



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL
AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA
HOSPITALIZACIÓN EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE PERÍODO 2014 - 2015**

AUTORES

WILIAM ANDRÉS SUÁREZ QUIRUMBAY

JAIRON STEEVEN ZAMBRANO RODRÍGUEZ

Directora:

LCDA. Cecilia Calderón MSC.

2015



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Guayaquil 17 de junio del 2015

CERTIFICACIÓN

Por medio de este presente: CERTIFICO, haber realizado la tutoría del trabajo de investigación cuyo tema es: **“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL AREA DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE PERIODO 2014 – 2015”**, desarrollado por los señores; **WILIAM ANDRES SUAREZ QUIRUMBAY, JAIRON STEEVEN ZAMBRANO RODRIGUEZ**, quienes en su elaboración han cumplido con los requisitos de la aplicación del Método científico, por este motivo cuentan con mi aprobación para sustentarlo previo a la obtención del título de tercer nivel como Licenciados en Enfermería.

LCDA. CECILIA CALDERÓN MSC



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE PERÍODO 2014 - 2015		
AUTOR/ES: WILIAM ANDRÉS SUÁREZ QUIRUMBAY JAIRON STEEVEN ZAMBRANO RODRÍGUEZ	TUTOR: LCDA. Cecilia Calderón MSC.	REVISORES: Cecilia Calderón Vallejo
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Medicas	
CARRERA: Licenciatura en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN: Junio del 2015	No. DE PÁGS: 96	
TÍTULO OBTENIDO: Licenciados en enfermería		
ÁREAS TEMÁTICAS: Factores psicosociales, afrontamiento hospitalario, agentes estresores, fases de adaptación, ansiedad		
PALABRAS CLAVE: Adaptación, Afrontamiento, Hospitalización, Factores, Conducta.		
RESUMEN: El presente estudio de investigación se realizó en el área de gastroenterología del hospital del niño "Francisco Icaza Bustamante" en la ciudad de Guayaquil, tiene un enfoque cualitativo, de tipo prospectivo. Nuestro principal objetivo fue, identificar los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento del niño hospitalizado. Para su desarrollo se analizó los cambios durante la etapa preescolar, nuestras variables fueron, los diferentes factores psicosociales, agentes estresores, consecuencias hospitalarias, fases de adaptación. Obtuvimos como resultado que dentro de los factores personales el temperamento más común es la inhibición con un 47%, otro dato importante demuestra que la actitud del niño a la hospitalización fue producto de la sobreprotección de los padres cuyo porcentaje es el 47% y el estrés parental con un 60%, influyen de manera notoria en la conducta del infante y por ende en su afrontamiento a la hospitalización, en lo que refiere a factores hospitalarios se evidenció que la duración de la estancia hospitalaria afecta emocionalmente a el niño con un 53%. En conclusión existen diversos factores que condicionarán la conducta y las reacciones del niño frente al periodo hospitalario, debido que nuestra investigación reflejó que el comportamiento del niño está íntimamente ligado a la intensidad, duración y frecuencia, con las que se realiza los procedimientos médicos, a mayores procedimientos realizados existe una conducta desadaptativa y mayor ansiedad por parte del infante.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):		No. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES WILIAM ANDRÉS SUÁREZ QUIRUMBAY JAIRON STEEVEN ZAMBRANO RODRÍGUEZ	Teléfono: 0991692793 0983379789	E-mail: basca_xzx2014@outlook.es jairons1991@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN: Lcda. Carmen Sánchez Hernández		Nombre: Lcda. Carmen Sánchez Hernández
		Teléfono: 0992281106
		E-mail: carmensanchezhevg.edu.ec

CERTIFICADO DE REVISIÓN DE LA REDACCIÓN Y ORTOGRAFÍA

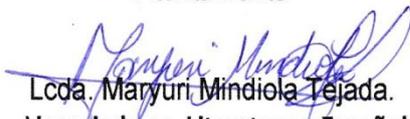
Yo, Maryuri Mindiola Tejada, certifico que he revisado la redacción y ortografía de la tesis de grado cuyo tema es: **“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE PERÍODO 2014 - 2015”**, elaborado por Wiliam Andrés Suárez Quirumbay y Jairon Steeven Zambrano Rodríguez previo a la obtención del título de licenciados en Enfermería.

Para el efecto he procedido a leer y analizar de manera profunda el estilo del contenido del texto:

- Se denota pulcritud en la escritura en todas sus partes.
- La acentuación es precisa.
- Se utilizan los signos de puntuación de manera acertada.
- En todos los ejes temáticos se evitan los vicios de dicción.
- Hay concreción y exactitud en las ideas.
- No incurre en errores en la utilización de las letras.
- Se maneja con conocimiento y precisión la morfosintaxis.
- La aplicación de la sinonimia es correcta.
- El lenguaje es pedagógico, académico, sencillo y directo, por lo tanto de fácil comprensión.

Por lo expuesto y en uso de mis derechos como especialista en Literatura y Español, recomiendo la Validez Ortográfica de su tesis de grado previo a la obtención del título de licenciados en Enfermería.

Atentamente


Lcda. Maryuri Mindiola Tejada.
Licenciada en Literatura y Español
Número de Registro
1006-12-1110632

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la vida y la sabiduría divina para llevar a cabo esta investigación.

A nuestros padres y familiares quienes nos brindaron su apoyo incondicional día a día.

A nuestra tutora, Lcda. Cecilia Calderón por brindarnos su tiempo, sus conocimientos, consejos, por ser un ejemplo digno de seguir.

Agradecemos al hospital Francisco Icaza Bustamante que nos permitió, realizar la investigación.

Agradecemos a nuestros docentes, quienes impartieron sus conocimientos durante todos estos años de estudio.

Agradecemos a nuestros compañeros por brindarnos su amistad, apoyo moral y vivencias compartidas durante nuestra etapa estudiantil.

DEDICATORIA

A nuestros padres: William Suárez y Rosa Quirumbay - Hicter Zambrano y Carmen Rodríguez, que han sido ejemplos de trabajo, constancia, honestidad, sacrificio, perseverancia, por inculcarnos valores y por su apoyo absoluto en cada etapa de nuestras vidas.

A mí amada hija Luna Suárez Ojeda que ha sido mi inspiración y motivación durante todo este período y motivo de superación.

A nuestras parejas, Diana Ojeda – Nuris Bravo por ser amiga y compañera inseparable, quien con su amor y comprensión me brindó su apoyo incondicional en cada momento.

A nuestros hermanos, por sus cariños y alegrías, por ser partes importantes de nuestras vidas y su apoyo incondicional en cada momento.

A nuestros amigos y conocidos, que con su apoyo moral y consejos impartidos nos motivaron a seguir adelante.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINAS
Certificación de tutor.....	I
Ficha de registro de tesis.....	II
Certificación de gramatòlogo.....	III
Agradecimiento.....	IV
Dedicatoria.....	V
Índice de contenidos.....	VI
Índice de gráficos y cuadros.....	IX
Resumen y summary.....	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1.1 Planteamiento y enunciado del problema.....	3
1.2 Justificación.....	5
1.3 Objetivos.....	7
CAPÍTULO II	
2. Marco teórico	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	8
2.2 Cambios del niño durante la etapa preescolar.....	9
2.1.1 Inicios de la hospitalización infantil.....	13
2.2.2 El niño y el hospital.....	14
2.2.3 Factores que intervienen en la hospitalización infantil.....	15

2.2.3.1 Factores personales del afrontamiento hospitalario.....	15
2.2.3.2 Estrés parental durante la hospitalización del niño.....	18
2.2.3.3 Circunstancias hospitalarias en el afrontamiento pediátrico.....	19
2.2.3.4 Factores sociales.....	21
2.2.4 Agentes que producen estrés hospitalario.....	22
2.2.5 Fases de adaptación del niño/a al hospital.....	23
2.2.6 Consecuencias de la hospitalización infantil.....	23
2.2.7 Estado emocional del niño durante el periodo hospitalario.....	25
2.2.8 Depresión infantil.....	27
2.2.9 Técnicas de adaptación al estrés.....	28
2.2.10 Estrategias para mejorar el ambiente hospitalario.....	29
2.3 Contextualización legal.....	29
2.4 Teorías de enfermería.....	32
2.5 Definición de términos básicos.....	36
2.6 Variables a investigar.....	37
2.7 Operacionalización de las variables.....	37

CAPÍTULO III

3. Metodología

3.1 Tipo de investigación.....	40
3.2 Diseño de estudio.....	40
3.2.1 Sujetos de estudio.....	40
3.2.2 Criterio de inclusión.....	40
3.2.3 Universo.....	40

3.2.4 Población.....	40
3.2.5 Muestra.....	41
3.2.6 Técnicas para obtener los datos.....	41
3.2.7 Instrumentos que se usarán.....	41
3.3 Procedimientos.....	41
3.3.1 Consideraciones éticas.....	41
3.3.2 Estudio piloto.....	42
3.4 Procesamiento de datos.....	42
4. Análisis e interpretación de resultados.....	42
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Bibliografía.....	51
Referencias bibliográficas.....	53
Anexos	
Permiso para obtener datos.....	57
Consentimiento informado.....	58
Instrumento de obtención de datos.....	59
Cronograma.....	64
Presupuesto.....	65
Evidencias.....	89

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Tabla y gráfico N° 1.....	66
Tabla y gráfico N° 1.1.....	67
Tabla y gráfico N° 2.....	69
Tabla y gráfico N° 3.....	71
Tabla y gráfico N° 4.....	73
Tabla y gráfico N° 5.....	75
Tabla y gráfico N° 6.....	76
Tabla y gráfico N° 7.....	78
Tabla y gráfico N° 8.....	80
Tabla y gráfico N° 9.....	82



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE PERÍODO 2014 – 2015

Autores: William Suárez Quirumbay - Jairon Zambrano Rodríguez

Directora: Lcda. Cecilia Calderón MSC.

RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó en el área de gastroenterología del hospital del niño "Francisco Icaza Bustamante" en la ciudad de Guayaquil, tiene un enfoque cualitativo, de tipo prospectivo. Nuestro principal objetivo fue, identificar los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento del niño hospitalizado. Para su desarrollo se analizó los cambios durante la etapa preescolar, nuestras variables fueron, los diferentes factores psicosociales, agentes estresores, consecuencias hospitalarias, fases de adaptación. Obtuvimos como resultado que dentro de los factores personales el temperamento más común es la inhibición con un 47%, otro dato importante demuestra que la actitud del niño a la hospitalización fue producto de la sobreprotección de los padres cuyo porcentaje es el 47% y el estrés parental con un 60%, influyen de manera notoria en la conducta del infante y por ende en su afrontamiento a la hospitalización, en lo que refiere a factores hospitalarios se evidenció que la duración de la estancia hospitalaria afecta emocionalmente a el niño con un 53%. En conclusión existen diversos factores que condicionarán la conducta y las reacciones del niño frente al periodo hospitalario, debido que nuestra investigación reflejó que el comportamiento del niño está íntimamente ligado a la intensidad, duración y frecuencia, con las que se realiza los procedimientos médicos, a mayores procedimientos realizados existe una conducta desadaptativa y mayor ansiedad por parte del infante.

Palabras claves: Adaptación, Afrontamiento, Hospitalización, Factores, Conducta.

PSYCHOLOGICAL FACTORS IN CHILDREN COPING WITH 3 TO 5 YEARS TO STAY IN AREA HOSPITAL GASTROENTEROLOGY ICAZA FRANCISCO BUSTAMANTE PERIOD 2014-2015

Autores: William Suárez Quirumbay - Jairon Zambrano Rodríguez

Directora: Lcda. Cecilia Calderón MSC.

SUMMARY

This research study was conducted in the area of gastroenterology at the children hospital "Francisco Icaza Bustamante" in Guayaquil, this research was made with a qualitative approach, kind of prospective. Our main objective was to identify the psychosocial factors that influence coping of hospitalized children. To develop this research we worked with some variables like psychosocial factors, stress factors, hospital consequences, adaptation phases which have been analyzed during the preschool years, according to various approaches. The most relevant results of this research show that among personal factors the inhibition with 47% is the most common temperament, another important fact shows that overprotection with 47% and parental stress with 60% markedly influences the behavior of the infant and therefore in their coping with hospitalization, when we talk about hospital factors it was evident that the duration of their stay affects emotional health with 53%, In conclusion there are several factors that will determine the behavior and reactions of children in front of the hospital period, because our research showed that the child's behavior is closely linked to the intensity, duration and frequency which medical procedures are performed, it means with more procedures performed there is a maladaptive behavior and increased anxiety on children.

Keywords: Adaptation, Coping, Hospitalization, Factors, Conduct.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización infantil es uno de los grandes retos a los que se enfrenta un niño, desde su etapa inicial hasta la actualidad han surgido grandes cambios, como: niveles de atención, capacitación de los profesionales de salud, ya que únicamente se atendían los aspectos biológicos, y con los cambios progresivos de la ciencia en todos sus campos, se comienzan a obtener datos sobre las necesidades Psicoafectivas del niño para su adecuado desarrollo cognoscitivo.

Este es un tema que abarca diversos aspectos debido que el niño enfrenta situaciones a las que no está acostumbrado. Para el niño, la hospitalización es un estímulo altamente desencadenante de estrés y no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, no comprende por qué sus padres le abandonan, ni el motivo por el cual se le introduce en un ambiente extraño privándole de su familia, amigos y objetos. La reacción del niño a la hospitalización supone un cúmulo de problemas que exigen una detenida reflexión.

Este proyecto de investigación nos ha permitido conocer los diversos aspectos psicosociales que determinan el estado conductual del niño y de cómo éste afronta la internación hospitalaria. Esta investigación se la realizó en el hospital del niño Francisco de Icaza Bustamante con el tema *Factores psicosociales que influyen en el afrontamiento del niño de 3 A 5 años a La Hospitalización en el Área De Gastroenterología*. Nuestro principal objetivo fue identificar los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento del niño hospitalizado, con el cual determinamos diversos aspectos como experiencias hospitalarias, consecuencias de la hospitalización, conductas adaptativas y desadaptativas del niño y los principales agentes estresores, para el cumplimiento de los objetivos propuestos se elaboró un guía de observación la cual nos permitió identificar las reacciones del niño durante su estancia hospitalaria.

En cuanto a la parte estructural en el primer capítulo partimos de la identificación de la problemática, a la que corresponde el planteamiento del problema, justificando el porqué de nuestro trabajo, su relevancia y su importancia en el campo de enfermería. En el capítulo II se detalló el marco teórico el cual nos ayudó a ampliar

nuestros conocimientos y tener una visión más clara del tema, partiendo de un marco legal que nos manifiesta los deberes y derechos del niño los mismos que están planteados en la constitución de la república del Ecuador, usamos como referencia dos teorías de enfermería como son: la de Sor Callista Roy con el “Modelo de Adaptación” , y la teoría de Florence Nightingale “Teoría del Entorno ” las cuales fueron aplicadas de acuerdo a su pertinencia a nuestro tema. Siguiendo con el capítulo III tenemos la parte metodológica del tema en la que nos permitió estructurar la investigación propiamente dicha, obteniendo los resultados que nos permitieron comprobar nuestros objetivos los mismos que fueron plasmados con sus respectivos análisis.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pediatría es una de las áreas de atención de Enfermería que requiere además de conocimientos específicos, como en todas las áreas del quehacer de la profesión, una disposición diferente para manejar y tratar a éstos pequeños pacientes. Es en etapas tempranas del desarrollo cuando las enfermedades y la hospitalización generan mayor desconcierto e incertidumbre, provocando miedo y temor, principalmente al dolor, a lo desconocido, a la separación de los padres, a quedar solos, abandonados y sin la entrega de cariño, afecto, cuidados y amor, factores que afectan directamente al proceso de mantención y recuperación de la salud (Dr. Isabel naranjo 2011). (1)

El ingreso de un niño al hospital por alguna de las formas existentes, no es placentero ni autorizado o consultado, algo tan simple y sencillo, tiene muchas implicaciones emocionales y deja una gran vulnerabilidad en el niño.

En el Hospital Pediátrico Roberto Gilbert el promedio de estadía es de 7 días, el promedio diario de camas ocupadas es de 285,26. En el Hospital de Niños León Becerra el promedio de estadía es de 5 días, el promedio diario de camas ocupadas es de 58,76.

En el hospital Francisco Icaza Bustamante en el año 2013 el total de pacientes hospitalizados fue de 20.734 entre niños y niñas de los cuales se atendieron por grupos etarios de 1 a 4 años 4023 hombres y 3174 mujeres, y de 5 a 9 años 2832 hombres y 1874 mujeres, en la sala de gastroenterología el total de ingresos fue 1097. Siendo el promedio de estancia en esta sala de 5,1 días de hospitalización.

El estrés que provoca la hospitalización se ve reflejado en los cambios físicos y conductuales del niño, motivo por el cual es importante que el equipo de salud considere que la adaptación que tienen los niños al ambiente hospitalario es diferente, debido a diversas circunstancias y a los cambios que debe afrontar cada niño: desconocimiento de las prácticas hospitalarias.

Prolongación de la estancia, separación de las actividades de la vida diaria y sobretodo alejamiento de los padres.

Debido a las distintas implicaciones Psico-conductuales que se generan en el niño nos surgen unas interrogantes que son las siguientes tales como:

1. ¿Será que la reacción nerviosa del paciente influye en su recuperación?
2. ¿Las reacciones de niños a la hospitalización estará dada por la sobreprotección de los padres?
3. ¿El desconocimiento y el estrés generado de los padres transmite al niño reacciones negativas?
4. El ambiente familiar y el orden de nacimiento influyen mucho en las reacciones a la hospitalización

Estas interrogantes nos han generado inquietudes por lo cual nos motivó a realizar la presente investigación planteándonos el siguiente problema: DETERMINAR LA INFLUENCIA DE FACTORES PSICOSOCIALES EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA HOSPITALIZACIÓN

1.2 JUSTIFICACIÓN

La experiencia hospitalaria es una etapa, estresante para los niños debido a esta situación el personal de enfermería que se encuentra en constante interrelación con el paciente es el indicado para ayudar a que exista un adecuado afrontamiento hospitalario lo que coacciona una pronta recuperación del paciente. El motivo por el cual se realiza este trabajo investigativo es con el fin de mejorar la estancia hospitalaria de los niños a través de la identificación de los factores que afectan el proceso de la hospitalización.

