

# **INVESTIGACIONES**

---

# EL SIGNIFICADO DE LAS MALFORMACIONES ANORECTALES Y DE LAS DILATACIONES ANALES

---

Oscar William Aguinaga Benítez\*

Es un estudio investigativo de tipo cualitativo, dentro del enfoque hermenéutico, en donde se busca conocer el significado que los padres asignan a las Malformaciones Anorectales o Enfermedad de Hirschprung y el tratamiento en sus hijos, incluyendo las dilataciones anales; con el propósito de encontrar aproximaciones a sus sentidos y construir estrategias de atención que beneficien el estado físico del niño y apunten a un mayor equilibrio psicosocial de los padres. Es por ello, que las categorías de análisis están insertas en la actitud, entendida ésta como la síntesis de lo afectivo, lo cognitivo y lo práctico. Mediante la historia clínica hospitalaria, se seleccionaron a los padres a quienes se les hizo la entrevista y se les observó la actitud frente a las Malformaciones y su tratamiento en más de una ocasión, obteniéndose la información que condujo a las conclusiones. Se entrevistaron y observaron 25 padres de familia y sus respectivos hijos, no sin antes señalar que se trató de recoger una experiencia de 4 años atrás, con otros padres con similar problemática.

## Problema

Generalmente cuando los padres de familia esperan un hijo desean que sea un niño sano

y normal, pero si por alguna circunstancia, nace con una Malformación Anorectal o se le descubre una enfermedad de Hirschprung, sus reacciones son inmediatas; en todos los casos, la primera respuesta es de inmovilización, de la cual surge además un sentimiento de impotencia, un escepticismo acerca de la justicia divina –castigo de Dios–, vergüenza y autoculpa familiar, quizás. Creen que eso les pasó “por ser desjuiciados”, por no haber tenido un control médico o porque “están marcados por un destino trágico”.

Los padres padecen un trauma psicológico que los lleva a experimentar sentimientos de desesperanza, desconfianza y culpa. Frente al evento, dan muestra de querer controlar lo que ocurre y no poder, de inseguridad e incertidumbre y se presentan bajos de autoestima, sienten lesionados su propio orgullo y ven amenazada su confianza de grupo con respecto a su compañero (a).

Algunos padres, particularmente el hombre, presentan ciertos mecanismos de defensa no funcionales, tales como la negación, la inexpressividad, el aislamiento e incluso la huida.

---

\* Enfermero, profesor asistente Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Abandonan el hogar e incrementan el trauma familiar, pues la madre, tiene que enfrentar la situación sin la ayuda y acompañamiento de éste.

La experiencia ha demostrado que el tratamiento de las Malformaciones Anorectales y de la enfermedad de Hirschprung es prolongado y que el éxito no depende solamente del acto quirúrgico, sino también, del proceso de las dilataciones Anorectales, procedimiento que consiste en introducir un objeto llamado dilatador de Hegar, alargado, liso y de fácil desplazamiento, en el ano y parte del recto con miras a mantener el orificio adecuado, desde el punto de vista fisiológico, de tal manera que permita la eliminación de excretas. Dicho procedimiento es bastante prolongado en cuanto a tiempo y frecuencia. Frente a éste los padres muestran diversas reacciones, siendo las más notorias las siguientes: ansiedad, llanto, impotencia y desesperanza. Parece que el tabú no los deja tranquilos, creen que su hijo tendrá un futuro homosexual, sienten pena frente a otros padres y se declaran incapaces de realizar algunas actividades que se les recomienda para efectuar en casa.

Las dilataciones anorectales pueden considerarse como un procedimiento ambivalente, tanto para el niño como para el padre o familiar; para el primero, se "dice" que es por su bien, que es para que pueda ser un niño normal, pero este siente molestias, dolor incomodidad o quien sabe (1). Para el segundo, que acude en busca de una solución y se encuentra ante unos requisitos bien exigentes, que le producen gasto de energía emocional, pues por una parte no se siente capaz de hacer el procedimiento en casa (2), por la otra, los dilatadores son costosos; pero por otra parte, cree que si se hace lo recomendado podrá lograr que su hijo no padezca más, dicha afectación.

