado J, Fernández Castro J, Gómez Romero M J, Ardilla Herrero A. Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida_Psicol. *Conduct* [Internet]. 2012 [citado: 5 Jul 2016]; 2012; 20(1). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3924266>
41. Hernández Pérez E, Rubio J A R. La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. *Atención educativa en población infantil hospitalizada. Perspectiva Educacional* [Internet]. 2013 [citado: 5 Jul 2016]; 52(1). Disponible en:
<http://www.perspectivaeducacional.cl>
42. Castellanos S A P, Torres L S Q. Propuesta para el apoyo pedagógico y del manejo de las emociones a niños hospitalizados por periodos de tiempo largo o recurrente. En: Jiménez Hernández AS, Pantoja Vallejo A, Leiva Olivencia JJ editores. *Memorias del Congreso Internacional Infancia en Contextos de Riesgo*; 2015. España: AICE; 2015.
43. Guerrero R P. El niño hospitalizado, su familia y el equipo de salud. *Revista UNIMAR* [Internet]. 2014 [citado: 5 Jul 2016]; 24(2). Disponible en:
<http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/view/18/15>
44. Valiente R, Sandín Chorot P, Tabar A. Diferencias según edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema* [Internet]. 2003 [citado: 5 Jul 2016]; 15(41).
45. Patiño Rocha CF. Prevalencia de trastornos conductuales y factores asociados en los niños/as hospitalizados en el servicio de pediatría hospital Vicente Corral Moscoso [tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2014.
46. Mancebo Luna Y, Quiñones González M, Lebeque Ramos M. Principales aspectos clínicos en niños y adolescentes con insuficiencia renal aguda.

MEDISAN [Internet]. 2013 [citado: 6 Nov 2016]; 17(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400011&lang=pt

47. Valles Ocanto D E, Velasco Palma K A. Vivencialidad de situaciones emocionales estresora-depresivas en padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN): abordaje fenomenológico desde la orientación familiar [tesis]. Carabobo: Universidad de Carabobo; 2014. Disponible en:
<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/1624/4844.pdf?sequence=4>
48. Cruz Martin O. Secondary care regarding Children Rights in Villa Clara, Cuba, 2013. Rev Bio y Der [Internet]. 2015 [citado: 5 julio 2016] 35. Disponible en:
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/publicado-el-#-35-de-la-revista-de-bioetica-y-derecho>

Recibido: 01/12/2016

Aprobado: 22/05/2017

Omar Cruz Martín. Licenciado en Psicología. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”, Facultad de Medicina, departamento de Psicología, Carretera del Acueducto y Circunvalación, Villa Clara. Cuba. omarcm@infomed.sld.cu