En la Universidad de Nacional de Loja, Rojas Muños G. realizó un estudio llegando a la siguiente conclusión: En la prevalencia de ansiedad estado según ingresos y reingresos (Ansiedad hospitalaria), en ansiedad alta prevalece en un 100% a los reingresos, y con un 59% los ingresos; en ansiedad media pertenece el 41% y con ansiedad baja 0%

Una cantidad significativa de evaluados presentan ansiedad y depresión hospitalaria con diferente intensidad, destacándose en el género femenino casos de ansiedad y depresión alta, mientras que en el masculino prevalecen aquellos casos con ansiedad-depresión media.

La enfermedad es un evento al que se enfrenta el niño a lo largo del desarrollo y que puede generarle alteraciones emocionales, tales como miedo, ansiedad, estrés etc., especialmente si conlleva dolor, procedimientos invasivos, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones. La experiencia hospitalaria no es un fenómeno unitario, sino que aúna en un período de tiempo concreto. “Estancia hospitalaria”, y en un espacio determinado “hospital”, situaciones que pueden evitar respuestas de estrés tanto para el paciente como para su familia (Universidad Granada, López Naranjo I.) (1)

La investigación indica que el impacto negativo del estrés es más profundo en niños menores de diez años que tienen un temperamento “difícil”, que nacieron prematuramente, que son varones, que poseen una capacidad cognitiva limitada o que han sentido algún estrés prenatal (Barry, Dunlap, Cotten, Lochman y Karen, 2005) (2). Algunos niños que viven en situaciones de la pobreza o en ambientes

violentos, también están más sujetos a sentir estrés y externalizarlo que otros niños (Mcloyd, 1998) (3)

Como futuros profesionales de enfermería debemos tener los conocimientos suficientes para poder brindar una atención holística, de calidad y calidez a los niños que atraviesen por esta etapa, porque sabiendo los factores que generan malestar podríamos optimizar la relación enfermero- paciente, que estos tiempos se ve afectado debido a la demanda de pacientes y al déficit de personal de enfermería, que en ciertas ocasiones impide una buena interacción con el niño.

En el presente trabajo nuestro principal objetivo es identificar los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento del niño hospitalizado, Este tema nos ayuda a conocer la dura etapa que atraviesa el niño no sólo por su enfermedad sino también en el ámbito hospitalario, con una investigación exhaustiva podríamos llegar a una conclusión muy valedera en la intervención del cuidado de enfermería conociendo dichos parámetros se fomentara los conocimientos y habilidades de los profesionales.

1.3 OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ IDENTIFICAR LOS FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS QUE SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO.

ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar cuáles son los agentes estresores que influyen en el periodo de hospitalización.
- ❖ Identificar los procesos de adaptación del niño a la hospitalización.
- ❖ Determinar el impacto psicológico de la hospitalización en el niño.
- ❖ Identificar y valorar los niveles de ansiedad y sus posibles síntomas, como uno de los efectos de la hospitalización infantil.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Rojas Muñoz Gabriela F. (2012) realizó un estudio de investigación sobre el proceso adaptativo y síntomas ansiosos - depresivos relacionados con la hospitalización en niños de 7 a 12 años en el área de pediatría del hospital provincial general "Isidro Ayora. El objetivo de la presente investigación fue identificar los niveles de adaptación y los síntomas ansiosos – depresivos que se relacionan con la hospitalización, así como también intervenir mediante técnicas psicológicas y evaluar cómo estas influyen el proceso hospitalario y la recuperación del niño. Una vez concluido el presente trabajo investigativo se determinó que las manifestaciones de conducta desadaptativa más frecuente en la población fueron el temor a procedimientos quirúrgicos, a quedarse solo o a la separación de sus padres, llanto fácil, tristeza, dificultades para conciliar el sueño, y sensación de abandono, de igual manera se encontró síntomas Ansiosos – Depresivos prevaleciendo aquellos de categoría alta.

Morales Palacios M. (2009) realizó un estudio de investigación en la Universidad Ricardo Palma titulado, Participación de los padres en el acompañamiento y mejoramiento del estado emocional de los niños hospitalizados en el Instituto Nacional del Niño. Lima – 2008. Se planteó como objetivo general identificar la relación entre la participación de los padres y el acompañamiento con el mejoramiento de las reacciones emocionales de los niños. La investigación es de tipo descriptivo, explicativo y transversal. El número de la muestra quedó determinado por cuarenta y cinco (45) informantes, los cuales fueron seleccionados de forma no probabilística, utilizando el criterio de selección intencionada, llegando a las siguientes conclusiones: (a) El nivel de participación de los padres de familia en el acompañamiento y mejoramiento del estado emocional de los niños hospitalizados es moderado. (b) El tipo de relación que presentan los padres con el centro hospitalario que alberga a su hijo es poco asertivo. (c) No se comprobó que existe un deficiente nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el estado de salud que presentan los niños hospitalizados. Es posible también afirmar que el

estado civil de los padres influye en el nivel de efectividad en el acompañamiento y mejoramiento del estado emocional, ya que los padres de familia que son casados presentan un nivel muy significativo de efectividad, mientras que 3 los convivientes presentaron niveles deficientes y muy deficientes

Herrero Fernández N. (2014) con el tema Hospitalización infantil: el niño y su familia realizó un trabajo investigativo con el objetivo de identificar y describir el binomio familia –niño durante la hospitalización, centrándose en el estudio de las variables que determinan el proceso de adaptación a la misma y determinar ciertas estrategias de mejora en la asistencia sanitaria. La principal conclusión demostró que el grado de adaptación del niño y de su familia a la hospitalización depende de múltiples factores, que los profesionales de enfermería no pueden obviar. En función de las estrategias que se pongan en marcha por parte del binomio familia- niño, los profesionales de enfermería e incluso, por las instituciones para el logro una adecuada adaptación del niño y de su familia, se conseguirá, en mayor o menor medida, la consecución de los objetivos planeados cuando se produjo el ingreso del paciente.

2.2 CAMBIOS DEL NIÑO DURANTE LA ETAPA PREESCOLAR

CAMBIOS BIOLÓGICOS O FÍSICOS: Características bio-fisiológicas del niño pre-escolar (19 meses a 5 años): A partir del primer año el ritmo de crecimiento del niño se ralentiza: crece aproximadamente 12 cm a los 2 años, 9 cm el tercer año y 7 cm por año a partir de entonces. La ganancia de peso es irregular, oscila entre los 2 y 2,5 kg por año. Aumenta la longitud de las piernas, el niño pierde agua y grasa, aumenta su masa corporal y su depósito mineral óseo. A los tres años ya tiene completada la dentición temporal, y el desarrollo de sus órganos y sistemas es equivalente al del adulto. A esta edad aumenta su movilidad, su autonomía y su curiosidad, por lo que también se incrementa el riesgo de accidentes.

CAMBIOS COGNOSCITIVOS “SEGÚN PIAGET”

ETAPAS EVOLUTIVAS DEL NIÑO: Piaget divide el desarrollo psíquico de las personas desde su nacimiento hasta la vida adulta. Postula que el niño nace con la necesidad y con la capacidad de adaptarse al medio. El niño tiene conocimientos

previos y al recibir la nueva información modifica sus esquemas de conocimiento. Este autor menciona tres períodos, descritos a continuación dos de ellos:

- *Período sensorio-motor*
- *Período de preparación y organización de las operaciones concretas*
- *Período de las operaciones formales o proposicionales*

Período de Preparación y Organización de las Operaciones Concretas:

También llamado período de la inteligencia representativa. Se divide en:

- *Primer sub período: pre-operatorio*
- *Segundo sub-período de las operaciones concretas.*

Primer Sub-Período: Preoperatorio O De La Inteligencia Intuitiva:

Desde los 18 meses/2 años hasta los 11/12 años aprox. Aparición de la función SEMIÓTICA o SIMBÓLICA: implica la evocación de un objeto ausente y supone la construcción o el empleo de significantes diferenciados. a) Imitación diferida (se inicia en ausencia del modelo). b) Juego simbólico o de ficción. c) Dibujo (no aparece hasta antes de los 2 o 2 ½ años). d) Imagen mental, gráfica y recuerdos. e) Lenguaje. No diferencia lo objetivo de lo subjetivo, lo psicológico de lo físico. ANIMISMO: Consigue una gran habilidad en el manejo de los objetos, pero no es capaz de representarse esas habilidades y de explicar lo que hace. Es capaz de realizar operaciones aritméticas, pero explica mal como lo hace. La acción va delante de la explicación y de la toma de conciencia. Al finalizar este sub período va estableciendo invariantes; como por ejemplo que la sustancia se conserva independientemente de la modificación. 3 AÑOS: El niño plantea los “por qué”, lo cual atestigua una pre-causalidad, esto pone de manifiesto un realismo debido a la indiferenciación entre lo físico y lo psíquico. 4 AÑOS: Hablan de personajes imaginarios; lo que existe y lo que no existe no aparece nítidamente. Realidad y fantasía se confunden. 5 AÑOS: Rasgos de personalidad, conceptos sociales: responsabilidad, compromiso, confianza. Maneja las promesas, las mentiras y la ironía.

CAMBIOS EMOCIONALES

De 3 años y 6 meses - 6 años: La tercera etapa se caracteriza por la capacidad de explorar el mundo a nivel físico, de las percepciones, imaginación y el lenguaje. Es un período lleno de emociones positivas y vitalidad lo que les permite vincularse muy bien con su familia y 20 amigos. Descubren en este proceso su sexualidad de manera más activa y consciente. Es el período de los enamoramientos del padre del sexo opuesto ("complejo de Edipo" y "complejo de Electra") que permiten la identificación de la imagen sexual de sí mismos. Están constantes juegos y es a través de estos que aprenden a relacionarse con otros y a ensayar sus roles sociales. Los juegos sexuales y de roles son claves para que los niños se identifiquen con su sexo (ya se sienten como hombres o mujeres). Los padres pueden ser de gran ayuda en la medida que permiten que estos juegos se den y no descalifiquen a los niños por presentar algunas conductas, que para ellos, corresponden al sexo opuesto. Los niños van regulando de manera natural estas conductas imitando a los padres del mismo sexo y en la siguiente etapa se produce una diferenciación muy marcada entre hombres y mujeres, que permitirá afianzar la identidad sexual de los niños.

CAMBIOS SOCIALES “ERICK ERIKSON”

TEORÍA PSICOSOCIAL

Elaboró una Teoría del desarrollo de la personalidad a la que denominó "Teoría psicosocial". En ella describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales, (crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las cuales han de enfrentarse las personas); con referencia de este autor, a continuación se nombran las etapas que corresponden al periodo de la niñez:

Iniciativa vs. Culpa (Propósito) (desde los 3 hasta los 5 años aproximadamente, “preescolar”). La tercera etapa de la Iniciativa se da en la edad del juego, el niño desarrolla actividad, imaginación y es más enérgico y locuaz, aprende a moverse más libre y violentamente, su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor y hace preguntas constantemente; lo que le permite expandir su imaginación. Todo esto le permite adquirir un sentimiento de iniciativa que constituye la base realista de un sentido de ambición y de propósito. Se da una crisis que se resuelve

con un incremento de su sensación de ser él mismo. Es más activo y está provisto de un cierto excedente de energía, es posible ocuparse de qué es lo que se puede hacer con la acción; descubre lo que puede hacer junto con lo que es capaz de hacer.

DESARROLLO MORAL “KOHBERG”

Los niños también adquieren el sentido moral en una secuencia evolutiva. Para entender las etapas de este desarrollo es importante comprender su relación con el cognitivo y con las etapas del pensamiento lógico, así como la conducta moral.

NIVEL PRE CONVENCIONAL

El nivel Pre convencional es un nivel en el cual las normas son una realidad externa que se respetan sólo atendiendo las consecuencias (premio, castigo) o el poder de quienes las establecen. No se ha entendido, aún, que las normas sociales son convenciones por un buen funcionamiento de la sociedad. Este nivel integra a los dos siguientes estadios.

Estadio 1. Obediencia y miedo al castigo

El estadio en el cual se respetan las normas por obediencia y por miedo al castigo. No hay autonomía sino heteronomía: agentes externos determinan qué hay que hacer y qué no. Es el estadio propio de la infancia, pero hay adultos que siguen toda su vida en este estadio: así el delincuente que sólo el miedo el frena.

Estadio 2. Favorecer los propios intereses

El estadio en el cual se asumen las normas si favorecen los propios intereses. El individuo tiene por objetivo hacer aquello que satisface sus intereses, considerando correcto que los otros también persigan los suyos. Las normas son como las reglas de los juegos: se cumplen por egoísmo. Se entiende que si uno no las cumple, no le dejarán jugar.

2.1.1 INICIOS DE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

La internación infantil desde su etapa inicial hasta la actualidad han surgido grandes cambios, con respecto al trato, niveles de atención, capacitación de los profesionales de salud. Antiguamente por no contar con los conocimientos necesarios no se tenía en cuenta la parte Psico-afectiva del niño entonces únicamente se atendían los aspectos biológicos los cuales se encontraban en desarrollo, con los cambios progresivos de la ciencia en todos sus campos, se comienzan a obtener datos sobre las necesidades Psico-afectivas del niño para su adecuado desarrollo cognoscitivo, Además se empiezan a tomar en consideración diversos aspectos tales como emociones, conductuales entre otros durante el periodo hospitalario.

Hasta mediados del siglo XX los niños eran separados de sus padres durante la hospitalización, experimentando lo que en aquella época se llamaba hospitalismo. Descrito por (Morquio y por Spitz,) (4) como el trastorno Psico-afectivo del lactante, producido por la privación afectiva en forma masiva y prolongada del vínculo con su madre. Posteriormente, se continuaron los estudios sobre las necesidades Psico-afectivas de los niños, llegando a la formulación de la teoría del apego. En base a esta teoría, Surge un cambio determinante en el periodo de hospitalización infantil, estableciéndose la internación pediátrica conjunta, como la conocemos hoy en día. La enfermedad se acompaña de pérdida de bienestar físico, pero también, psicológico, y alteran la vida de la persona y su ambiente a corto, mediano y largo plazo.

Existen diversas investigaciones sobre impacto psicológico negativos que se producen durante el período de hospitalización. En el ámbito pediátrico esta situación se acentúa, puesto que los niños son capaces de adaptarse a una nueva situación, ante un ingreso hospitalario, que supone un proceso de crisis, reaccionan con mayor o menor eficacia dependiendo de una serie de factores personales, como son, la edad, las experiencias previas con la enfermedad y la hospitalización, los conocimientos, la gravedad de la enfermedad y los sistemas de apoyo presentes (Bsiri-Moghaddam, 2011), (5) estas experiencias y las intervenciones que realice la familia y el equipo de salud, determinaran la conducta de adaptación del niño. Estas investigaciones nos demuestran que la hospitalización es un acontecimiento estresante, En base a lo anteriormente mencionado se comienzan a realizar

diversas estrategias que tengan el objetivo de contrarrestar el impacto negativo de la internación en el niño.

2.2.2 EL NIÑO Y EL HOSPITAL

La salud, es algo más que un estado equivalente a la ausencia de enfermedad. (Callista Roy) define a la salud como el proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. Para el niño la hospitalización es un estímulo desencadenante de malestar, que puede llevar alteraciones en el ámbito físico y psíquico (Rodríguez 2007) (6)

El grado de adaptación que las personas tienen para enfrentarse a las diferentes situaciones de la vida depende de múltiples factores. Uno de estos, es el nivel de desarrollo de la persona (Bisiri-Moghaddam, Bisiri-Moghaddam, Sadeghmoghaddam y Ahmady, 2011) (7). Los estímulos de tensión física, psicológica o social pueden afectar al niño y determinar una alteración de su equilibrio y la aparición de un estado de malestar o enfermedad. En estos casos sus defensas psicológicas así como sus mecanismos de adaptación conductual o social, pueden ser necesarios para mantener dicha homeostasis.

La hospitalización supone una ruptura de la rutina diaria, los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la repercusiones positivas y negativas que esta “brecha” pueda generar en la vida de un niño (Norena Peña y Cibanal Juan, 2011). (8) De la capacidad adaptativa del niño en el momento de la experiencia causante del estrés, así como de la naturaleza, duración e intensidad del estímulo, va a depender que se produzca, bien un estado de armonía adaptativa, o bien un importante colapso en su ajuste, con una paralización temporal del crecimiento y desarrollo.

Para el niño, la hospitalización es un estímulo altamente desencadenante de estrés. El niño no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, no comprende por qué sus padres le abandonan, ni el motivo por el cual se le introduce en un ambiente extraño privándole de su familia, amigos y objetos. La reacción del niño a la hospitalización supone un cúmulo de problemas que exigen una detenida reflexión. Estos riesgos atribuidos a la hospitalización, en un importante número son

de tipo social y psicológico, alcanzando una gran relevancia y significación en el caso particular de la hospitalización infantil.

La mayoría de las investigaciones en torno a esta circunstancia muestran que las alteraciones emocionales y conductuales son muy frecuentes entre los niños hospitalizados. Estas alteraciones psicológicas, producidas o desencadenadas por efecto de la hospitalización, han recibido cierta atención desde antiguo, pero jamás han merecido la necesaria precisión y control de las variables intervinientes, siendo insuficientes las explicaciones formuladas encaminadas a inspirar otras tareas más eficaces tales como, por ejemplo, las de tipo preventivo.

La aparición de cualquier enfermedad en un niño genera un conflicto. Si dicha enfermedad es suficientemente severa como para requerir el ingreso hospitalario, entonces el conflicto inicial se agiganta, al integrarse el niño en un nuevo sistema, lo cual constituye una nueva fuente de tensiones y conflictos que añadir a las ya existentes por su enfermedad. En consecuencia, el niño debe adaptarse a cambios físicos (suscitados por el tratamiento, una intervención quirúrgica, la inmovilización, etc.) y a nuevas costumbres que configuran un diferente estilo de vida (tipo de alimentación, horarios, sueño, tratamientos medicamentosos, etc.), y que frecuentemente se oponen y contradicen frontalmente sus personales y bien establecidas rutinas.

2.2.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

Los efectos de la hospitalización dependen de factores muy variados, siendo muy difícil atribuir una mayor o menor importancia a alguno de ellos, sin que dicha atribución esté fundada en los pertinentes conclusiones.