Con esta investigación se pretendió buscar respuesta a los siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la reacción del niño-a al ser sometido al procedimiento de las dilataciones anales?
2. ¿Qué significado tiene para los padres de familia una Malformación Anorectal o enfermedad de Hirschprung en su hijo-a?
3. ¿Qué significado tiene para los padres de familia, el procedimiento de las dilataciones anorectales a que es sometido su hijo-a?

### **Tendencia cognitiva**

La explicación, causa y efecto de la enfermedad, el tratamiento, la clase de cuidado y la atención, la ayuda y sus expectativas, constituyen la función cognitiva de los padres de familia que han dado origen a un hijo que padece una Malformación Anorectal o una enfermedad de Hirschprung.

Inicialmente estos padres que acuden a sus patrones de creencia intrafamiliar o entre los vecinos, se ven abocados a buscar un sistema médico que les proporcione "la cura total" y que a su vez les "mitigue el padecimiento", tanto a su hijo como a ellos.

Los padres que enfrentan un hijo con malformaciones anorectales o enfermedad de Hirschprung, tienen sus propias representaciones mentales acerca del padecimiento de su hijo, producto de una desinformación sobre las causas de dicha anomalía, debido a sus creencias acerca del futuro deparado para la personalidad de ese niño, debido a los sentimientos de culpa y de autculpa y debido también a algunas asociaciones con la situación económica por las que como padre de familia atraviesa en ese momento.

Predomina en estos padres un pensamiento funcional, enmarcado dentro de lo económico y el futuro de su hijo, "uno bien pobre y vea lo que ocurre, para acabar de ajustar", "qué será del niño cuando sea grande?". Un pensamiento místico, religioso, entorno a la aparición de dicha malformación o enfermedad, "son cosas de Dios", "es una prueba de

Dios", "Dios sabrá". Un pensamiento trágico, cuando proyectivamente se imaginan lo peor o sobre el presente piensan en la inminente muerte. Un pensamiento prelógico, muy concreto, creen que la única solución es llevarlo al médico, asignando así, un poder mágico a este personaje, quien "me lo curará totalmente". Un pensamiento conflictivo, pues sus ideas son confusas, autoderrotantes, acusadoras y torturantes "porque a mi?, haré hasta lo imposible por sacar a este niño adelante, así me toque robar". También parecen adaptar conductas conformistas "lo importante es que está vivo gracias a Dios".

En el presente estudio solo una señora manifestó: "Tal vez la causa de todo fue la familia de él (el esposo padre), pues nos tiene envidia y no nos han dejado tranquilos desde que nos casamos". Asignando ahí el poder mágico a los suegros de ser los causantes del mal. Varios de los padres entrevistados expresaron la influencia tanto de la suerte como del destino.

### **Tendencia sensitiva**

La serie de expresiones tales como: la culpa, el llanto, la tristeza, la ansiedad, la desesperanza, la impotencia, "el dolor interno", la angustia, los nervios, la duda, la desesperación, la soledad, la desgracia, el cansancio, la maldición, la desmotivación, el temor y el pesar que expresan los padres cuando tienen un hijo afectado por una Malformación Anorrectal o una enfermedad de Hirschprung, son el producto de un trastorno intenso de la afectividad, es una reacción global de cada organismo a ese acontecimiento inesperado que afecta la personalidad; en unos casos son reacciones psicofisiológicas intensas como el llanto, la maldición, la tristeza, etc.; en otros, son reacciones neurovegetativas: impotencia, el dolor intenso, la desesperanza, etc., y que se manifiestan quizás en temblor de labios, sudoración profusa, taquicardia.

