

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE JAÉN**



TESIS

**VIVENCIAS DE LOS NIÑOS ESCOLARES FRENTE A LA
HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE JAÉN - CAJAMARCA**

POR:

Patricia Contreras Sánchez

ASESORA:

Elena Vega Torres

JAÉN - CAJAMARCA - PERÚ

2014

COPYRIGHT © 2014 By
PATRICIA CONTRERAS SÁNCHEZ
Todos los derechos reservados.

Este informe de tesis será parte permanente de la colección de la Biblioteca de la Escuela Académico Profesional de Enfermería en la Universidad Nacional de Cajamarca. La firma abajo, autoriza el uso del informe de tesis para cualquier lector que lo solicite. De igual manera, la posible publicación por parte de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Patricia Contreras Sánchez

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida, la salud y las fuerzas necesarias para alcanzar mis metas.

A mi madre quien me ha brindado su apoyo incondicional en todo momento.

A mi asesora de tesis, Dra. Elena Vega Torres, por su apoyo, orientación, aporte profesional, así como otorgarme su tiempo y atención para el desarrollo de esta Tesis.

A:

Dios.

Por haberme permitido realizar mis estudios superiores para lograr mis objetivos y orientarlos en beneficio de mi comunidad.

Mi madre

Porque confía y cree en mí, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque gracias a ti hoy puedo ver alcanzada mi ilusión, ya que siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera.

GLOSARIO

Edad escolar El humano que comprende desde los 6 años hasta el inicio de la adolescencia alrededor de los 12 años. Esta etapa tiene características propias de crecimiento y desarrollo, el crecimiento es relativamente constante y el desarrollo se da mayormente en el área psicosocial, en esta etapa el niño amplía sus horizontes sociales y de interacción con el mundo y pone a prueba su capacidad de adaptación al medio con los recursos que previamente había aprendido en la familia.

Cliente Es un sistema abierto en interacción total con el ambiente compuesto por variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales interrelacionados entre sí. Posee un núcleo o estructura básica que está protegida de los estresores por líneas de defensa que lo ayudan al mantenimiento de su estabilidad o integralidad.

Medio ambiente

Conjunto de factores internos y externos que rodean e interactúan con el hombre. Asociado a este concepto están los factores estresantes que son intrapersonal, interpersonales y extrapersonales, que se definen como fuerzas del entorno que interaccionan con el sistema y pueden alterar su estabilidad.

Entorno interno o intrapersonal En él todas las interacciones tienen lugar dentro del propio paciente.

El entorno externo o extrapersonal En este entorno las interacciones se dan fuera del paciente.

El entorno creado Abarca a los anteriores, moviliza todas las variables del sistema con el fin de mantener la integridad y estabilidad del ser humano. Es intrínsecamente intencional dado que actúa para proporcionar un reservorio protector de seguridad para el sistema del cliente, así mismo se ajusta continuamente al aumento o disminución del estado de bienestar de la persona.

Enfermería Es una profesión que facilita el bienestar óptimo del cliente a través de la retención, logro o mantenimiento de la estabilidad del sistema, mediante acciones dirigidas a la reducción de los posibles efectos de los estresores ambientales.

Salud Equipara salud con el bienestar, definiéndola como la condición o el grado de estabilidad del sistema, que es, la condición en la cual todas las partes y subpartes están en balance o armonía con el total del cliente. El hombre al ser un sistema abierto e interactivo con su entorno se encuentra siempre en un estado dinámico de bienestar o experimentando cierto grado de enfermedad.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
GLOSARIO	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	16
1.1. Antecedentes.....	16
1.2. Bases teóricas.....	19
II. MARCO METODOLÓGICO	35
2.1. Tipo y abordaje del estudio.....	35
2.2. Sujetos de investigación.....	36
2.3. Escenario.....	37
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
2.6. Procesamiento y análisis de información.....	39
2.7. Criterios de rigor científico.....	40
2.8. Criterios Éticos.....	41
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
IV. CONSIDERACIONES FINALES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	83

RESUMEN

La investigación es de naturaleza cualitativa con abordaje descriptivo, la cual tiene como objetivo describir y analizar las *vivencias de los niños escolares frente a la hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Jaén*. Los sujetos del estudio estuvieron conformados por cinco niños en edad escolar hospitalizados. La muestra se determinó por saturación y redundancia, utilizando como técnicas de recolección de datos el cuestionario sociodemográfico y la entrevista semiestructurada. El objeto de investigación que se abordó se dirigió primero a las vivencias para luego profundizar los conceptos de niño escolar hospitalizado, considerando a éste como el sujeto que experimenta las vivencias y que necesita del cuidado de enfermería. En el tratamiento de los datos se utilizó el análisis de contenido según Piñuel, obteniéndose cinco categorías: Barreras para el cuidado del niño escolar hospitalizado. Barreras de comunicación del niño escolar hospitalizado. Incomodidad y aburrimiento del niño escolar hospitalizado. Sufrimiento físico y emocional del niño escolar hospitalizado con las siguientes subcategorías: Sentimiento de tristeza, ansiedad y separación y la última categoría Bienestar en el cuidado del niño escolar hospitalizado.