2.2.3.1 FACTORES PERSONALES DEL AFRONTAMIENTO HOSPITALARIO

Entre los estresores cotidianos en la vida del niño, la hospitalización se puede considerar como poco frecuente pero de poderoso impacto, pudiéndola vivenciar como aterradorante, amenazante o como una situación de adaptación por los cambios de hábitos a los que será sometido (Globe, 2004). (9). Frecuentemente es

difícil separar el estrés proveniente de la propia enfermedad del malestar causado por la hospitalización (Gonzales- Carrión, 2005). (10). Por lo cual es importante definir cuáles son los factores personales que intervienen en el afrontamiento hospitalario.

Entendemos por factores personales aquellos que dependen estrictamente del niño que va a ingresar en el hospital, y, por tanto, habrá que estudiarlos individualmente. Entre estos factores se incluyen: La edad y el desarrollo biopsicosocial del niño. La etapa comprendida entre los 4 meses y los 6 años es la más susceptible de presentar alteraciones emocionales como consecuencia de la hospitalización. Antes de los cuatro meses, los lactantes no muestran ni tan siquiera señales de inquietud, aceptando muy bien los cuidados dispensados por personas extrañas. Entre los 4 meses y los 6 años, tanto el trauma de la separación de la madre, como la incorporación a un ambiente desconocido, adquieren una muy desfavorable resonancia para el desarrollo psíquico del niño. El desequilibrio emocional puede mantenerse incluso después de concluida la hospitalización, temporal o indefinidamente.

Cuando los niños de estas edades son acompañados por sus madres en el ingreso, este trauma es mucho mejor tolerado. La presencia materna infunde tranquilidad, y no así sus gestos o sus palabras. Los niños tienen entonces la confianza de que su madre disipará totalmente los elementos de amenaza existentes en un ambiente desconocido.

La información relativa a la enfermedad que es capaz de asimilar el niño se encuentra más determinada por el desarrollo cognitivo del razonamiento causal y por la edad, que por las experiencias que este ha tenido con la enfermedad (Ortigosa, Quiles & Méndez, 2003). (11). Estos autores exponen que la reacción que el niño manifieste ante la enfermedad, bien sea de adaptación, defensiva, de inadaptación o desajuste, vendrá condicionada por sus experiencias emotivo-cognitivas. A partir de la segunda infancia, el niño dispone ya de cierto hábito de conductas para enfrentarse a situaciones desconocidas, sin la necesidad de la presencia de los padres. El ingreso en el hospital y el alejamiento del hogar suele tolerarse bastante bien desde esta edad (6 años), sobre todo si existían buenas relaciones afectivas entre los niños y sus progenitores.

Generalmente las habituales experiencias de dolor, daño orgánico y tratamientos invasivos provocan cambios y alteraciones en la representación de niños y adolescentes enfermos. El impacto emocional del paciente dependerá de la intensidad y frecuencia de los síntomas, del soporte social, y las capacidades afrontativas y vulnerabilidades psicológicas del niño (Gershoff, 2002). (12). La naturaleza y gravedad de la enfermedad que padece. Lógicamente, diferirán las consecuencias en función de la mayor o menor crueldad de las exploraciones y terapéuticas indicadas. Los ejemplos podrían multiplicarse al incluir otras variables, tales como: las limitaciones que impone la enfermedad, su carácter agudo o crónico, el dolor, la incapacidad, la deformidad y/o disfunción consecuentes, etc.

El simple hecho de que la enfermedad sea dolorosa o no, constituye una variable a incluir en la evaluación de los efectos de la hospitalización. No deja de resultar curioso, a este respecto, que a pesar del aumento espectacular en el número y calidad de las investigaciones realizadas sobre el dolor en la última década, particularmente en los adultos, dicho fenómeno apenas puede compararse respecto a los niños. En la actualidad, diferentes hospitales están poniendo en marcha programas educativos destinados al personal sanitario referentes a la evaluación y tratamiento del dolor infantil.

Cada niño según su personalidad, la edad de la hospitalización o en la que se manifieste la enfermedad, el período de tiempo que conlleve esta, etc., reaccionarán de manera distinta. Algunos lo superan con mucho rapidez, otros, por lo contrario tardan mucho tiempo e incluso hay quien no lo consigue (Oros y Vogel, 2005). (13). El temperamento y características personales del niño, deben ser capaces de explicar las diferencias individuales que se manifiestan en el modo en que el niño responde a la hospitalización.

La naturaleza de las experiencias previas que el niño haya tenido con médicos y hospitales ha de incluirse entre los factores personales a tener en cuenta. Los niños con experiencias negativas presentarán mayores niveles de ansiedad con respecto a aquellos que no han tenido ninguna experiencia de hospitalización. Además del síndrome del hospitalismo, describen independientemente el síndrome del niño enfermo, definiéndolo como: “conjunto de síntomas que pueden aparecer en el paciente hospitalizado ocasionados por su enfermedad y confinamiento en una

institución de salud; tales como malestar, incomodidad o dolor que le producen: inquietud, hiperactividad, irritabilidad, trastornos de la alimentación y alteraciones del sueño”. Descrito por (Worden, 2000) (1)

2.2.3.2 ESTRÉS PARENTAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO

El estrés parental supone uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño a la hospitalización. Entre las principales conductas paternas al parecer asociadas con algunos problemas de mala adaptación psicosocial en el niño hospitalizado, se encuentran la sobreprotección y la baja tolerancia a las frustraciones y conflictos familiares.

La familia es el apoyo principal del paciente pediátrico y el nexo de unión entre los niños y los profesionales sanitarios, cuando un ingreso hospitalario irrumpe de manera programada o inesperada la vida familiar. La familia es el entorno más cercano y próximo de un niño, que necesita de este fuerte sostén para superar el duro trance de una hospitalización, logrando a partir de esta relación un bienestar en el área físico, social y psicológico (Barros Torquato et al, 2012) (14)

Por otro lado, la hospitalización infantil no sólo es estresante para el niño, sino también para sus padres, más aún cuando existe un hogar disfuncional, los progenitores experimentan mayor grado de malestar.

Los estudios de Daniels (1987) y de Wertlieb, Hauser y Jacobson (1986) (15) constataron que el estrés de los padres dificultaba la adaptación del niño a la hospitalización. Así pues, el estrés y la ansiedad de los padres afecta directamente al niño. En cualquier caso, resulta evidente que la privación de la convivencia familiar, secuela a la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares. En vista de todo ello, resulta conveniente, la adopción por parte de la familia de una serie de estrategias o rutinas en la dinámica de las relaciones interpersonales, de manera que éstas no se vean excesivamente afectadas por la hospitalización de uno de sus miembros.

En otros casos, el niño hospitalizado, puede experimentar un trato diferente por parte de sus padres y hermanos, observando cómo su hospitalización, está contribuyendo de algún modo a alterar la dinámica familiar. Estas observaciones pueden hacer que se perciba a sí mismo como la fuente más importante de las alteraciones emocionales padecidas por sus padres y hermanos. Surge entonces la culpabilidad, los auto-reproches y la ansiedad, que, obviamente, aumentarán la tensión ya existente en esa situación, en la que, además, ha de adaptarse a la hospitalización.

2.2.3.3 CIRCUNSTANCIAS HOSPITALARIAS EN EL AFRONTAMIENTO PEDIÁTRICO

Nos referiremos aquí no sólo a la separación del niño de su entorno familiar, hecho ya mencionado con anterioridad, sino también al contacto con un ambiente extraño al que adaptarse y a los continuos cambios de personal hospitalario, que imposibilitan o explícitamente dificultan que emerja la conducta sustitutiva de apego en el niño. Es importante que el equipo de salud considere que el impacto y la adaptación al ambiente hospitalario son diferente en cada niño, debido a diversas circunstancias y a los cambios que debe de afrontar cada paciente: desconocimiento de las rutinas hospitalarias, prolongación de la estancia, ruptura de las actividades de la vida diaria y sobretodo alejamiento de los padres (Herranz, 2006). (16)

La duración de la estancia en el hospital adquiere una gran importancia, una hospitalización media de más de una semana de duración, o repetidas readmisiones de pequeña duración, se asocian con un considerable aumento de alteraciones conductuales.

Las características y organización del centro hospitalario son variables a tener en cuenta, y que no deben ser olvidadas. El rígido reglamento de algunos hospitales que limita, restringe e incluso prohíbe las visitas de los familiares, en nada favorece la adaptación del paciente pediátrico. Los procedimientos de enfermería o la presencia de equipamiento médico así como las personas desconocidas o extrañas, figuran entre estas nuevas situaciones potencialmente nocivas durante el proceso de hospitalización (Bsiri- Moghaddam et al, 2011; Salmela, Salanterä, y Aronen, 2010)

(7) también, señalar entre estas nuevas situaciones amenazantes, la pérdida de la intimidad. Los niños viven la desnudez durante ciertos procedimientos y exploraciones como una agresión (Salmela 2010) (17)

En 1950, el gobierno británico aprobó una recomendación otorgando a las madres el derecho a permanecer, tanto de día como de noche, en los hospitales junto a sus hijos. Cambios similares fueron adoptados en Estados Unidos, donde, hasta 1954, la mayoría de los hospitales limitaban el contacto parental a dos horas semanales. Entre 1958 y 1975, el número de hospitales en que se permite la libre permanencia de los padres ha ido progresivamente en aumento. A partir de 1975, los hospitales infantiles no solo permiten las estancias de los padres, sino que comienzan a adoptarse medidas de carácter sociopolítico para su financiación. De ahí que haya que concluir afirmando que la regulación de las visitas de los padres ha cambiado sustancialmente en los últimos años.

La hospitalización comporta, como estamos observando, mucho más que la mera privación familiar y afectiva, junto a ellas aparecen también la privación cultural, social y escolar, resultado de las restricciones impuestas al niño en su interacción con el medio. La comunicación fluida entre los miembros del equipo sanitario, evita discordancias y malentendidos sobre el tratamiento o plan a seguir, asegurar una continuidad en los cuidados (Adams et al, 2013) (18) el paciente y la familia se siente más seguros, cuando la comunicación es la adecuada y el equipo trabaja de modo conjunto y coordinado, para conseguir que los cuidados prestados sean de calidad. El uso de reuniones entre los miembros del equipo sanitario, pueden ser una medida factible para mejorar el intercambio de información dentro del equipo sanitario (Mittal et al, 2010). (19)

Otro de los factores implicado en la presencia de alteraciones psicológicas en el niño hospitalizado, es la total ausencia de información referente a su estancia en el centro, lo que, unido a su ignorancia y reacciones de temor frente a las diversas pruebas exploratorias que allí se le practican, suscitan en él con frecuencia los conflictos de dependencia.

Si a esto añadimos el hecho de que el niño interpreta a menudo la hospitalización como un castigo por algo que ha hecho mal, es lógico suponer que el hospital será

visto como un medio hostil e intrusivo del que conviene cuanto antes salir y al que jamás hay que volver, a pesar de los consejos que en este sentido se reciban del medio.

Nada de particular tiene que los aspectos señalados en los apartados anteriores, en relación con la hospitalización infantil, se nos aprecian hoy como destacados factores de riesgo para la salud psíquica del paciente pediátrico. Se observa, que la permanencia de una figura de apoyo, no sólo los padres o tutores sino los profesionales de enfermería es importante durante el proceso de hospitalización.

Los niños perciben el papel de la enfermería/o como un elemento de apoyo y seguridad, sintiéndose valorados por parte del personal debido a la preocupación y atención mostrada, siendo capaces de percibir cual es el personal sanitario más implicado a través de la relación que este establece con sus familias y con ellos mismos. (Noreña Peña y Cibanal Juan, 2011) (11)

2.2.3.4 FACTORES SOCIALES

La socialización es el medio Socio-Cultural básico por el cual un grupo social asegura su permanencia en el grupo con el medio que los rodea. Los principales factores de la socialización son los padres y otros miembros de la familia, los medios de comunicación, las instituciones educativas y sociales. Por lo general, todos estos factores cumplen la función de transmitir a los niños los valores y las creencias del mundo socio-cultural que los rodea. Por lo tanto en este factor queremos resaltar muchos aspectos que van a definir la conducta del niño durante su estancia hospitalaria, debido que la misma dependerá de la cultura familiar en la que se encuentre inmerso, ya que la cultura es definida como la forma de vida que llevan las familias , y las reacciones del niño dependerán de estas ya que un alto índice de niños hospitalizados se encuentran en la clase media – baja, y muchos niños que habitan en sectores marginales son niños más liberales, que al momento de enfermarse y ser hospitalizados van a sentir una sensación de aislamiento debido a que están acostumbrados a realizar muchas actividades a libre albedrío. También vemos el nivel educativo de los padres en un gran porcentaje los padres, tienen un nivel de estudio primario y secundario, ajustando a este padres y madres

jóvenes, que a su temprana edad ya cumplen con el rol de ser padres de familia, el hecho que su edad y educación van a influir de manera drástica ya que con un nivel educativo bajo por desconocimiento no sabrán impartir cuidados y valores adecuados en el niño.

2.2.4 AGENTES QUE PRODUCEN ESTRÉS HOSPITALARIO

El hospital es un ente estresor que implica además muchas otras situaciones nuevas estresoras, nuevos horarios, exploraciones dolorosas, pérdida del ambiente familiar, pérdida de actividades escolares, falta de estimulación social entre otras. Además de esto, hay que considerar que habitualmente el personal sanitario no suele jugar con ellos/as, y dialoga con el/a casi exclusivamente sobre los cambios en su enfermedad. Las caricias, el contacto físico, en definitiva todos los signos y símbolos del lenguaje no verbal están deficientemente presentes.

De modo sucinto podemos enumerar los siguientes agentes estresores más habituales: Separación de los padres y ausencia de familiares, Inclusión en un medio, extraño y desconocido, Pérdida de control, autonomía y competencia., Falta de información, Despersonalización, Restricción del espacio vital y de la movilidad, La experiencia del dolor, Intervenciones quirúrgicas.

Durante la hospitalización se realizan muchos procedimientos de diagnósticos, (análisis de sangre, radiografías, electrocardiogramas, etc.), ante los cuales el niño puede presentar gran cantidad de malestar e incluso una simple inyección puede ocasionarle elevados niveles de ansiedad y miedo (Jay, 1985; Méndez, 2002; Méndez, inglés, Hidalgo, García, Fernández y Quiles, 2003). (1)

Esta situación se puede complicar aún más, en los casos de una enfermedad grave, donde los procedimientos de diagnósticos y tratamiento aumentan en complejidad (como x ejemplo punciones lumbares), pudiendo convertirse en espantosos para el niño (Jay, Ozolins, Elliot y Caldwell, 1983) (1)

Asimismo, el niño/a debe adaptarse súbitamente a nuevos horarios, alimentos, pijamas etc. Aparecen problemas de comunicación que agravan sus problemas...algo similar nos va a suceder con los niños/as que deben permanecer

en sus casas por enfermedad, y debemos contar con ello, a la hora de afrontar una correcta intervención psicoeducativa.

2.2.5 FASES DE ADAPTACIÓN DEL NIÑO/A AL HOSPITAL

Son las fases habituales por las que pasa el niño/a en su intento de adaptarse al proceso hospitalario como consecuencia de la separación de la madre y las carencias afectivas a las que está expuesto, han sido descritas por (Robertson) (20):

- **FASE DE PROTESTA:** La cual puede durar horas o semanas, el niño/a tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño/a suele ser considerado un mal paciente.
- **FASE DE DESESPERACIÓN:** Se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño/a presenta una apatía y un retraimiento fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el niño/a parece tranquilo y adaptado. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario.
- **FASE DE NEGACIÓN:** El niño/a muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos. Este resultado es señal de resignación y no de contento.

2.2.6 CONSECUENCIAS DE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

Las manifestaciones emocionales durante la hospitalización son diversas, dependen del momento de la hospitalización, de las relaciones familiares, del estado emocional previo, entre otras. (Rene Spitz) (5) describió que luego que el niño sufre una fase de llanto y protestas, se vuelven apáticos y silenciosos, presentando deterioros en su aspecto físico, especialmente al volverse más vulnerables a infecciones y retraso en el desarrollo psicomotor. Los niños muestran este temor resistiéndose,

escondiéndose o cerrando los ojos (Salmela et al, 2010) (17). Finalmente, el trato de los niños como sujetos pasivos en sus cuidados provoca el desarrollo de un sentimiento de indefensión. Esta sensación puede llegar a generalizarse afectando a su desarrollo, provocando una regresión en el mismo. Ante esta manera de tratar a los niños, estos perciben sus ideas u opiniones sin valor y adoptan comportamientos no coherente con su etapa de desarrollo (Salmela et al, 2010) (17). Así también se pueden identificar innumerables consecuencias de la hospitalización, como:

Regresión o reaparición de modelos sociales inmaduros, dependencia excesiva de la madre, conducta exigente o agresiva, disminución de la capacidad de compartir cosas con los compañeros o hermanos, y por último dificultades de concentración y aprendizaje. Depresión: desánimo, trastornos de alimentación, variaciones de carácter, reaparición de miedos primitivos, sentimientos de competencia o insuficiencia, conductas estereotipadas de carácter ritual y fases hipocondríacas transitorias. Interpretación errónea de la enfermedad, uniendo a veces el tratamiento a un miedo o ansiedad de mutilación corporal. Somatizaciones al margen de la enfermedad o mantenimiento psicógeno de síntomas una vez curada. Déficits perceptivo-motores.

En las enfermedades crónicas se manifiestan importantes repercusiones en el desarrollo de la personalidad del niño, en su funcionamiento social, familiar y escolar. Problemas de alimentación como rechazo o hiperfagia. Alteraciones del sueño, como insomnio, pesadillas, o fobias a la oscuridad. Enuresis o encopresis, diurna o nocturna. Regresión a niveles de comportamiento más primitivos y pérdida de los niveles adquiridos previamente.

Depresión, inquietud o ansiedad. Terror a los hospitales, personal, agujas, procedimientos diagnósticos. Miedo a la muerte. Mutismo, regresión autista a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente. Obsesiones o alucinaciones sobre funciones corporales. Síntomas histéricos, como pérdida de la voz. Reacciones de ansiedad.

2.2.7 ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO DURANTE EL PERÍODO HOSPITALARIO

Cada niño va a reaccionar a las situaciones de estrés de distinta forma, dependiendo en gran medida de todos los factores antes mencionados. Basados en los postulados de (Spitz) (5) se puede establecer que la carencia de relaciones cercanas y de confianza imposibilita en el niño la descarga de los impulsos agresivos, producto del estrés al que están sometidos y que se ven acentuados en los niños sin demostraciones afectivas durante la hospitalización, en estos casos el niño las resuelve interiorizando estos sentimientos de ira y frustración sobre sí mismo. Toda esta reacción se acentúa si consideramos que es difícil para los niños sentirse acompañado o confiar en alguna persona durante el período de hospitalización, tarea aún más difícil para el personal de salud.