Los padres que esperan un hijo sano y al verlo con la enfermedad o la malformación se llenan de pensamientos irracionales, pues

padecen de un desorden psicológico, dado por lo que Ellos llaman "creencias irracionales", por demás comunes a esta cultura. Dichas creencias irracionales pueden ser: "Las cosas deberían ser exactamente siempre como uno espera que sean y es terrible cuando no los son". Las personas tienen muy poco control interno de su felicidad o tristezas personales", "es más fácil evitar que enfrentar las dificultades y responsabilidades inherentes al vivir". "La conducta presente y futura de una persona depende irreversiblemente del significado de acontecimientos futuros", "cada problema tiene una solución ideal y resulta catastrófica cuando dicha solución no se logra encontrar".

Una creencia irracional y autoderrotante de estos padres, por ejemplo es, "el creer que todo embarazo debería dar un niño normal y que además se parezca o sea como tal o cual persona, generalmente al papá o a la mamá". Es irracional, porque es arbitrario y autoderrotante porque cuando nace y se descubre la "anormalidad" conduce a la frustración y al desengaño. Se originan así los pensamientos específicos que contribuyen así las respuestas internas a dichos eventos y dan surgimiento a las emociones negativas: Culpa, llanto, tristeza, impotencia, angustia, temor, lo que se traduce en autoabandono, baja autoestima, pobre autoconcepto y déficit en el autocontrol, de ahí que aparezcan ciertos mecanismos de defensa, tales como: huida, la negación, la compensación, la justificación o ciertas formas de comportamiento tales como: la hijo-dependencia, temor al rechazo social (esconder la realidad) y algunos somatizan (alopécia, pérdida de peso), otros sufren trastornos en el sueño y en apetito, al igual que padecen una notoria desmotivación por la vida. Se da lo que es conocido como una crisis, pues Caplan anota (3), la crisis puede presentarse cuando el individuo afronta un problema que no puede resolver. Aparecen entonces la tensión interior y los signos de ansiedad o impotencia que van a funcionar durante un período prolongado del trastorno emocional.

## Tendencia comportamental

El llanto, la tristeza, la desesperanza, la impotencia y el dolor interno, son sentimientos que tal vez conducen a que estos padres adopten comportamientos de: silencio, pasividad, aislamiento y huida en los varones. Las Señoras inicialmente lloran, maldicen, acusan, se lamentan, rezan, posteriormente generan mecanismos de expectativas, buscan ayuda incrementan la fe por Dios y por los servicios médicos y toman la iniciativa de acudir a los centros en procura de una atención que les procure alivio a su hijo y con ello a sus "penas", deben asumir el rol de paciente que asiste o acompaña a su hijo, capitalizando la aceptación de la dolencia y la obligación de curación, más una serie compleja de valores asociados, modalidades que se derivan de la transcendencia social de la enfermedad y el interés por la recuperación de su niño afectado, es por esto que oscilan entre la fe ciega y las dudas constantes, se encomiendan a Dios y maldicen; manifiestan que son capaces de hacer hasta lo imposible, pero les molesta el tiempo que le tienen que invertir a la asistencia y el que los médicos no le solucionen el problema con la rapidez que ellos esperan.

Los padres tal vez por su jerarquía económica a lo sumo colaboran con el dinero y aportan lo de los gastos, pero no se enfrentan directamente con la situación, cuando están presentes hacen recomendaciones a su compañera y da apoyo emocional, pero cuando no lo está, como sucede en la mayoría de las veces, se convierten en verdaderos causantes de un doble problema para la mujer, pues éstas tienen que asumir las responsabilidades sociales y económicas sin ellos.

Con relación a los temores sexuales, sabemos que por tradición, Colombia se ha considerado como uno de los países más conservadores del mundo, donde el influjo de la iglesia, es determinante y claro. Si agregamos a estos los índices de machismo existente, entonces el reflejo será evidente en mu-

chas facetas del comportamiento humano, la conducta sexual fue y es aunque menos, tabú en los seres, lo que reporta inseguridad y temor en estos que temen al rechazo social y el señalamiento de ser los gestores de un desviado sexual, aunque esto no esté comprobado aún. Se llenan de dudas, creen que el sometimiento a las dilataciones anales, es someterlo a una inducción homosexual y aunque no lo expresan directamente, cuando se les pregunta o cuestiona, responden que el "máximo temor" es que su niño sea después un homosexual o que no sirva como hombre (engendrador) o hembra (reproductora), imaginariamente asignan roles a sus niños.

## Las dilataciones anorectales y las reacciones de los niños

Las dilataciones anorectales como procedimiento consiste en la introducción de un objeto alargado, liso y de fácil desplazamiento en el ano y parte del recto, llamado dilatador de Hegar, con miras a mantener el orificio adecuado desde el punto de vista fisiológico que permita la eliminación de excretas. Es un procedimiento bastante prolongado en tiempo, deben practicarse cerca de 180 dilataciones en promedio, aplicables a niños con malformaciones Anorectales o Enfermedad de Hirschprung, que pueden ser de un mes de nacido hasta doce años de edad o más.

Diversas son las reacciones de los niños a este procedimiento, de acuerdo a la edad y quizás a algunas subjetividades. Para los niños, este procedimiento adquiere un carácter ambivalente, lo llevan al hospital para "que lo curen" y muy pronto entra a convertirse en una experiencia inevitable de decepción que cada vez adquieren con mayor intensidad el aspecto negativo: "llora, le duele, le fastidia o le incomoda", lo cierto es que el niño reacciona notablemente.

## Tendencia cognitiva

Cuando el niño nace, solo dispone de un repertorio limitado de conductas y disposiciones para recibir información del exterior, lo que construirá la base de su posterior desarrollo. Sin embargo, está extraordinariamente capacitado para aprender y para ir construyendo estructuras mentales que le permitan interactuar eficazmente en su entorno. El niño consigue interiorizar el ambiente y toda la realidad, actuando sobre las cosas más a través de los modelos que construye de la realidad, que a partir de las informaciones directas que recibe en cada momento.

A medida que se desarrolla, el niño va sustituyendo el uso de la información directa de origen perceptivo que la educación de modelos interiorizados que ha ido elaborando. Así pues a lo largo de los años del desarrollo, el niño construye no sólo su propia inteligencia sino también modelos o representaciones de ese ambiente.

La expresión del niño manifiesta, es la ambivalencia. Al final del procedimiento, sonríe aunque tímidamente, se despide con algunos gestos sociales y en algunos casos da besos al ejecutante, como demostrando no sentir resentimiento con él. Los niños mayores piden, se les practique el procedimiento o se lo autopractican. Lo que nos hace pensar que este incorpora la parte buena del procedimiento (asimila), pero también llora, patalea, contorsiona, se contrae, se mueve bruscamente, se siente apenado, y hay quienes generan sudoración profusa, taquicardia, insultan o maldicen; lo que podríamos denominar como la proyección de lo desagradable a una experiencia negativa.

## Tendencia sensitiva

Comunicación significa un intercambio de pensamiento y sentimiento, ese intercambio se puede llevar a cabo mediante cualquiera de las formas de lenguaje, gestos, expresio-

nes, emocionales, habla o lenguaje escrito pero se realiza de la manera más común y eficaz por medio del habla.

El aprender a hablar es un proceso prolongado y complejo, en tanto el niño no esté listo para aprender, desde el punto de vista de la maduración, la naturaleza proveerá diversas formas de comunicación. Durante el primer año y medio de vida, en tanto no aprenden suficientes palabras para utilizarlas como forma de comunicación, los niños usan cuatro formas de comunicaciones anteriores al habla: el llanto, el balbuceo, los gestos y las expresiones emocionales.

La naturaleza provee la diferenciación en la calidad del llanto; por ejemplo, el dolor se expresa mediante gritos fuertes y agudos interrumpido por movimientos de succión; sin embargo a pesar de esta ayuda para interpretar el llanto no siempre se interpreta correctamente. El llanto de estos niños hace suponer en la presencia de dolor. El desconcierto radica en que hay unos que ver con las reacciones sociales del llanto; hay padres que ante el llanto de sus hijos reaccionan solícitamente, incluso con algunos elementos de sobre protección, no aceptan que el niño abra la boca "y ya están encima de él prodigándole mimos".