El niño hospitalizado se siente enfermo, abandonado por su familia, el niño no entiende porque para estar bien, tiene que estar solo. Un punto de vital importancia es la separación con la familia, el alejamiento de sus seres queridos, el pensamiento de no volver a verlos más, la sensación de abandono, lo que influye directamente en el afrontamiento y recuperación de la enfermedad, debido a que provoca en el niño sensación de angustia, tristeza, desamparo, estrés, entre otras.

El niño hospitalizado se siente con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social. En relación con el incremento de los sentimientos negativos para el niño durante el transcurso de la estancia hospitalaria, (Fernández & López) (21) manifiestan respecto a este punto que “la presencia de estrés, en función de la duración de la estancia hospitalaria, crece rápidamente a partir del segundo y tercer día de hospitalización, y tiende a mantenerse en los días posteriores. El estrés, por tanto, se incrementa tras la primera noche, observándose una posterior sensibilización a la estancia hospitalaria. Paradójicamente, dormir sólo una noche en el centro sanitario es la posibilidad menos estresante, pues a partir de la segunda noche se produce un incremento significativo del estrés, que se mantiene a lo largo del periodo de tiempo estudiado”.

El niño hospitalizado busca compañía y afecto de un familiar u otra persona. La familia es parte fundamental del crecimiento y desarrollo de los niños, el apego con los padres en etapas tempranas genera una sensación de protección, pero cuando existe la separación por motivos incontrolables, los niños buscan el cariño y la protección perdida en personas que generan cierto grado de seguridad para ellos. Sin embargo es difícil la adaptación de los pacientes pediátricos a un ambiente y personas desconocidas como son el personal de salud.

El niño hospitalizado tiene respuestas negativas a una mala hospitalización: trastornos de conducta, retardo en el desarrollo, depresión y llanto; puede perder el deseo de vivir. Es relevante la existencia de una constante valoración del estado de ánimo del niño hospitalizado, especialmente cuando se produce el alejamiento de los seres queridos, como observar los períodos de llanto, depresión, agresividad, retraimiento, expresión de sentimientos de frustración, soledad o abandono, ya que pueden generar un retraso en la recuperación. Por ende cabe destacar que siempre que los niños se encuentren acompañados de sus seres queridos, se sienten mejor y este bienestar anímico favorece la recuperación de su salud física y promueve una mejor salud mental.

A la tristeza que siente el niño, por la ruptura con el ambiente que le es familiar, se une el aburrimiento. El medio hospitalario es pobre en estímulos, su ritmo de actividades es monótono y repetitivo. Los horarios se establecen atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y se olvidan con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños, su interés por jugar, aprender, movilizarse, explorar, comunicarse con otra persona de su misma edad.

El niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una buena hospitalización: si hay buenos vínculos afectivos, el niño entiende que lo quieren y se adapta mejor. Lo anterior favorece la disponibilidad del niño para la realización de procedimientos, la aplicación de tratamiento, el cumplimiento de órdenes, así como el mejor entendimiento de la evolución de su enfermedad. Todos los puntos anteriormente descritos explican detalladamente algunas de las sensaciones presentadas por los niños al enfrentarse al evento de la hospitalización, que sin duda alguna son

situaciones que pueden ser modificadas para hacer el ambiente hospitalario más agradable y la estadía en el centro de salud más tolerable y menos extensa.

2.2.8 DEPRESIÓN INFANTIL

La ansiedad en su forma más simple puede definirse como un temor adquirido, la experiencia de ansiedad contiene un profundo sentimiento de temor ante un peligro inminente, acompañado de un estado de excitación fisiológica autónoma. Cuando un niño está deprimido tiene una conducta característica que permite su identificación y descripción. La depresión, tanto adulta como infantil, es un trastorno emocional que se caracteriza por ciertas vivencias subjetivas y ciertas conductas observables. En el lado subjetivo destacan fundamentalmente los sentimientos de desgana y tristeza que son los discriminantes básicos de los sujetos que padecen una depresión; en el plano del comportamiento se aprecian conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que impide a los sujetos que la padecen no solo el disfrute de la vida, sino, en los casos más graves el desempeño de las tareas habituales más elementales e incluso el deseo de seguir vivo.

Según la academia americana y en su conocido manual DSM-IV los criterios para que se dé una depresión son:

Disforia o tristeza, Anhedonía o ausencia de disfrute de las cosas. Para que se dé una depresión es necesario que esté presente por lo menos, uno de estos dos síntomas (en el caso de los niños la disforia puede ser sustituida por irritabilidad) y cuatro más de entre los que siguen: Pérdida o ganancia de peso u oscilaciones del apetito. Insomnio. Hipermotilidad o hipomotilidad del movimiento. Fatiga o falta de energía. Sentimientos de desvalorización o culpa. Disminución de la capacidad de pensar. Dificultad para tomar decisiones. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o planes o intentos de hacerlo.

Estos síntomas deben estar presentes en el sujeto al menos durante dos semanas para que se pueda definir un diagnóstico de depresión. En caso de una duración menor se denominaría como trastorno emocional transitorio.

2.2.9 TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN AL ESTRÉS

(BRENNER 1987) recopila una relación de tipos de estrés que han sido identificados en los niños antes, durante y después de la permanencia en el hospital, y enuncia la correspondiente técnica aconsejable para lograr una mejor adaptación:

1. ANTES DE LA HOSPITALIZACIÓN

Si el niño carece de información o lo identifica con un castigo, consecuencia de un mal comportamiento, conviene explicarle los motivos de la misma y asegurarle que no es un castigo.

Si el niño está preocupado y con miedo a lo desconocido, puede resultar positivo una visita previa al hospital, que cuando ingrese se lleve el juguete favorito o la foto de la familia, que vea que en su casa su habitación queda preparada para cuando regrese. Si el niño recuerda experiencias pasadas de separación, hay que explicar de nuevo las razones de la hospitalización y no prometer que esta separación será más fácil.

2. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Si el niño teme el dolor o que le hagan daño, el procedimiento más adecuado para ayudar al niño debe partir del conocimiento de lo que el niño imagina que le puede ocurrir. Después hay que aceptar, no ridiculizar, sus temores y aportarle información comprensible y confianza en el equipo médico que le va a atender.

Si el niño se siente abandonado, deberá aceptarse la angustia de la despedida y darle razones de por qué se tiene que quedar solo y transmitirle la seguridad de que en el hospital sabe dónde están y cuando regresarán. Si el niño añora a sus hermanos o compañeros se debe procurar que lo visiten, si es posible, y si no, al menos, que le escriban postales.

3. Después de la hospitalización

Si el niño se siente defraudado por no poder volver inmediatamente a su actividad ordinaria, es procedente explicarle que no está bien, pero que lo ira estando poco a poco. Si el niño muestra desadaptaciones, tales como regresiones o demanda de

atención, se habrá de preparar a la familia para un lento reajuste y decidir las normas a seguir con él temporalmente.

2.2.10 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL AMBIENTE HOSPITALARIO

En un estudio realizado por (Duran E, Jaramillo J, Peñaranda C y Urquijo I.) (22) se manifestó lo siguiente:

Más juegos, lugares y oportunidades de recreación, Permitir a los padres pasar más tiempo con sus hijos, más flexibilidad, Habitaciones más amplias, Reaccionar más pronto a las necesidades de los niños, Mas decoración alegre e infantil, Mayor independencia para los niños en el servicio de urgencias, Mejor trato de las enfermeras a los niños, Explicar mejor a los padres sobre el estado de salud y tratamiento del niño, Mejorar alimentación, Más televisores y programas infantiles, Mejoramiento de los espacios y de su dotación (salas más amplias, mejor ventilación, ambiente más abrigado, sillas y mesas del tamaño de los niños), Más personal, sobre todo enfermeras y que éstas ayuden a los padres en el cuidado de los niños en las noches, Charlas educativas a los padres, Atención más rápida (en urgencias y por parte de los especialistas), Colaboración entre mamás acompañantes (turnarse para cuidar los niños).

2.3 CONTEXTUALIZACIÓN LEGAL

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

LIBRO PRIMERO

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS

TITULO I

DEFINICIONES

Art. 2.- Sujetos protegidos.- Las normas del presente Código son aplicables a todo ser humano, desde su concepción hasta que cumpla dieciocho años de edad. Por excepción, protege a personas que han cumplido dicha edad, en los casos expresamente contemplados en este Código.

Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente.- Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares.

El Estado adoptará las medidas necesarias para eliminar toda forma de discriminación.

CAPÍTULO II

DERECHOS DE SUPERVIVENCIA

Art. 21.- Derecho a conocer a los progenitores y mantener relaciones con ellos.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer a su padre y madre, a ser cuidados por ellos y a mantener relaciones afectivas permanentes, personales y regulares con ambos progenitores y demás parientes, especialmente cuando se encuentran separados por cualquier circunstancia, salvo que la convivencia o relación afecten sus derechos y garantías.

No se les privará de este derecho por falta o escasez de recursos económicos de sus progenitores. En los casos de desconocimiento del paradero del padre, de la madre, o de ambos, el Estado, los parientes y demás personas que tengan información sobre aquél, deberán proporcionarla y ofrecer las facilidades para localizarlos.

Art. 22.- Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia.

Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;

2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;
4. Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;
5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;
6. Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y,
7. Organiza servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

1. Prestar los servicios médicos de emergencia a todo niño, niña y adolescente que los requieran, sin exigir pagos anticipados ni garantías de ninguna naturaleza. No se podrá negar esta atención a pretexto de la ausencia del representante legal, la carencia de recursos económicos, la falta de cupo, la causa u origen de la emergencia u otra circunstancia similar.

2.4 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

FLORENCE NIGHTINGALE

TEORÍA DEL ENTORNO

La teoría de Florence Nightingale se centró en el entorno, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y

ruido, elementos que integran el entorno de un paciente tanto en el ambiente hospitalario, como en su hogar.

Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería y para la recuperación de los pacientes.

Su teoría se basa sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de aguas residuales, higiene y luz) los cuales se consideran tan indispensables en la actualidad.

La relación que existe en la teoría de Nightingale y nuestro estudio investigativo se centra en que el niño necesita de un ambiente hospitalario apropiado a más de las condiciones inmersas en esta, para que de esta manera exista una mejor adaptación del niño y una pronta recuperación mismo. Nightingale manifestaba que debe existir un entorno hospitalario adecuado con los elementos manifestados por la misma, también creía que las condiciones sociales de este debían de ser adecuadas, y esto hace referencia a el lugar donde vivían, la posición económica, estos aspectos están relacionado con la salud del paciente.

SOR CALLISTA ROY

MODELO DE ADAPTACIÓN

Este modelo de enfermería nos permitió tener una visión más amplia sobre la adaptación de los niños durante su estancia hospitalaria, ya que Callista Roy creó este modelo tras su experiencia en pediatría quedando asombrada por la capacidad de adaptación de los niños, entonces decimos que enfermería tiene como propósito fundamental ayudar al individuo en su esfuerzo por adaptarse en el entorno en el que se encuentra.

Dentro de este modelo Roy considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación: Los mismos que tienen el propósito de alcanzar la integridad fisiológica, psicológica y social del individuo.

LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS BÁSICAS:

Es aquí que nuestra función es ayudar a proporcionar un ambiente favorable con el fin de cubrir esas necesidades básicas, para que la adaptación sea más rápida y óptima.

EI AUTOCONCEPTO

Cada persona tiene características innatas, lo cual ayuda a responder de una forma positiva o negativa durante la estancia hospitalaria, en este ambiente hospitalario existen diversos estímulos a los cuales está inmerso el paciente depende de la conducta y comportamiento del individuo afrontar este periodo por el que atraviesa, además que el personal de enfermería debe de identificar el periodo por el cual está atravesando el niño, para que exista una mejor adaptación dentro del vínculo Enfermero-Paciente y esto mejorará notablemente según diversos estudios la salud.

EL DOMINIO DE UN ROL O PAPEL

Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo. En este método enfermería debe de enfrentar con la capacidad del niño para adaptarse ya que para el mismo no va hacer fácil asimilar, que en cuanto ingrese al hospital cumple el rol de un paciente y no tan solo el rol de niño pero, para aquello el enfermero debe ganarse la confianza, para que su adaptación placentera.

INTERDEPENDENCIA

La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Finalmente en la práctica diaria podemos observar como el niño atraviesa un proceso muy incómodo de adaptación durante su internación, debido a que influyen muchos factores que contribuyen o repercuten de distintas formas durante dicho proceso, como lo es la enfermedad, las costumbres familiares, la cultura familiar, el temperamento propio del niño. Conociendo estos factores y trabajando con los métodos de Callista Roy, podemos conseguir una mejor adaptación del niño durante el periodo hospitalario.

CONCEPTOS BÁSICOS DE ROY

SALUD: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida. (Callista Roy).

PERSONA: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados. (Callista Roy).

ENTORNO: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse. (Callista Roy).

CONCLUSIÓN

Lo importante de conocer al paciente y entenderlo en todos los aspectos, hace que durante el proceso de evaluación tengamos un mejor desenvolvimiento, claridad y mejores resultados en el cuidado y adaptación del niño. Esto puede aplicarse en la práctica diaria manteniendo una actitud reflexiva y consideración con el paciente y no solo el manejo de conocimientos teóricos.

Además esto nos ayuda mantener una buena relación y por lo tanto la participación por parte del niño, que hará más fácil el diagnóstico y el mejoramiento de la enfermedad.

“El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación. (“Sor Callista Roy”).

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Hospitalización: Ingreso en un hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y tratamiento.

Niño: Es un ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad.

Salud: La OMS define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

Estancia.: Acción de estar o permanecer cierto tiempo en un lugar

Etnia: Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.

Filiación: Relación de parentesco entre padres e hijos

Ralentizar: Hacer lenta una actividad o proceso, o disminuir su velocidad

Autonomía: Facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros

Heteronomía: Ausencia de autonomía de la voluntad, que se rige por un poder o una ley externos

Estrés: Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

Despersonalización: Es una alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos

Resignación: Aceptación con paciencia y conformidad de una adversidad o de cualquier estado o situación perjudicial.

Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Mutismo: Silencio voluntario o impuesto que tiene una persona o un grupo en un momento determinado.

Disforia: Se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud.

Anhedonía: Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.

Conducta: Manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general.

Factores: Elementos o circunstancias que contribuye a lograr un resultado.

2.6 VARIABLES A INVESTIGAR:

INDEPENDIENTE: Factores psicosociales.

DEPENDIENTE: Afrontamiento hospitalario.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

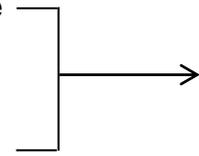
CONCEPTO OPERATIVO: variable independiente

FACTORES PSICOSOCIALES: Es el conjunto de agentes que determinan la conducta del infante, frente a situaciones a las que se encuentre inmerso.

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
FACTORES PERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Gravedad de la enfermedad • Temperamento • Pérdida de control • Dolor 	<p>3 - 4 - 5</p> <p>Aguda - Grave - Crónica - Rígido - Inhibido - Suelto</p> <p>Alto – Medio - Bajo</p> <p>Expresiva – Inexpresiva- No Refiere</p>
FACTORES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés parental • Sobreprotección • Estado civil de padres 	<p>Si - no - a veces</p> <p>Si- no - a veces</p> <p>Casado - unidos – separado – viudo</p>
FACTORES HOSPITALARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Duración de la estancia hospitalaria • Rutinas hospitalarias • Información • Cuidado del profesional de enfermería 	<p>A 3 Días - Una Semana - Mas</p> <p>Influye - No Influye - Poco Influye</p> <p>Apropiado – Inapropiada</p> <p>Apropiado - Inapropiada</p>
FACTORES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Posición económica de los padres • Características culturales de los niños • Nivel de educación de los padres • Lugar de residencia 	<p>Alta - Media - Baja</p> <p>Cortes - Poco Cortes - Descortés</p> <p>Primaria - secundaria - Educación Superior - Ninguna</p> <p>Urbano- Rural - Marginal</p>

CONCEPTO OPERATIVO: variable dependiente

AFRONTAMIENTO HOSPITALARIO: Es un proceso en el cual el niño demuestra conductas y reacciones en su afán de adaptarse al período hospitalario, cuyo propósito consiste en enfrentarse a determinadas situaciones.

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<p>REACCIONES A LA HOSPITALIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fase De Protesta • Fase De Desesperación • Fase De Negación 	<p>Demostrado - No Demostrado</p>
<p>EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción con el personal • Colaboración a procedimientos • Reacciones Procedimientos invasivos, • Ingresos hospitalarios • Reingresos hospitalarios 	<p>Afectiva - Poco Afectivo - Indiferente</p> <p>Colaborador- Poco Colaborador - No Colabora</p> <p>Temor : Alto - Medio - Bajo</p> <p>Ansiedad: Alto - Medio - Bajo</p> <p>Depresión : Alto - Medio - Bajo</p>
<p>ACTITUDES DEL NIÑO FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Rebelde • Sumiso • Alegre • Triste 	<p>Alto – Medio - Bajo</p> <p>Siempre - Frecuentemente – A Veces - Raramente</p>

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de tipo prospectiva con un enfoque cualitativo. Debido a que se lo estudio de acuerdo a como ocurrieron los hechos, también se trata de un estudio de exploración diagnostica debido a que se determinó cuáles son los factores estresantes en la hospitalización infantil, específicamente en el Hospital Francisco Icaza Bustamante, por ser una unidad de salud en donde inciden niños y adolescentes de todo el país. Se encuentra ubicado en el centro de la ciudad de Guayaquil en la AV. Quito y Gómez Rendón, de fácil accesibilidad. El área seleccionada para este trabajo es la sala de gastroenterología que se encuentra ubicado en el tercer piso sur este del hospital.

Para la realización de este estudio se procedió a elaborar un cronograma de actividades el mismo que nos permitió cumplir secuencialmente la investigación. (Anexo 4)

3.2 DISEÑO DE ESTUDIO

3.2.1 SUJETOS DE ESTUDIO todos los niños hospitalizados en el área de gastroenterología del Hospital Francisco Icaza Bustamante.