Cuando se hacen las dilataciones, los nenés balbucean más que cuando están en silencio o en otra actividad distinta a la dilatación.

Los gestos realzan el significado de las palabras: los niños contorsionan, se mueven bruscamente, no dejan el cuerpo (pies, manos y cadera) quietos un instante, se requiere más de dos personas para realizar el procedimiento. Los niños mayorcitos expresan verbalmente su inconformidad con palabras soeces, negación y maldiciones.

Otra forma de comunicaciones de los niños es la expresión de emociones mediante cambios faciales y corporales. Las emociones agradables van acompañadas de vocalización de placer en la forma de ruidos, chas-

quidos de los labios y risas y sonrisas, mientras que las desagradables expresan por medio de llanto y gemidos, por ejemplo, cuando el niño llega al consultorio lo hace tranquilo, sonriente y saludables; en tanto ve las acciones previas a la dilatación, se torna callado, dudoso e incluso con deseos de retirarse del sitio. Durante el procedimiento expresa ira, llanto, tenso su cuerpo, se mueve desmedidamente y su cuerpo y su rostro es de enojo y preocupación; una vez concluido el procedimiento se calma, se aferra a la mamá, sonrío y en algunos casos, se despide con besos.

### **Tendencia comportamental**

Los niños lactantes frente al procedimiento, expresan llanto, con uno que otro movimiento de piernas y manos o levantando la cadera hasta donde su desarrollo motor lo permita; había movimientos faciales especialmente los labios y los ojos y el balbuceo estaba presente en la medida que la edad se lo permita.

Los niños preescolares expresaron protesta franca y en todos los casos se requirió más de una persona para lograr el objetivo de la dilatación, incluso cuando el ejecutante era su misma madre. Sus reacciones son de llanto de pateo de puntapiés, contorsiones movimientos bruscos, insultos, maldiciones, contracciones musculares y otras acciones que dificultaron siempre el avance del procedimiento.

Los escolares o niños mayores, no presentan signos violentos de protesta, pero se les notó sentimientos de inseguridad, de inferioridad, cierta tendencia a la exclusión y sobre todo cierta carencia de motivación en algunas ocasiones, aunque en otras se mantuvieron motivados pero tal vez esperanzados en que se lograra el cierre de la colostomía; en algunas veces, se les notaba el cambio de humor, se mostraron, apáticos y en otras, tomaban la iniciativa del procedimiento, hasta el punto de llegar a la autopráctica.

### **Conclusiones**

Las reacciones encontradas en el niño-a, al ser sometidas al procedimiento de las dilataciones anales son:

Llanto, ansiedad, balbuceo, gestos y gemidos, pataleos, contorsiones y contracturas musculares, movimientos bruscos, rigidez muscular, negación e insultos verbales; reacciones que se enmarcan dentro de un comportamiento constante; sin embargo hay una serie de signos y síntomas que nos llevan a pensar en una actitud sensitiva, tales como: los gestos de dolor, la sudoración profusa, taquicardia, la ansiedad, y la palidez generalizada.

Conviene señalar que hay una serie de actitudes en el niño-a, asociadas a las anteriores, que hacen pensar en un procedimiento ambivalente para éste. Dichas actividades son la negación al entrar al consultorio y el rechazo de ser abordados por el ejecutante; temor al color blanco (batas, uniformes); temor a los dilatadores —cuando lo ve—; oposición a ser desvestido; aferramiento a la madre o sus ropas; sonrisa tímida y mirada perpleja, silencio, confusión y vergüenza (?).

La autopráctica y la seguridad mostrada por algunos niños-mayorcitos, hacen creer que la edad y el desarrollo cognoscitivo son factores determinantes en el concepto de enfermedad en el niño y en la comprensión de los procedimientos médicos a que tiene que ser sometido para buscar la salud.

De otro lado, la imagen que éste maneja de su propio cuerpo, esta impregnada de valoraciones subjetivas cuya base es la autoestima y la apariencia corporal que le transmiten sus familiares, especialmente sus padres. La relación de cada individuo con su cuerpo se rige por un conjunto de normas de elaboración social y los niños-as mayorcitos ya se encuentran estudiando e interactuando con sus padres y van percibiendo su experiencia de cuerpo a través de la imagen que él proyecta a su entorno social.

El significado que los padres dan a una Malformación Anormal o la Enfermedad de Hirschprung, está condicionada por el conjunto de creencias que estos y sus comunidades tiene sobre la enfermedad y por tanto, hacen que sus pensamientos sean de tipo funcional en cuanto a lo temporal, psicosocial y económico. ¿Cuánto tiempo durará enfermo?; ¿quedará enfermo?; ¿quedará normal?; ¿cuánto valdrá el tratamiento?; ¿de donde voy a sacar el dinero?; ¿podemos tener otro niño normal? Produciéndose cierto grado de desequilibrio psicosocial. Sin embargo, prima como aspecto coincidente, el pensamiento místico-religioso en donde asignan un poder mágico a Dios como único ser capaz de saber el origen de la enfermedad. Lo cierto es que cada padre tiene su propia representación mental acerca del procedimiento de su hijo, producto de: desinformación de causas y tratamientos; dudas sobre el futuro deparado para sus hijos. Sentimientos de culpa y autoculpas; en la medida que se aporta información y una guía adecuada por parte del personal de salud, (generalmente la enfermera), estos padres manifiestan la tensión que le genera la situación.

El significado es trágico al comienzo, caracterizado por ideas autoderrotantes y una pobreza mental que les tortura la imaginación, creen y temen en la inminente muerte de su hijo, lloran, están ansiosos y tristes, sienten impotencia frente a la vida y no encuentran alternativas; los invade un dolor interno, se sienten solos y desgraciados, señalados por la suerte y para el sufrimiento, se creen malditos, son lábiles emocionalmente y no le encuentran sentido a la vida. Por tal razón, hacen negociación y no pueden aceptarlo que sean ellos que tienen que enfrentar el problema; maldicen la vida, temen el rechazo social; tratan de esconder una realidad; temen la disfuncionalidad psicosexual de sus hijos cuando grandes; algunos somatizan, pierden peso y se les cae el cabello; otros huyen y abandonan la familia o permanecen y sólo cumplen con lo económico y

su acompañamiento afectivo es superfluo; los invade la desesperanza, los nervios y la angustia; resan, hacen ruegos a Dios y no falta quien acuda a los teguas o brujos. Sin embargo, cuando el tratamiento hospitalario y al pasar el tiempo, perciben la bondad de este, empiezan a mejorar su autoestima y a cambiar el sentido trágico por uno más, optimista menos conflicto; aclaran dudas y proporcionan un manejo distinto al niño, ya no lo sobreprotegen y dependen tanto de ellos; el autoconcepto mejora y cobran la esperanza, se ven más animados y sus expectativas cambian, la rabia y la impotencia paulatinamente desaparecen aunque no del todo; el orgullo lastimado se va recuperando en la medida que se va pudiendo mostrar el niño a otros; las acusaciones ya no son importantes; aunque persiste el temor por el funcionamiento psicosexual futuro del niño.

Las dilataciones anales a las que se someten sus hijos-as significan para el padre de familia algo así como un obstáculo para el futuro desarrollo psicosexual del niño-a, no obstante, saben o se dan cuenta que el procedimiento es parte fundamental en el tratamiento; pronto comprenden que sin este requisito, el mero acto quirúrgico no sirve, entonces, en medio de la ambivalencia optan por aceptarlo es por ello que frente al procedimiento sienten miedo de causar daño físico, o psíquico, sienten miedo, sienten culpa y les parece que el hijo los acusa del procedimiento, creen que se burlarán de ellos los demás y por eso no le cuentan a nadie, ni dejan ver el procedimiento; algunos sienten desagrado, descontento, desaliento; otros son inexpresivos, silenciosos y aprehensivos sin embargo algunos otros se llenan de valor y dicen no sentir nada y se limitan a pensar en el bien de los hijos.