3.2.2 CRITERIO DE INCLUSIÓN: son los niños comprendidos entre las edades de 3 a 5 años etapa preescolar

3.2.3 UNIVERSO:

Niños ingresados en el hospital Francisco Icaza Bustamante

3.2.4 POBLACION:

La población corresponde a **519 niños** ingresados en el área de gastroenterología durante tres meses que corresponden a: Febrero, Marzo, Abril.

3.2.5 MUESTRA:

El tipo de muestreo seleccionado fue el aleatorio simple, población finita la que consistió en utilizar la siguiente fórmula dando como resultado 52 niños a los cuales se le realizara la guía de observación

N: Tamaño de la población: 519

P: probabilidad de ocurrencia: 0,5

Z: Nivel de confianza: 90

Fórmula empleada
$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left(\frac{Z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$

d: Error máximo de estimación:

Tamaño de muestra finita: 60

10,0%

3.2.6 TÉCNICAS PARA OBTENER LOS DATOS

Se elaboró una guía de observación en la que contenía datos generales, y respuestas del niño a la hospitalización, Ver (Anexo 3) esto nos permitió obtener información necesaria, objetiva y veraz.

3.2.7 INSTRUMENTOS QUE SE USARÁN

Los instrumentos que se usaran serán la guía de observación.

3.3 PROCEDIMIENTOS

3.3.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previamente entregamos un oficio (Anexo 1) con el tema del proyecto a la Directora del hospital Francisco de Icaza Bustamante, quien nos autorizó realizar nuestro proyecto de tesis. Se obtendrá el consentimiento informado por parte de los familiares (Anexo 2), que nos ayudara en este proyecto de investigación.

3.3.2 ESTUDIO PILOTO

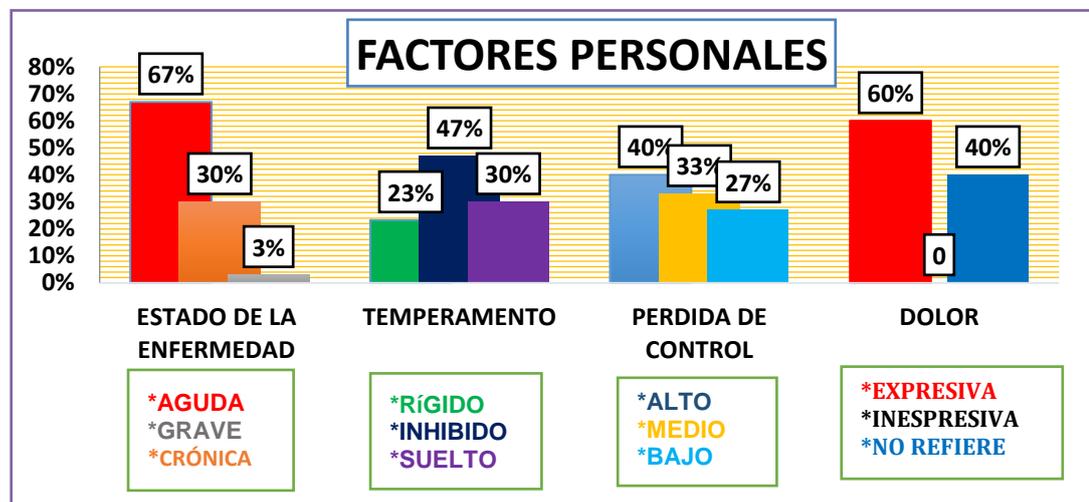
La guía de observación de proceder a recolectar la información se la sometió a una prueba en otro servicio que no fue parte de la investigación y esto nos permitió determinar errores y una vez que se procedió a corregir se lo volvió aplicar en el área de estudio.

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recolectada la información se procedió a ser la tabulación a través del método de galleta cuyos resultados fueron procesados con el programa Excel que nos permitió elaborar cuadros y gráficos de pasteles.

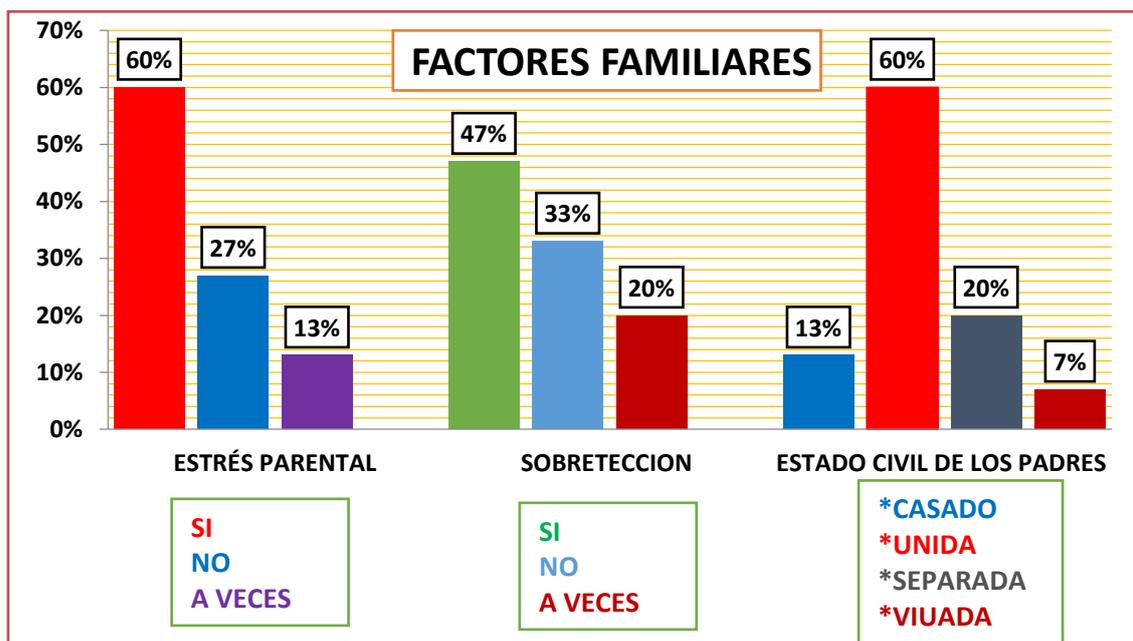
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Objetivo 1: Determinar cuáles son los agentes estresores que influyen en el periodo de hospitalización.



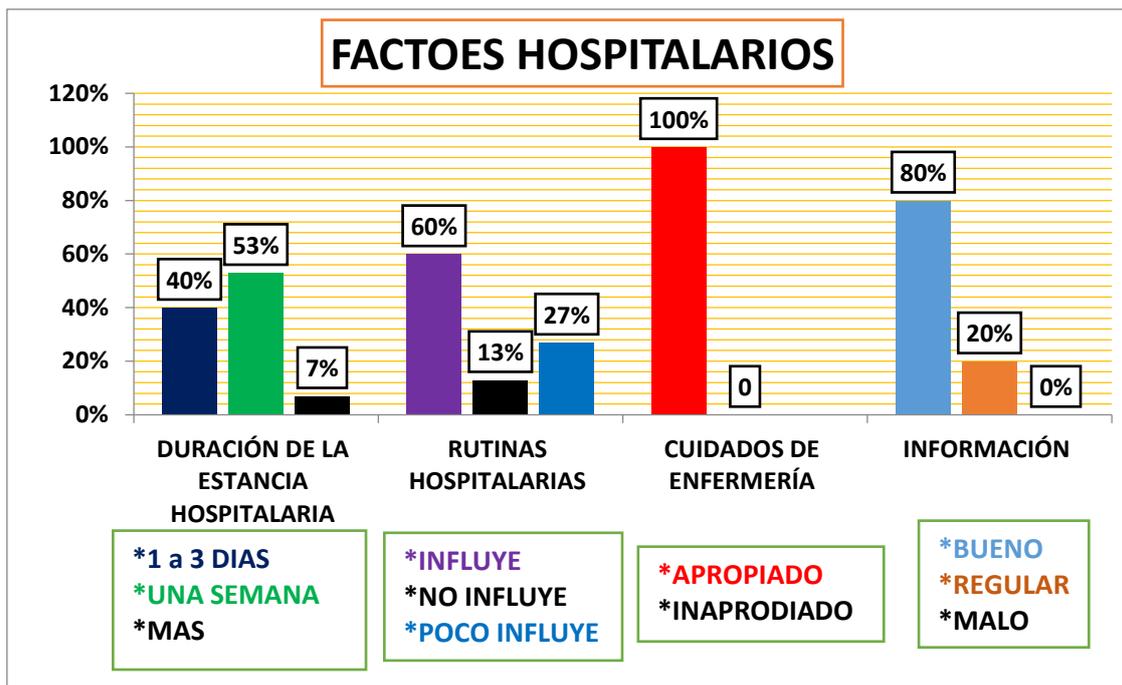
Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante
Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

En el marco teórico vimos que de los agentes que influyen en el afrontamiento hospitalario son factores personales, y en estos observamos en el gráfico la enfermedad aguda tiene 67%, en el que el niño al ser alejado de su ambiente le produce ansiedad pero por otro lado también podemos observar en el gráfico que el temperamento que el niño demuestra en la hospitalización es la inhibición que corresponde al 47%, como hemos visto en la teoría que los niños son autónomos en su hogar que al estar hospitalizados pierden el control de sus actividades lúdicas como lo vemos en nuestro gráfico que nos demuestra que su pérdida de control es del 40%, asimismo podemos indicar que el niño hospitalizado y sometido a procedimientos invasivos por ende va a experimentar dolor como lo estamos observando en la gráfica y que representa el 60% que lo hace de manera expresiva.



Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante
Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

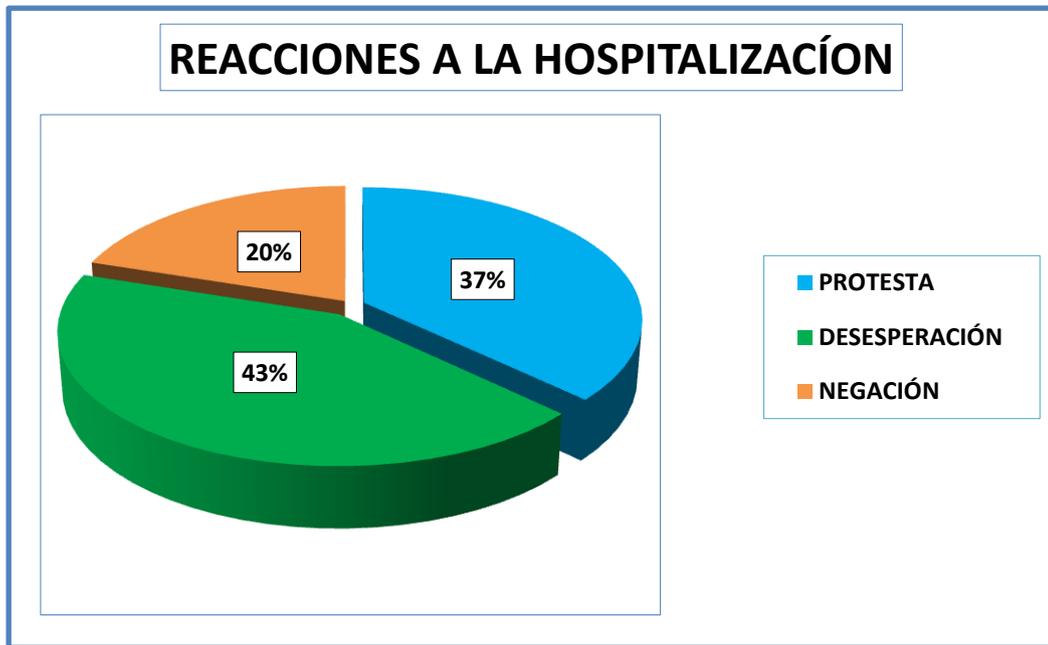
La familia es el apoyo principal del paciente pediátrico y el nexo de unión entre los niños y los profesionales sanitarios con respecto a los factores familiares tenemos que el mayor porcentaje corresponde a estrés parental con un 60% resulta evidente que la deprivación de la convivencia familiar, como consecuencia a la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares, se valoró igualmente la sobreprotección de los padres sobre los niños y se determinó que el 47% si fueron sobreprotegidos, seguido de un 33% que no son sobreprotegidos, evidenciando que la sobreprotección de los padres dificulta la adaptación del niño a la hospitalización como lo hemos visto en la teoría. En lo que concierne a estado civil en la gráfica podemos evidenciar que el 60% corresponde a unión libre, el 20% a matrimonios separados lo que influye en el estado psicológico del paciente y su nivel de adaptación.



Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante
Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

La adaptación al ambiente hospitalario son diferente en cada niño, debido a diversos cambios que debe de afrontar cada paciente como la duración de la estancia hospitalaria en la cual se evidencio que el 53% de los investigados su estancia fue de una semana, en la teoría investigada refiere que esto se asocian con un considerable aumento de alteraciones conductuales en el niño, otro factor estudiado fue la influencia de las rutinas hospitalarias en la conducta y actitud del niño los datos reflejan que el mayor porcentaje corresponde a la influencia de esta con un 60%, el menor porcentaje fue no influye reflejando el 13%, durante la hospitalización se realizan muchos procedimientos de diagnósticos, ante los cuales el niño puede presentar gran cantidad de malestar e incluso una simple inyección puede ocasionarle elevados niveles de ansiedad y miedo. Así mismo en la información proporcionada a los padres ellos manifestaron en mayor porcentaje que fue buena 80% y regular el 20% una inadecuada información genera mayor desconcierto y a su vez estrés parental, estas conductas están ligadas al parecer con algunos problemas de mala adaptación psicosocial en el niño hospitalizado. El estrés emocional que el paciente infantil puede sentir durante la hospitalización puede ser resultado de la exposición a un entorno desconocido, procedimientos, normas, materiales y gente con las que no están habituado y no comprende.

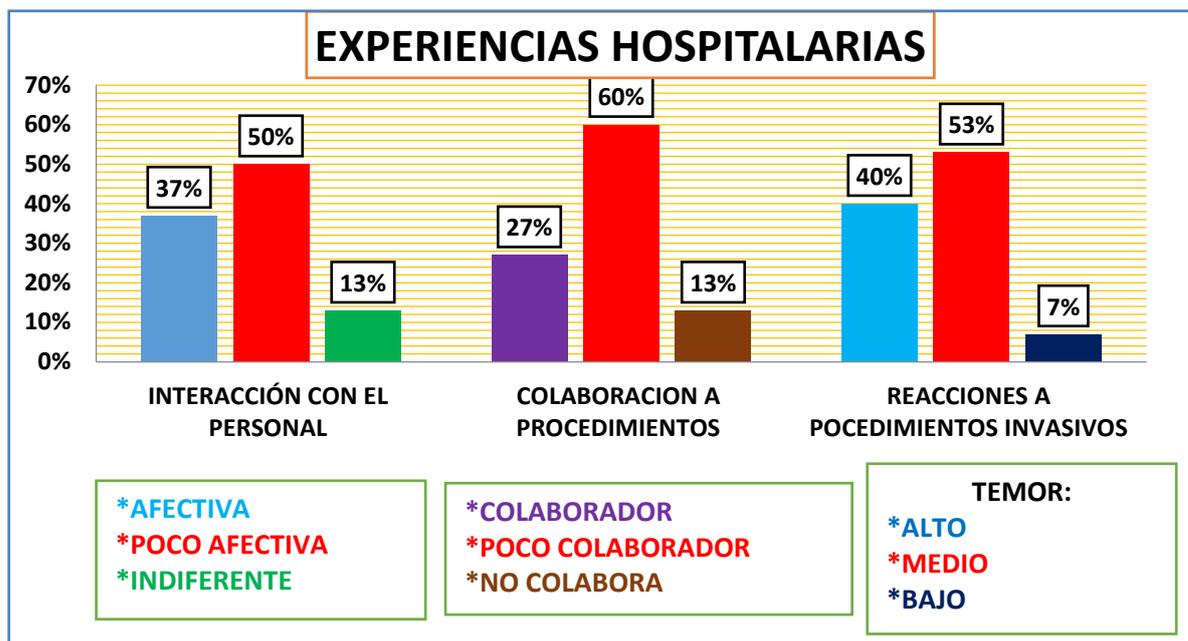
Objetivo 2: Identificar los procesos de adaptación del niño a la hospitalización.



Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante
Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

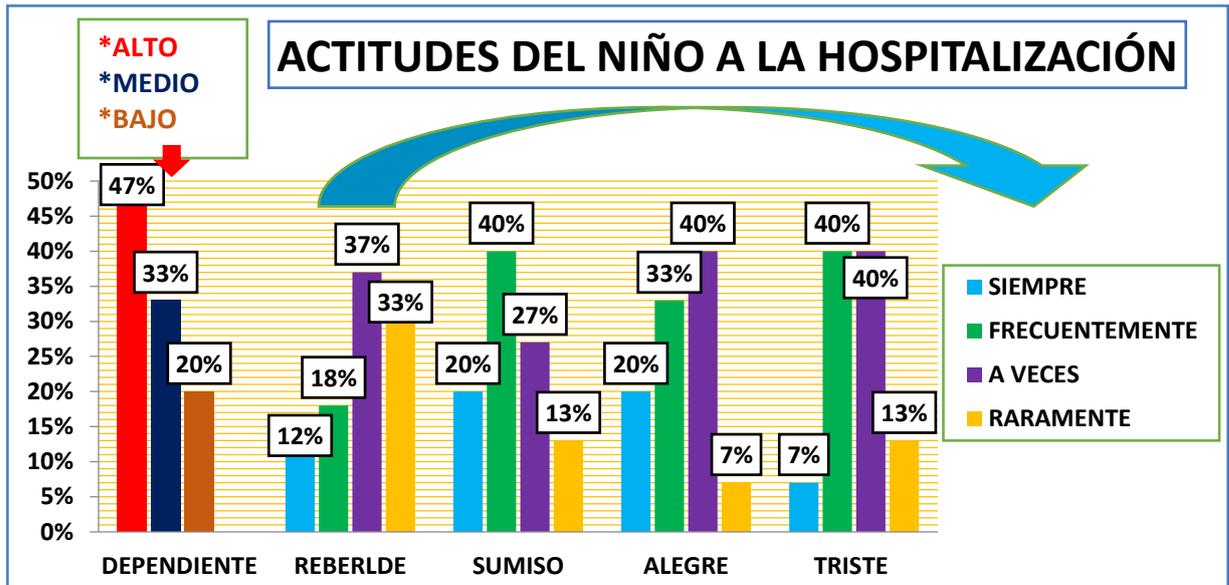
La teoría nos manifiesta que el niño sufre una angustia aguda por la pérdida de su madre, grita desesperadamente, se agita, se revuelve y vigila impaciente en la gráfica podemos observar que el 37% de los niños reaccionaron por la etapa de protesta, en la fase de desesperación corresponde el 43% de los infantes que corresponde al mayor porcentaje, en esta etapa observamos que el niño se hace introvertido e inactivo, no se interesa por lo que sucede a su alrededor y se muestra profundamente apenado, en el gráfico se observa que el 20% están en fase de negación, el marco teórico refiere que el niño/a muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos.