La importancia del trabajo de enfermería es lograr que todos los padres, en especial las madres, terminen haciendo el procedimiento y haciéndolo bien; logrando con ello la deshospitalización de los niños la disminución de los gastos económicos por consi-

guiente se consigue una inmensa mejoría del aspecto psicoafectivo, por que nunca se rompe la diada, niño-a-familia y por encima de todo, se rompen ciertos esquemas tradicionales, y creencias acerca del hospital y los prestadores del servicio de la salud. Se ayuda psicológicamente a los padres haciéndolos partícipes del propio cuidado de sus hijos y con ello a comprender ciertas realidades que antes estaban muy lejos de hacerlo, tal como que la enfermedad y su tratamiento no es asunto de Dios. El objetivo más deseable a parte de recuperar física y fisiológicamente al niño cuando un padre de familia acude en busca de atención atribulado por su peculiar combinación de dificultades es sumamente útil crear una relación en la que se sienta seguro y libre. El propósito es comprender cómo se siente en su propio mundo interno aceptarlo tal como es y crear una atmósfera de libertad, que le permita expresar sin traba alguna sus pensamientos, sus sentimientos y su manera de ser.

Es la única manera de permitirle a este padre-madre, abandonar las falsas fachadas, máscaras o roles con que ha encarado la vida, desde el descubrimiento de la anomalía en su hijo-a. Parece que es así como se ayuda a descubrir algo más profundo, más propio de si mismo y empieza a despojarse de una serie de mantos que cubre una realidad.

Por otro lado, mediante un método cognoscitivo, tal como la terapia racional emotiva,

se permite modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del padre o de la madre.

Pues la terapia racional emotiva se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales del pensamiento.

En términos generales, se deben orientar diferentes encuentros con estos padres hacia:

- a) La determinación de eventos externos precipitantes
- b) La determinación de pensamientos específicos y creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a dichos eventos y que dan surgimiento a las emociones negativas.
- c) Asistir al padre de familia en la alteración de dichas creencias y patrones de pensamiento ayudándolo a examinar las relaciones lógicas de una manera científicamente crítica, que le den validez o racionalidad a su autoverbalización o pensamientos.

Si usted desea profundizar sobre el tema de esta investigación, consulte la tesis; esta se encuentra en la Universidad Pedagógica Nacional: Centro de Educación y Desarrollo Humano "CINDE" y Biblioteca de Enfermería Universidad Nacional.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUINAGA, Oscar William, Avances de Enfermería, el Juego Simbólico una Alternativa para el Profesional de Enfermería. Revista Avances en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Vol. IX. No.1, Enero - Junio 1993. Pág. 79.
- ibid.
- ibid.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUILERA, Messik, Control de los Conflictos Emocionales, 2a. ed. Ed. Interamericana México 1974.
- AUSTIN, John L. Sentido y percepción. Ed. Tichinos. Madrid 1981.
- BOBE, María del Carmen. La Semiótica como teoría lingüística. Ed. Grecos Madrid 1973.
- ARDILA, Rubén. Psicología del hombre Colombiano- Cultura y Comportamiento Social. Ed. Planeta. Bogotá 1986.
- DEL BARRIO, Cristina. La Comprensión Infantil de la Enfermedad. De. del Hombre Antropos. Barcelona España 1990.
- PEÑA, Alberto. Atlas of Surgical Management of Anorectal Malformations. New york 1990.
- TURBAY, Catalina - Alonso de Rico, Ana. Construyendo identidades: Niñas, Jóvenes y Mujeres en Colombia.
- UNICEF, Fundación para la libertad. Frederich. Bogotá 1993.