Objetivo 3: Determinar el impacto psicológico de la hospitalización en el niño.



Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante
Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

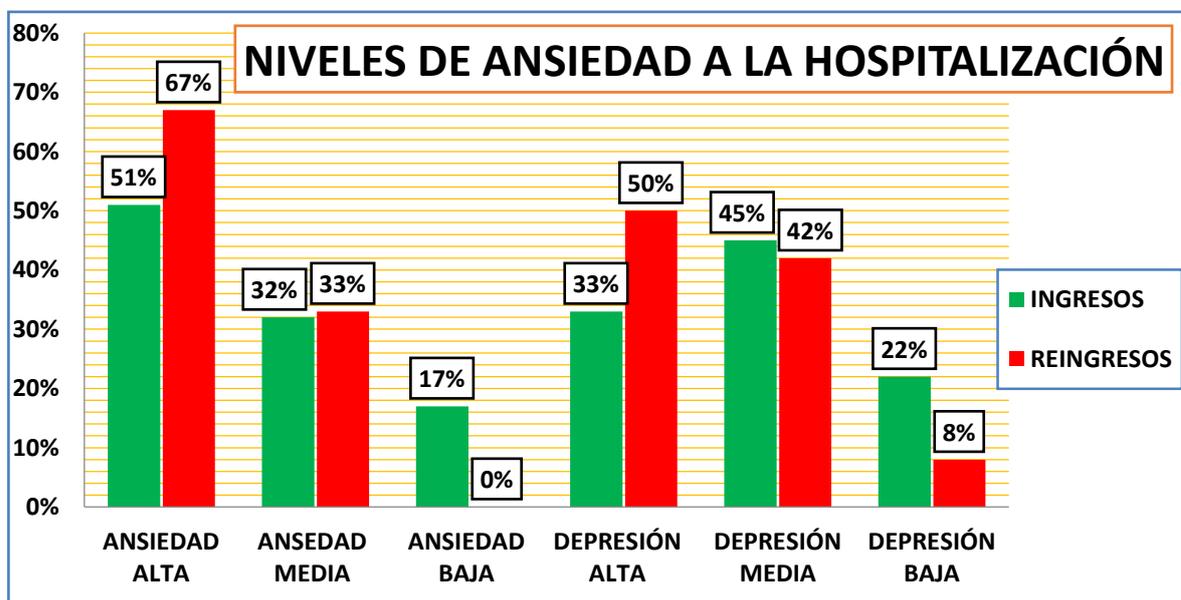
En las experiencias hospitalarias valoramos diferentes aspectos de los cuales tenemos que en la interacción del paciente con el profesional de enfermería, de treinta pacientes que corresponde a un 100%, a las que se realizó la guía de observación, el 50% se vio reflejado una relación enfermero(a) paciente poco afectiva, un 37% se observó afectiva y un 13% según los datos fue indiferente, lo que nos indica que el mayor porcentaje fue una relación poco afectiva entre el vínculo enfermero paciente. Otro de los parámetros valorados fue reacciones a procedimientos invasivos el mayor porcentaje demostró que existe poca colaboración de parte del paciente hacia los diversos procedimientos con un 60%, y con un 27 % fue colaborador demostrando que el grado de colaboración del paciente está condicionado al tipo o forma como este ve la hospitalización. En lo que corresponde a las reacciones a los procedimientos invasivos estado, los datos demostraron que existe temor en grado alto 40% predominando temor medio con un 53%, y grado bajo un 13% manifestándose la correlación predispuesta entre el temor que sienten los niños a los procedimientos que por diversos estándares se reflejó en un temor medio.



Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante
Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

En cuanto a la aptitud del niño observamos que el 47% depende de los padres, y el 37% adopta una aptitud de rebeldía, también podemos observar que dependiendo de la forma de crianza el niño a veces se demuestra alegre en un 40% ha seguido de un 33%. como nos indica la teoría que los niños hospitalizados son muy mimados van ha extrañar estar en su ambiente familiar y es a si que observamos en la gráfica que su aptitud a la hospitalización frecuentemente demuestra tristeza en un 40% Los datos mostrados demuestran que el impacto psicológico en el niño se ve reflejado en su estado anímico como indican los datos y en su grado de cooperación a los distintos procedimientos así como en su reacción hacia estos.

Objetivo 4: Identificar y valorar los niveles de ansiedad y sus posibles síntomas, como uno de los efectos de la hospitalización infantil.



Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante
Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

Según los datos obtenidos de los investigados en cuanto a la identificación de los niveles de ANSIEDAD tenemos que en los ingresos por primera vez prevalece ansiedad alta con un 51%, ansiedad media un 32, ansiedad baja con un 17%, en cuanto a reingresos hospitalarios tenemos los siguientes datos ansiedad alta existe un 67%, media 33, baja no refieren dentro de la investigación, se puede evidenciar que los niveles de ansiedad son altos tanto en ingresos como en reingresos, evidenciándose niveles de ansiedad más en los reingresos. La ansiedad en su forma más simple puede definirse como un temor adquirido, la experiencia de ansiedad contiene un profundo sentimiento de temor ante un peligro inminente, en cuanto a lo que refiere a la conducta depresiva en este periodo tenemos que el mayor porcentaje predomina en los reingresos hospitalarios con un 50%, depresión media 42% y baja un 8%, en cambio en los ingresados por primera vez tenemos que predominar la depresión media con un 45%, en lo que refiere a depresión alta tenemos 33% y baja 22%, estos tipos de conducta, ansiedad y la depresión son unos de los efectos de la hospitalización infantil que influyen desfavorablemente en el proceso de ajuste a la enfermedad y adhesión al tratamiento.

CONCLUSIONES

- ❖ Las conductas más frecuentes en los niños investigados se caracterizaron por comportamientos iniciales inhibición, tristeza, nerviosismo, temor a la separación con los padres, y a procedimientos médicos realizados, alteración del patrón el sueño - descanso, presencia de llanto en ocasiones. Así mismo podemos notar que dentro de las consecuencias de la internación infantil encontramos que los factores más influyentes es el estrés parental, la poca colaboración a los procedimientos, aumento de la dependencia de los niños hacia los padres.
- ❖ Los resultados de nuestra investigación reflejaron que el comportamiento del niño está íntimamente ligado a la intensidad, duración y frecuencia, con las que se realiza los procedimientos médicos a mayor procedimiento realizados existe una conducta desadaptativa y mayor ansiedad por parte del infante.
- ❖ Los pacientes que tienen reingresos presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva, que los que ingresan por primera vez, estos tipos de conducta son unos de los efectos de la hospitalización infantil que influyen desfavorablemente en el proceso de ajuste a la enfermedad y adhesión al tratamiento.
- ❖ En conclusión existen diversos factores que condicionarán la conducta y las reacciones del niño frente al periodo hospitalario.

RECOMENDACIONES

La enfermedad y la hospitalización han demostrado ser factores desencadenantes de estrés y de cambios psicoafectivos en el infante, puesto que la internación infantil es un proceso de adaptación nuevo y a la vez desconocido, para el cual no se encuentran preparados y por esta razón es que este proceso resulta muy estresante para el niño, por este motivo, para contribuir y favorecer este el proceso de adaptación durante la estancia hospitalaria se realizaron las siguientes recomendaciones:

- ❖ Fomentar actividades lúdico-recreativas, procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre.
- ❖ Asesoramiento y preparación del niño a este período, facilitando la adaptación a la unidad hospitalaria, con el fin de disminuir el estrés emocional causante de conductas desadaptativas.
- ❖ Impartir charlas educativas a los padres con el fin fomentar y optimizar los conocimientos necesarios para que el niño pueda afrontar de manera eficaz el período de hospitalización.
- ❖ Brindar apoyo emocional, atención competente y sensible, para que se minimicen los posibles efectos negativos del periodo hospitalario y se optimicen las ventajas de esta experiencia y de esta manera disminuir la ansiedad y demás efectos negativos.
- ❖ Mantener una comunicación eficaz entre personal de enfermería, el niño y su familia para que en mutua colaboración se brinden cuidados holísticos, de calidad y calidez

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Violet broadrib ,R.N. *Enfermería pediátrica(tercera edición)*. México: Harla.
- ❖ Du Gas B. W. *Tratado de enfermería (4ª.Edicion)*. Mexico: Interamericana.
- ❖ Agullar Cordero M. J. *Tratado de enfermería infantil cuidados pediátricos* Madrid,España: Elsevier
- ❖ Kozier B. Erb G. Blas K. Wilkinson J. *Fundamento de enfermería, conceptos, procesos y practica (5ta edición)*: McGraw- interamericana
- ❖ Noc, *Clasificación de resultados de Enfermería. Cuarta Edición (2009)*. Barcelona, España :Elsevier
- ❖ Whaley y whong. (2008). *Enfermería pediátrica (4ª edición)*. España: Mosby
- ❖ Bruner & Suddarth (2005). *Enfermería Médico Quirúrgico (10ª edición)*. México: Mc.Graw Hill interamericana.

BIBLIOGRAFÍAS ELECTRÓNICAS

- ❖ Rojas Muñoz G.F. (2012).El proceso adaptativo y síntomas ansiosos - depresivos relacionados con la hospitalización. *Universidad Nacional de Loja*. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6330/1/Rojas%20Mu%C3%B1oz%20Gabriela%20Fernanda%20.pdf>
- ❖ Alfaro Rojas. A. K. Atria Machuca. R.P. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Universidad Diego Portales*. Recuperado <http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/4.html>
- ❖ Herrero Fernández N. (2014). Hospitalización Infantil: El Niño Y Su Familia. *Casa Salud De Valdecilla*. Recuperado <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5238/HerreroFernandezN.pdf?sequence=1>

- ❖ López Naranjo I. (2011). Alteraciones Emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo. *Universidad de Granada*. Recuperado http://www.apega.org/attachments/article/943/Alteraciones_Emocionales_Hospitalizacion_infantil.pdf

- ❖ Fernández g. Paciente pediátrico hospitalizado. Facultad de medicina UDELAR. Departamento de psicología médica. Recuperado de <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/disciplinas%20asociadas/paciente%20pediatrico%20hospitalizado%20-%20ps.%20gabriela%20fernandez.pdf>

- ❖ Morales palacios M. (2009) participación de los padres en el acompañamiento y mejoramiento del estado emocional de los niños hospitalizados. *Universidad Ricardo palma*. Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/258/1/morales_m.pdf

- ❖ Gómez sancho M. Reacciones y fases de adaptación del enfermo y sus familiares. *Hospice mar del plata*. Recuperado de <http://www.hospicemardelplata.org/documentos/fases%20de%20adaptacion%20del%20enfermo%20y%20familiares.pdf>

- ❖ Rodríguez Bausá L. (2009/12/ 14). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. *UCLM*. Recuperado de http://www.uclm.es/varios/revistas/docencia_e_investigacion/numero2/luisrodriguez.asp

- ❖ Lizasoáin, O y Ochoa B. Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *EUSKOMEDIA*. Recuperado de <http://www.euskomedia.org/pdfanlt/osasunaz/05/05075085.pdf>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Naranjo I. (2011). Alteraciones Emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo. *Universidad de Granada*. http://www.apega.org/attachments/article/943/Alteraciones_Emocionales_Hospitalizacion_infantil.pdf
2. Barry, T.D., Dunlap, S.T., Cotten, S.J., Lochman, J.E. y Karen, C. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 3.
3. McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53(2), 185-204.
4. Fernández G. Paciente pediátrico hospitalizado. Facultad de medicina UDELAR. Departamento de psicología médica. Recuperado de <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/disciplinas%20asociadas/paciente%20pediatrico%20hospitalizado%20-%20ps.%20gabriela%20fernandez.pdf>
5. Rojas Muñoz G.F. (2012). El proceso adaptativo y síntomas ansiosos - depresivos relacionados con la hospitalización. *Universidad Nacional de Loja*. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6330/1/Rojas%20Mu%C3%B1oz%20Gabriela%20Fernanda%20.pdf>
6. Rodríguez, I. (2007). *Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil*. Recuperado de http://www.ucim.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_investigacion/2/Luisrodriguez.htm.
7. Bsiri-Moghaddam, k., Bsiri-Moghaddam, M., Sedeghmoghaddam, L, y Ahmadi, F. (2011). The concept of hospitalization of children from the view of parents and children. *Iran J pediatr*, 21(2), 201-208
8. Noroña Peña, A, L., y Cibanal Juan, L (2011). La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su internación con los profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(6).

9. Globe, L. (2004). the impact of a child's chronic illness on fathers pediatric Nursing, 27, 153-262.
10. Gonzales- Carrión, P. (2005). Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias, Nurse Investigación, 16, 1-15
11. Ortigosa Quiles, J.M, Quiles Sebastián, M.J., Carrillo, F.X. y Pedroche, s. (2003). Miedos infantiles hospitalarios: un estudio con niños hospitalizados y no hospitalizados, ansiedad y estrés, 6 (1), 61-70.
12. Gershoff, E.T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behavior and experiences: a meta-analytic and theoretical review. Psychological bulletin, 128, 539-579.
13. Oros, L.B. y Vogel, G.K. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. Enfoques, 17 (1), 85101.
14. Barros Torquato, I.M., Fonseca Jonás, M., Collet, N., Benegelania Pinto, M., Carvalho de Brito santo, N.C. y Smith da Nobrega Morais, G (2012). The disease and the childish hospitalizations: understanding the impact on family dynamics. Journal of nursing.
15. Curso Educador Hospitalario (2013). Estrés infantil Técnicas de control del estrés infantil recuperado de <https://animacionservicios.wordpress.com/2013/09/16/curso-educador-hospitalario-estrés-infantil/>
16. Herranz, g. (2006). Algunos aspectos del no dañar en el hospital de hoy. Revista médica Universidad de Navarra. 50(1).
17. Salmela, M., Salamtera, S., y Aronen, E.T. (2010). The experience of hospital- related fears of 4-to- 6- year- old children. Child: Care, Health and development.
18. Adams, S., Cohen, E., Mahant, Friedman, J., Macculloch, R., y Nicholas, D. (2013). Exploring the usefulness of comprehensive care plans for children with medical complexity (cmc): A qualitative study. Biomed central pediatrics. 13(10)
19. Mittal, V. S., Sigrest, T., Ottolini, M., Rauch, kit, B., y Flores, G. (2010) atrcentered rounds on pediatric wards: a Paris network survey of US and Canadian hospitalist. Pediatrics, 126(1)

20. Teung, A.G. *Cuidados de Enfermería Infantil. La Estimulación Precoz en la Hospitalización* (10 ed.). Madrid: Ed. Pirámide S.A., 198 recuperado de [https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero% 2011/estimul.htm](https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%202011/estimul.htm)

21. Fernández, A & López, I. (2006, 22 de Marzo). Estrés en padres e hijos en la hospitalización infantil. *Infocoponline: Revista de Psicología*. Recuperado el 10 de Mayo 2007 de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=686&cat=38

22. Alfaro Rojas A. Atria Machuca R. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Revista pediatría* <http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/4.html>

Anexos

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

atender
admisión
Ministerio
de Salud Pública
HOSPITAL DEL NIÑO
DR. FCO. DE ICAZA BUSTAMANTE

Dra. Amapola Ortiz Navarrete
DIRECTORA ASISTENCIAL

Guayaquil 20 de enero de 2015

Directora
Doctora Amapola Ortiz
Hospital Francisco Icaza Bustamante
Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio del presente solicito a usted autorice a los estudiantes de cuarto año de internado. **JAIRON STEEVEN ZAMBRANO RODRIGUEZ, WILLIAM ANDRÉS SUAREZ QUIRUMBAY**, que se encuentran realizando su trabajo de investigación previo a la obtención del título como licenciados en enfermería cuyo tema es: **FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE PERIODO 2014- 2015**

Para que se pueda recabar información en la institución que se digna a dirigir, y realizar dicho trabajo. Los interesados realizaran esta actividad a partir de la presente fecha salvo su mejor criterio.

Segura de una favorable respuesta me suscribo de usted.

Atentamente.



[Handwritten signature]
Lcda. Ketty Piedra Chavez Msc
Directora De La Escuela De Enfermería

HOSPITAL DEL NIÑO
"DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE"
RECIBIDO
POR *Gabriela Dope*
FECHA *24-01-2015*
HORA *12:12*

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... acepto realizar y colaborar libre y voluntariamente respondiendo el siguiente cuestionario de preguntas que será anónimo y de absoluta confidencialidad, misma que servirá para el informe del trabajo de investigación titulado: **FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA HOSPITALIZACION EN EL AREA DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE PERIODO 2014 - 2015**

Esperando sirva de gran ayuda contar con una favorable respuesta, anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente.

ANEXO N° 3

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CONTROL DEL AVANCE DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Estudiantes: WILIAM ANDRES SUAREZ QUIRUMBAY, JAIRON STEEVEN ZAMBRANO RODRIGUEZ

Tutora: LCDA. CECILIA CALDERÓN MSC

Tema: FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS A LA HOSPITALIZACION EN EL AREA DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE PERIODO 2014 – 2015.

DESARROLLO DE TUTORIAS					FECHA		
ACTIVIDADES	HORA		FIRMA		D	M	A
	I	F	TUTOR	ESTUDIANTE			
Presentación del tema.	5 PM	7 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	10	11	14
Elaboración del planteamiento del problema	5 PM	7 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	18	12	14
Elaboración de justificación y objetivos	5 PM	7 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	10	01	15
Reconstrucción del marco teórico	5 PM	7 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	30	01	15
Revisión de variables	5 PM	7 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	20	02	15
Operacionalización de variables	5 PM	7 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	10	03	15
Planteamiento de la metodología	5 PM	7 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	10	04	15
Revisión del Análisis de los resultados	5 PM	8 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	10	05	15
Revisión de conclusiones y recomendaciones	5 PM	8 PM		J. ZAMBRANO W. SUÁREZ	17	06	15

FECHA DE ENTREGA

ANEXO N° 4
GUÍA DE OBSERVACIÓN

Fecha

Nombre del observador

Hora de inicio / término de la observación

FACTORES PSICOSOCIALES

FACTORES PERSONALES

Edad	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Estado de la enfermedad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pérdida de control	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dolor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aguda - Grave - Crónica

Rígido - Inhibido - Suelto

Alto - Medio - Bajo

Expresiva - Inexpresiva - No Refiere

FACTORES FAMILIARES

Estrés parental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sobreprotección	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado civil de los padres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si - No - A Veces

Si - No - A Veces

Casado - Unidos - Separado - Viudo

FACTOES HOSPITALARIOS G

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 a 3 Días	- Una Semana	- Mas
Duración de la estancia hospitalaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Influye	- No Influye	- Poco Influye
Rutinas hospitalarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apropiado	-	Inapropiada
Cuidado de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Buena	- Regular	- Malo
Información			

FACTORES SOCIALES

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta	- Media	- Baja
Posición económica de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cortes	- Poco Cortes	- Descortés
Características culturales de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urbano	- Rural	- Marginal
Lugar de residencias			
	Primaria - Secundaria - E. Superior - Ninguna		
Nivel de educación de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AFRONTAMIENTO HOSPITALARIO

REACCIONES A LA HOSPITALIZACIÓN

	Demostrado	-	No demostrado
Fase De Protesta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<hr/>			
Fase De Desesperación	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<hr/>			
Fase De Negación	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS

	Afectiva	Poco Afectivo	Indiferente
Interacción con el Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<hr/>			
	Colaborador	- Poco Colaborador	- No Colabora
Colaboración a Procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Temor: Alto	-	Medio	-	Bajo
Reacciones Procedimientos Invasivas	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Alto	-	Medio	-	Bajo
Ingresos Hospitalarios					
➤ Ansiedad	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
➤ Depresión	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Reingresos hospitalarios					
➤ Ansiedad	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
➤ Depresión	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

ACTITUDES DEL NIÑO A LA HOSPITALIZACIÓN

	Siempre	-	Frecuentemente	-	A veces	-	Raramente
Dependiente	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Rebelde	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Sumiso	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Alegre	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Triste	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y DESADAPTATIVAS EN NIÑOS (SEGÚN RODRÍGUEZ, SPITZ, ORTIGOSA, J. MENEGHELLO CIE-10 Y DSM-IV)

	Demostrado	A veces	Raramente	Nunca
➤ Siente temor ante personas desconocidas (Vestidas de traje blanco o ropa médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Siente temor al quedarse solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Se altera cuando se le deja solo durante unos minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Protesta cuando come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Protesta cuando se baña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Se orina en la cama, o su ropa de vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Emplea mucho tiempo en estar sentado, acostado y sin hacer nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Tiene dificultad para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Su comportamiento es inhibido (cohibido, poco amigable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Su comportamiento es desinhibido (sociable, comunicativo, amigable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO N° 5

CRONOGRAMA DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TITULACIÓN Y GRADUACIÓN DEL PREGRADO 2014 – 2015

Fechas		Nov.	Dic	Ene.	Feb.	Mar	Abr.	Mayo	Junio
Actividades									
1	Revisión ajustes al proyecto de investigación por el tutor. (diseño de proyecto de investigación)	→	→						
2	Trabajo de campo: recopilación de información.		→	→					
3	Procesamiento de datos.			→	→				
4	Análisis e interpretación de datos.				→	→			
5	Elaboración del informe final.					→	→	→	
6	Entrega del informe final.(subdirección)							→	
7	Sustentación								→

ANEXO N° 6

PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Internet	6 meses	\$ 40	\$ 240
Laptop	1	\$ 580	\$ 580
Impresiones	350	\$ 0.05	\$ 17.50
Copias	100	\$ 0.05	\$ 5.00
Lápices	2	\$ 0.50	\$ 1.00
Borrador	2	\$ 0.30	\$ 0.60
Resaltadores	2	\$ 0.80	\$ 1.60
Transporte	50	\$ 0.25	\$ 12.50
Gramatólogo	1	\$ 60	\$ 60
Disco(Grabación)	6	\$ 1.00	\$ 6.00
TOTAL:			\$ 924,2

TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS

FACTORES PERSONALES

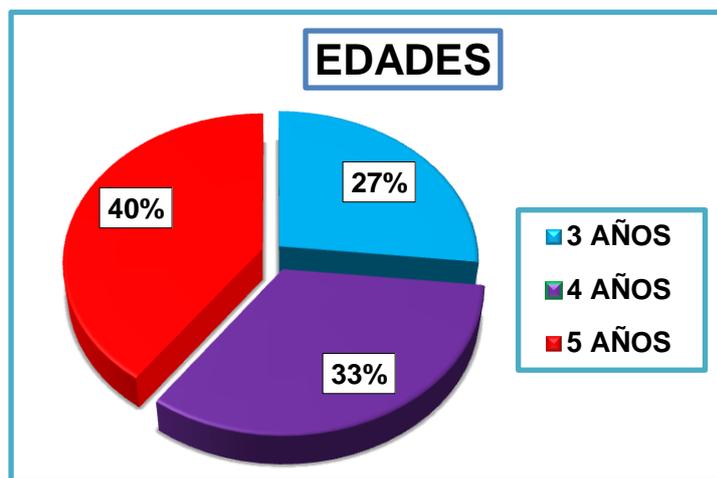
TABLA Nº 1

EIDADES		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 AÑOS	16	27%
4 AÑOS	20	33%
5 AÑOS	24	40%
TOTAL	60	100%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

GRÁFICO Nº 1



En cuanto a la edad de los pacientes hospitalizados, el 27 % corresponde a pacientes de 3 años, el 33% a pacientes de 4 años, el 40% a pacientes de 5 años.

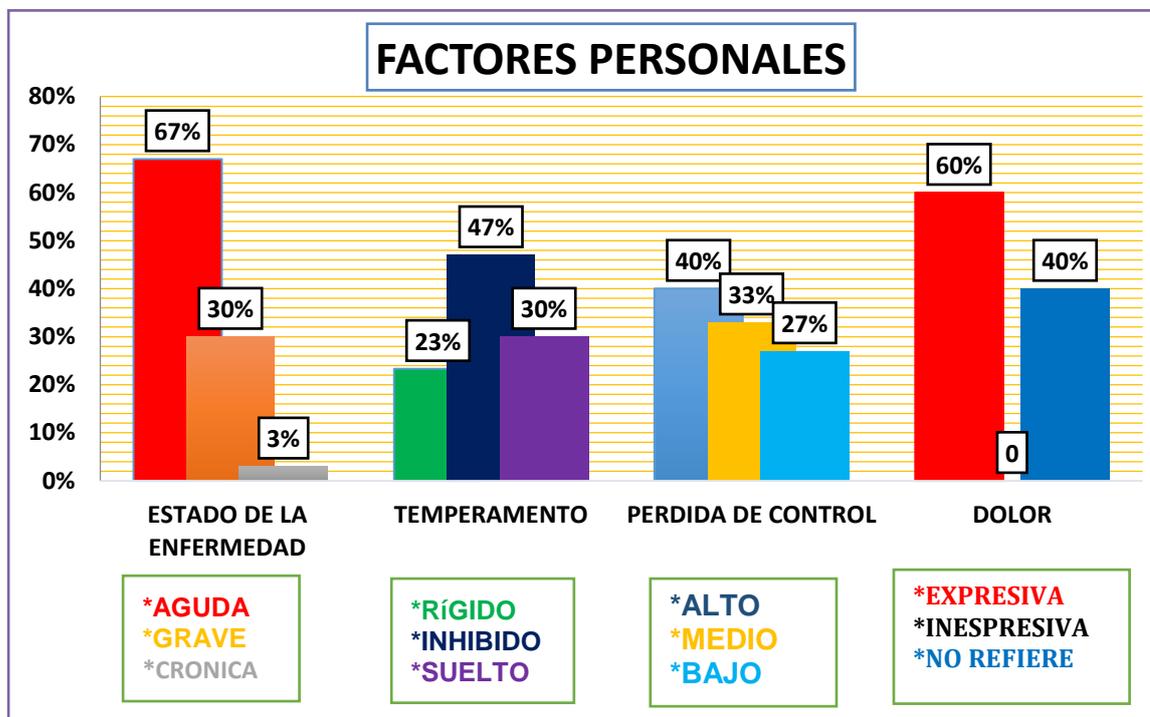
TABLA N° 1.2

ESTADO DE LA ENFERMEDAD		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGUDA	40	67%
GRAVE	18	30%
CRÓNICA	2	3%
TOTAL	60	100%
TEMPERAMENTO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RÍGIDO	14	23%
INHIBIDO	28	47%
SUELTO	18	30%
TOTAL	60	100%
PÉRDIDA DE CONTROL		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	24	40%
MEDIO	20	33%
BAJO	16	27%
TOTAL	60	100%
DOLOR		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	36	60%
MEDIO	0	0%
BAJO	24	40%
TOTAL	60	100%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

GRÁFICO Nº 1.2



Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

Los datos relacionados con los factores demuestran que el estado de la enfermedad aguda tiene 67%, grave el 30% y crónica representa el 3% de los pacientes. En cuanto a temperamento la inhibición corresponde al 47% siendo este el mayor porcentaje, temperamento rígido 23%, suelto 30%. En lo que respecta a pérdida de control es del 40% alto, medio 33%, bajo el 27% asimismo podemos indicar que el niño va a experimentar dolor como lo estamos observando en la gráfica y que representa el 60% que lo hace de manera expresiva el 40% no refiere.

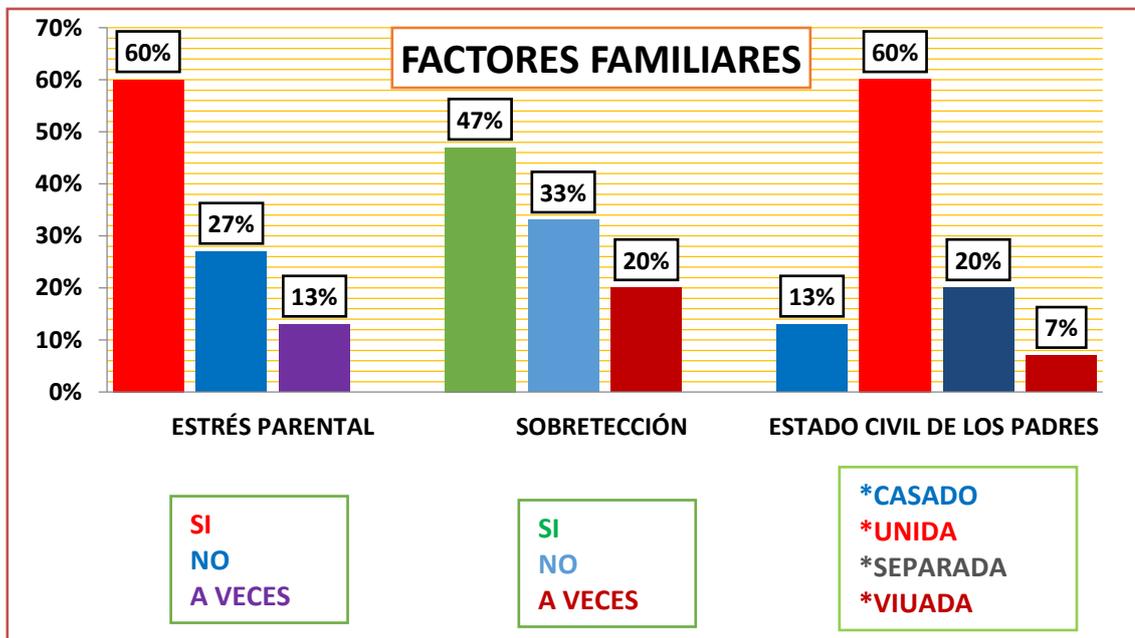
TABLA N° 2
FACTORES FAMILIARES

ESTRÉS PARENTAL		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	60%
NO	16	27%
A VECES	8	13%
TOTAL	60	100%
SOBRETECCION		
SI	28	47%
NO	20	33%
A VECES	12	20%
TOTAL	60	100%
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES		
CASADOS	8	13%
UNIDOS	36	60%
SEPARADOS	12	20%
VIUDOS	4	7%
TOTAL	60	100%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

GRÁFICO Nº 2



Los datos relacionados con los factores familiares demuestran que el 60% si se encuentran con estrés parental el 27% a veces y el 13% no presente estrés. En la gráfica se observa que el 47% si fueron sobreprotegidos, un 33% no lo fueron y el 20% a veces. En estado civil el 60% corresponde a unión libre, casado el 13%, separado 20% y viuda 7% con esto decimos que la familia es el apoyo principal del paciente pediátrico y el nexo de unión entre los niños y los profesionales sanitarios.

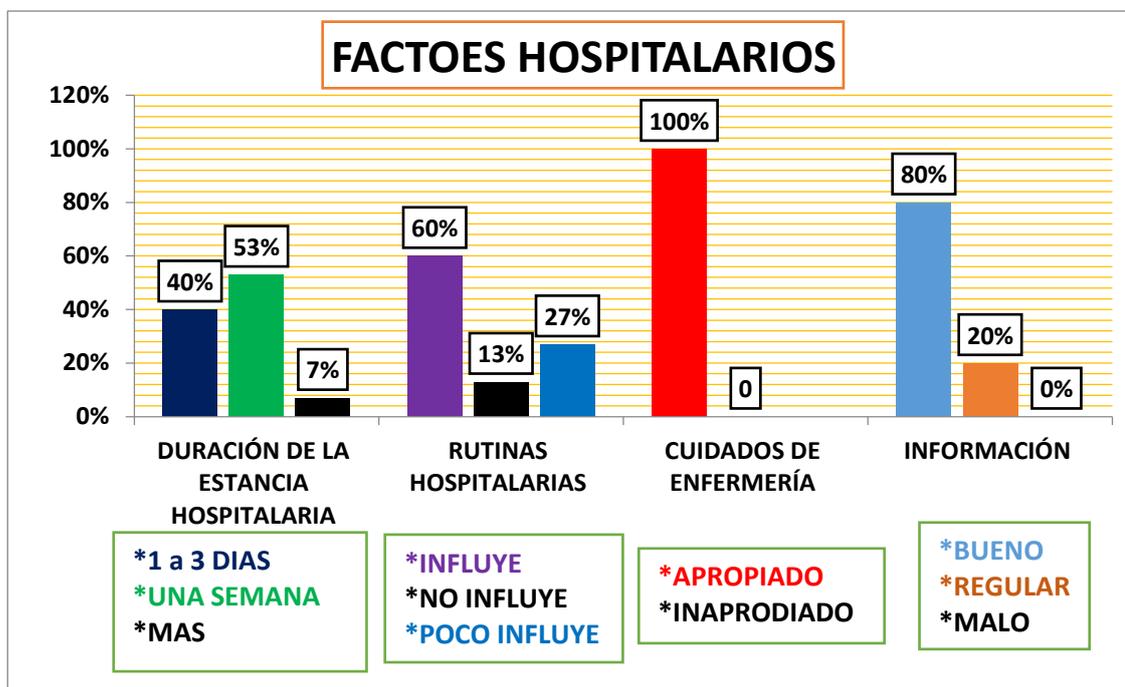
TABLA Nº 3
FACTORES HOSPITALARIOS

DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 A 3 DÍAS	24	40%
UNA SEMANA	32	53%
MAS	4	7%
TOTAL	60	100%
RUTINAS HOSPITALARIAS		
INFLUYE	36	60%
NO INFLUYE	8	13%
POCO INFLUYE	16	27%
TOTAL	60	100%
CUIDADOS DE ENFERMERÍA		
APROPIADO	60	100%
INAPROPIADA		0%
TOTAL	60	100%
INFORMACIÓN		
BUENO	48	80%
REGULAR	12	20%
MALO	0	0%
TOTAL	60	100%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

GRÁFICO N° 3



Los datos relacionados con los factores hospitalarios tenemos que la duración de la estancia hospitalaria se evidencio que el 53% de los investigados su estancia fue de una semana, 40% de 1 a 3 días, y el 7% corresponde a estancia más de una semana. Otro factor estudiado fue la influencia de las rutinas hospitalarias los datos reflejan que el mayor porcentaje corresponde a la influencia de esta con un 60%, poco influye el 27% y no influye un 13%. Se reflejó que los cuidados de enfermería eran apropiados en un 100%. Así mismo en la información proporcionada a los padres ellos manifestaron que fue buena con un 80% y el 20 % manifestó que fue regular.

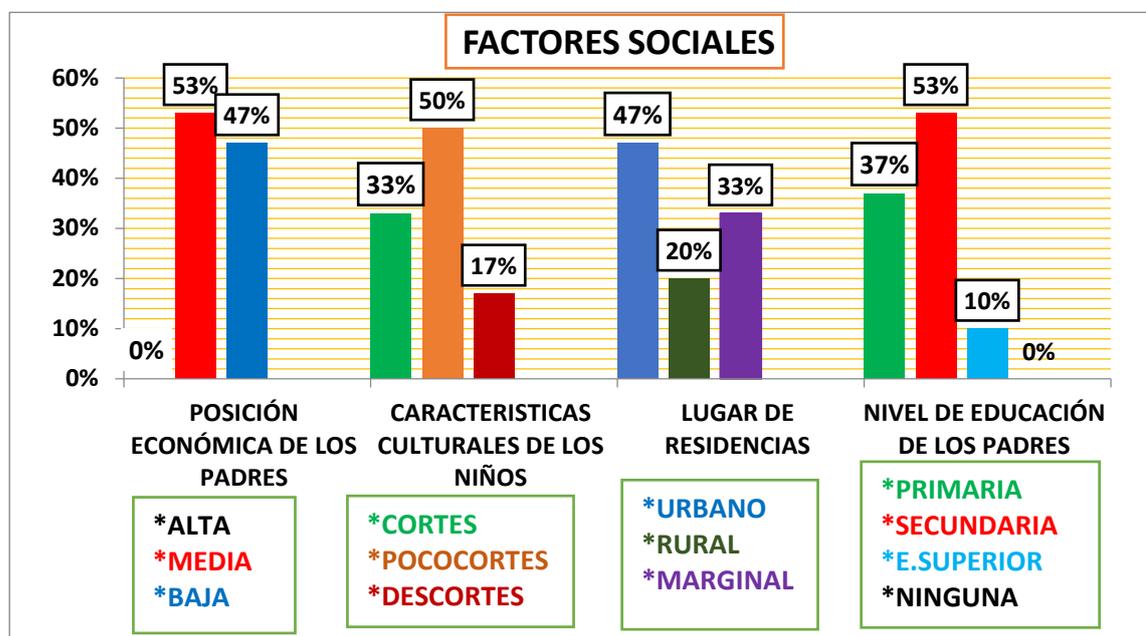
TABLA N° 4**FACTORES SOCIALES**

POSICIÓN ECONÓMICA DE LOS PADRES		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	0	0%
MEDIA	32	53%
BAJA	28	47%
TOTAL	60	100%
CARACTERÍSTICAS CULTURALES DE LOS PADRES		
CORTES	20	33%
POCO CORTES	30	50%
DESCORTÉS	10	17%
TOTAL	60	100%
LUGAR DE RESIDENCIA		
URBANO	28	47%
RURAL	12	20%
MARGINAL	20	33%
TOTAL	60	100%
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES		
PRIMARIA	22	37%
SECUNDARIA	32	53%
E. SUPERIOR	6	10%
NINGUNA	0	0%
TOTAL	60	100%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

GRÁFICO N° 4



Los factores sociales que influyen en el nivel de conducta del infante observamos a la posición económica de los padres en un 53% la misma que pertenece a clase media y baja el 47%. También en las características culturales de los niños que son poco cortés en un 50% en lo que refiere a cortés está en el 33% y descortés el 17%. El lugar de residencia que en nuestro trabajo encontramos a la zona marginal en un 33%, rural 20% y urbano 47%. En cuanto al nivel educativo de los padres el 37% corresponde a primaria, secundaria en un 53% lo que podemos observar en el gráfico y educación superior un 10%.

TABLA Nº 5

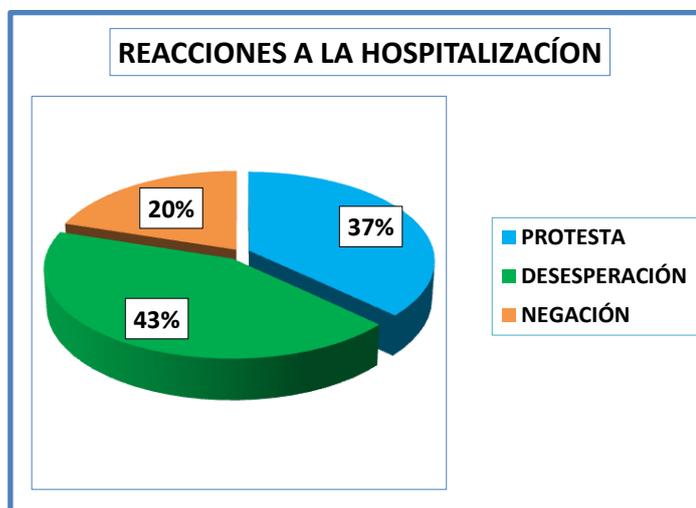
REACCIONES DEL NIÑO A LA HOSPITALIZACIÓN

REACCIONES DEL NIÑO A LA HOSPITALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROTESTA	22	37%
DESESPERACIÓN	26	43%
NEGACIÓN	12	20%
TOTAL	60	100%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

GRÁFICO Nº 5



Los datos relacionados con las reacciones a la hospitalización demostraron que el 37% de los niños reaccionaron por la etapa de protesta, en la gráfica podemos observar que el 43% se encuentran en la fase de desesperación y el 20% de los niños se encuentran en fase de negación.

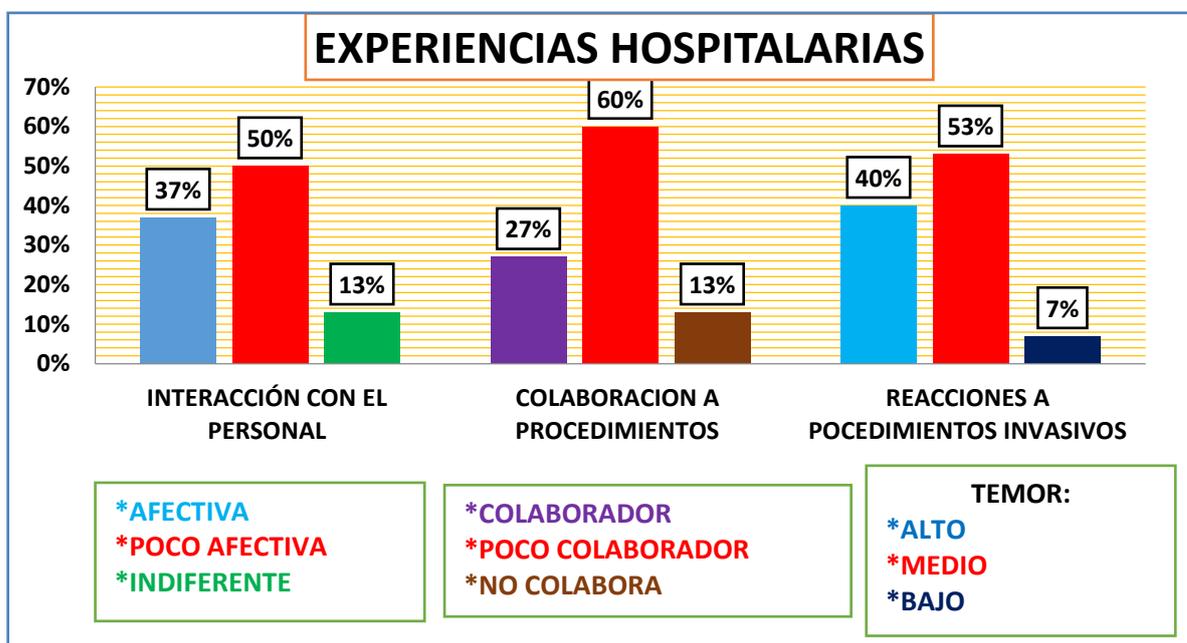
TABLA N° 6
EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS

INTERACCIÓN CON EL PERSONAL		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Afectiva	22	37%
Poco Afectivo	30	50%
Indiferente	8	13%
TOTAL	60	100%
COLABORACIÓN A POCEDIMIENTOS		
Colaborador	16	27%
Poco Colaborador	36	60%
No Colabora	8	13%
TOTAL	60	100%
REACCIONES A POCEDIMIENTOS INVASIVOS		
Temor: Alto	24	40%
Temor: Medio	32	53%
Temor: Bajo	4	7%
TOTAL	60	100%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

GRÁFICO Nº 6



En las experiencias hospitalarias valoramos diferentes aspectos de los cuales tenemos que en la interacción del paciente con el profesional de enfermería es poco afectiva con un 50% se observó afectiva con un 37% y indiferente con un 13%. Otro de los parámetros valorados fue el grado de colaboración del paciente a procedimientos invasivos el mayor porcentaje demostró que existe poca colaboración con un 60%, el 27% demostró ser colaborador y no colabora un 13%. En lo que corresponde a las reacciones a los procedimientos invasivos estado, los datos demostraron que existe temor en grado alto con un 40%, predomina el temor medio con un 53%, el 7% corresponde a temor en intensidad baja.

TABLA N° 7

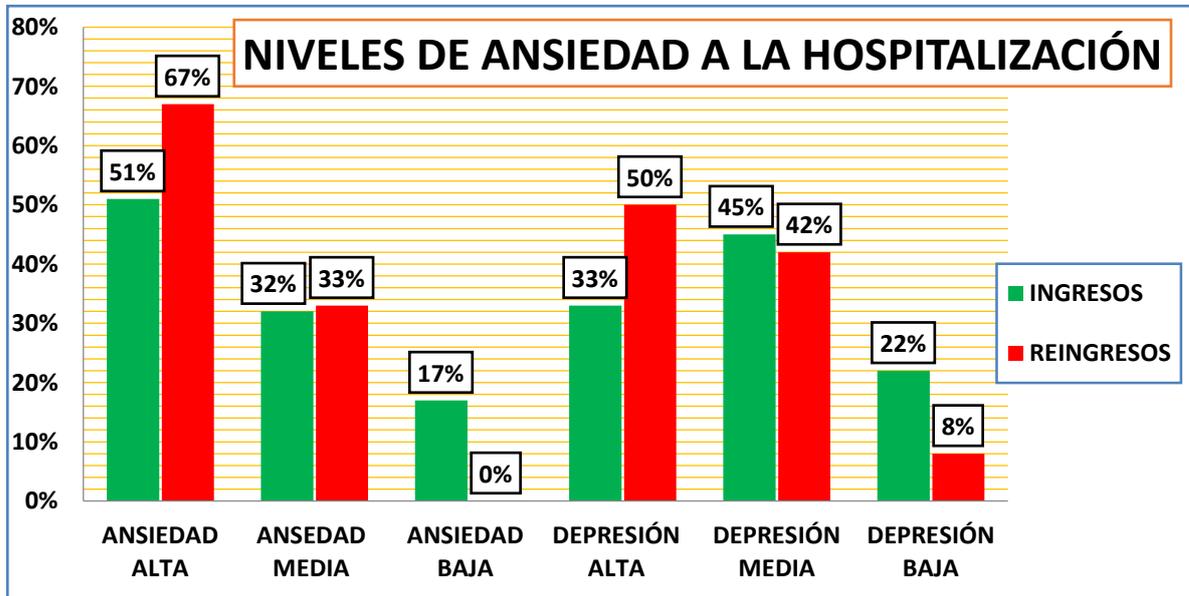
EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS SEGÚN EL NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS	FRECUENCIA/ INGRESOS	INGRESOS/ PORCENTAJE	FRECUENCIA/ REINGRESOS	REINGRESOS/ PORCENTAJE
Ansiedad Alta	22	51%	16	67%
Ansiedad Media	8	32%	8	33%
Ansiedad Baja	6	17%	0	0%
TOTAL	36	100%	24	100%
Depresión Alta	12	33%	12	50%
Depresión Media	16	45%	10	42%
Depresión Baja	8	22%	2	8%
TOTAL	36	100%	24	100%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

GRÁFICO N° 7



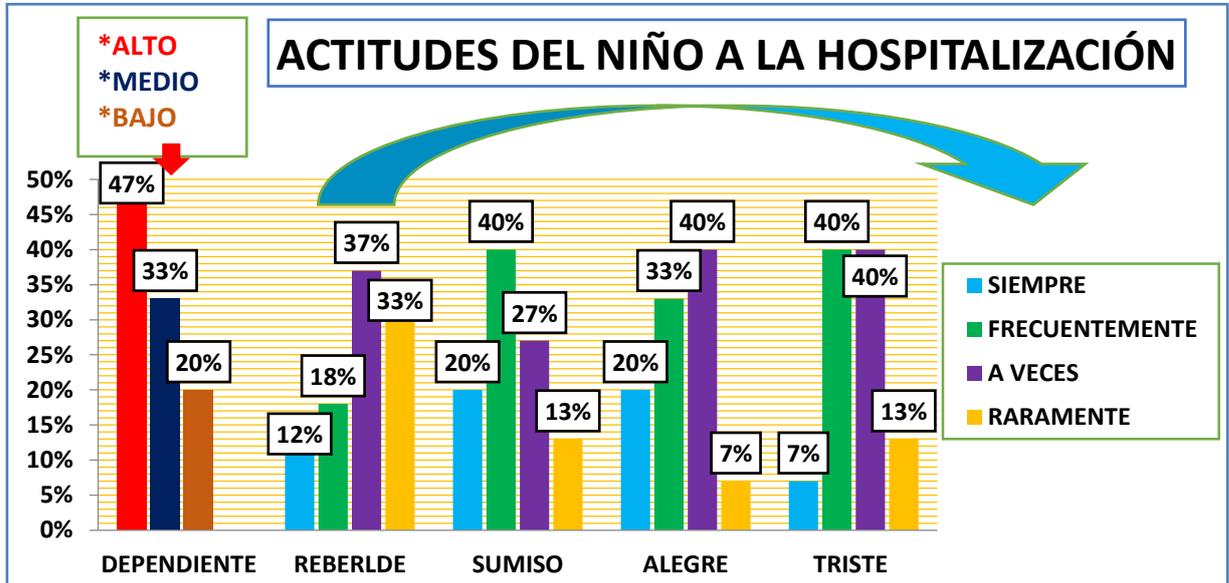
Según los datos obtenidos de los investigados en cuanto a la identificación de los niveles de tenemos que en los ingresos por primera vez prevalece ansiedad alta con un 51%, ansiedad media un 32, ansiedad baja con un 17%, en cuanto a reingresos hospitalarios tenemos los siguientes datos ansiedad alta existe un 67%, media 33, baja no refieren dentro de la investigación. En refiere a la conducta depresiva en este periodo tenemos que el mayor porcentaje predomina en los reingresos hospitalarios con un 50% alta, depresión media 42% y baja un 8%, en cambio en los ingresados por primera vez tenemos que predomina la depresión media con un 45%, en lo que refiere a depresión alta tenemos 33% y baja 22%.

TABLA N° 8

ACTITUDES DEL NIÑO A LA HOSPITALIZACIÓN

DEPENDIENTE		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	28	47%
Medio	20	33%
Bajo	12	20%
TOTAL	60	100%
REBERLDE		
Siempre	8	12%
Frecuentemente	10	18%
A veces	22	37%
Raramente	20	33%
TOTAL	60	100%
SUMISO		
Siempre	12	20%
Frecuentemente	24	40%
A veces	16	27%
Raramente	8	13%
TOTAL	60	100%
ALEGRE		
Siempre	12	20%
Frecuentemente	20	33%
A veces	24	40%
Raramente	4	7%
TOTAL	60	100%
TRISTE		
Siempre	4	7%
Frecuentemente	24	40%
A veces	24	40%
Raramente	8	13%
TOTAL	60	100%

GRÁFICO Nº 8



Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

En cuanto a la aptitud del niño observamos que el 47% depende alta de los padres medio un 33% y bajo el 20%, se observó además que el 37% adopta una aptitud de rebeldía siempre, frecuentemente 18%, 33% raramente. También podemos observar que dependiendo de la forma de crianza el niño a veces se demuestra alegre en un 40% a veces, seguido de un 33% frecuentemente, y siempre 20%. la aptitud a la hospitalización frecuentemente demuestra tristeza en un 40%, raramente 13% y siempre el 7%. Igualmente se valora el estado sumiso del paciente siendo 40% correspondiente a frecuentemente, 27% a veces, 20% siempre y el 13% raramente.

TABLA N° 9

CONDUCTAS HOSPITALARIAS Y ADAPTATIVAS EN NIÑOS

	AREA EMOCIONAL	DEMOSTRADO		A VECES		RARAMENTE		NUNCA	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Siente temor ante personas desconocidas (Vestidas de traje blanco o ropa médica)	24	40%	12	20%	4	7%	20	33%
2	Siente temor al quedarse solo	32	53%	10	17%	12	20%	6	10%
3	Se altera cuando se le deja solo durante unos minutos	20	33%	10	17%	6	10%	24	40%
4	Protesta cuando come	28	47%	24	40%	8	13%	0	0%
5	Protesta cuando se baña	16	27%	20	33%	8	13%	16	27%
6	Se orina en la cama, o su ropa de vestir	24	40%	12	20%	6	10%	18	30%
7	Emplea mucho tiempo en estar sentado, acostado y sin hacer nada	24	40%	12	20%	4	5%	20	35%
8	Tiene dificultad para conciliar el sueño	6	10%	12	20%	0	0%	42	70%

Fuente: Niños y niñas del área de gastroenterología del hospital Francisco Icaza Bustamante

Elaborado por: William Suárez y Jairon Zambrano

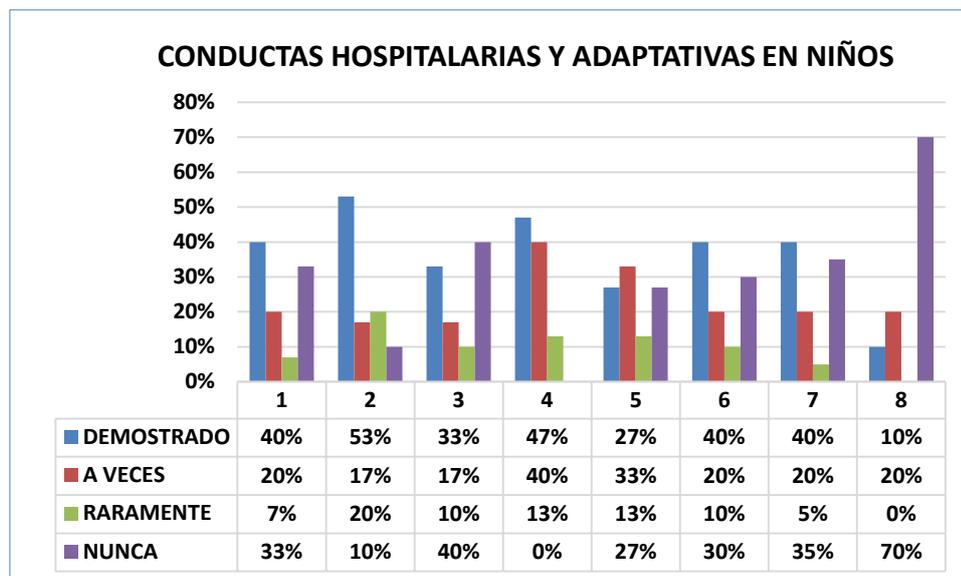


GRÁFICO Nº 9

El cambio que sufre el niño a un ambiente nuevo y a personas desconocido son fuentes generadoras de estrés que coaccionan cambios en la personalidad así como conductas adaptativas y desadaptativas en el grafico se evidencia que el 40% demostró temor ante personas desconocidas vestidas de blanco siendo este el mayor porcentaje, así mismo el 33% no demostró temor. De igual manera se valoró la inconformidad del niño al ambiente hospitalario con el 40%, los datos reflejan que 27% de los infantes reflejan conductas adaptativas a este periodo, en lo que refiere a temor a quedarse solo en el 53% de los infantes se demostró este parámetro, también se valoró la predisposición a comer el 47% demostró una conducta de protesta, en lo que concierne al baño el 27% de los infantes demostraron inconformidad al realizar esta actividad. Se valoro igualmente si se orina en la cama el 24% demostro este parametro, el 12% a veces, 6% raramente, 18% nunca. En el parametro de emplea mucho tiempo en estar sentado acostado y sin hacer nada el el 24% demostro este parametro , el 12% a veces, 4% raramente, y el 20% nunca. En lo que concierne a si tenian dificultad para conciliar el sueño el dato mas relevante muestra que 70% no tiene dificultad.

EVIDENCIAS