Palabras clave: vivencias, niño escolar, Hospitalización.

ABSTRACT

The research is a descriptive qualitative approach, which aims to describe and analyze the experiences of schoolchildren against hospitalization in the Pediatric Service of the General Hospital of Jaen. The study subjects were composed of five school-age children in hospital. The sample was determined by saturation and redundancy, using as data collection techniques sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews. The object of research that addressed went first to the experiences then deepen the concepts of hospitalized school children, considering this as the subject experiencing the experiences and needs of nursing care. Content analysis was used in the processing of data according Pifuel, yielding five categories: Barriers to the care of the hospitalized child's school. Communication barriers hospitalized school child. Discomfort and boredom of school children hospitalized. Physical and emotional suffering of school children hospitalized with the following subcategories: Feelings of sadness, anxiety and separation and the last category Wellness in the care of hospitalized school child.

Keywords: experiences, school child hospitalization.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad es una situación en la que todos estamos expuestos desde que nacemos, constituyendo un estado de crisis especialmente en los niños, quienes presentan emociones como: tristeza, cólera, angustia, ansiedad, miedo, trastornos del sueño, irritabilidad, temor, entre otras; las mismas que se incrementan con la hospitalización^{1,2}.

La hospitalización es una situación de crisis que extrae al niño de su medio habitual para ponerlo en otro desconocido, colocándolo en una situación de vulnerabilidad que lo lleva a depender de terceras personas extrañas; interrumpe de forma breve o prolongada su escolaridad, viéndose obligado a dejar por un tiempo variable sus estudios y la escuela; restringe su tiempo libre y su vida social. Por consiguiente el niño experimenta una ruptura con su medio, lo que define un estado emocional particular que puede o no favorecer la recuperación de su enfermedad, debido a que el hospital es un ambiente inusual para el niño, que altera su vida cotidiana y la de su familia¹.

Berk³ señala que los niños en edad escolar (6 a 12 años) están en una etapa decisiva de la vida, porque es la fase en la que obtienen conocimientos y adquieren experiencias esenciales para desarrollar su capacidad como seres humanos; según el desarrollo cognitivo, estos comienzan a adquirir la capacidad de relacionar una serie de acontecimientos con representaciones mentales que pueden expresarse tanto verbal como no verbal. Asimismo el niño desarrolla sus cualidades corporales,

musculares y perceptivas, siendo el mayor riesgo que el niño se perciba como incapaz o que experimente el fracaso en forma sistemática, lo que puede dar lugar a los sentimientos de inferioridad.

En el Perú más de 156 mil menores de 12 años son hospitalizados cada año durante periodos variables de tiempo por diversas causas en los 469 hospitales que existen en el ámbito nacional. Estos niños son mayoritariamente de condición humilde; por lo mismo, una gran mayoría suele enfrentar su situación de enfermedad alejada de sus familias, sin contar con el soporte emocional y afectivo indispensable para recuperarse.¹ Las primeras causas de enfermedad en el niño escolar son las enfermedades del aparato respiratorio, seguidas del traumatismo y envenenamiento, anomalías congénitas, enfermedades del aparato digestivo, entre otras².

Es importante que el equipo de salud considere que el impacto y la adaptación al ambiente hospitalario es diferente en cada niño, debido a diversas circunstancias y a los cambios que debe afrontar cada paciente: desconocimiento de las rutinas hospitalarias, prolongación de la estancia hospitalaria, ruptura de las actividades de la vida diaria y sobre todo alejamiento de los padres. En consecuencia, el niño debe adaptarse a cambios físicos (suscitados por una intervención quirúrgica, inmovilización, administración de tratamientos, toma de muestras) y a nuevas costumbres que comportan un diferente estilo de vida (tipo de alimentación, horario, sueño, administración de medicamentos, entre otros) que frecuentemente son contrarias a su estilo de vida².

Esta realidad es vivenciada a través de algunos enfermeros del Hospital General de Jaén quienes manifestaron que los niños hospitalizados muestran rostros de miedo, angustia, tristeza a los procedimientos médicos y de enfermería, la mayoría de niños precipitan una conducta no cooperativa y hacen que no se brinde un cuidado integral.

Al entrevistar a algunas madres respecto a la hospitalización de sus hijos señalaron que los procedimientos terapéuticos afectan a su niño por ser dolorosos; asimismo la poca importancia de los médicos, del personal de enfermería a su estado de salud y el nuevo ambiente hospitalario, lo que genera en el niño sentimientos de tristeza, cólera, angustia, ansiedad, miedo entre otros.

La investigadora señaló que en la actualidad hay un entendimiento más claro en relación a lo que implica las experiencias hospitalarias en un niño y lo que puede sentir, sufrir y expresar, sin embargo, son pocos los estudios realizados en relación a esta temática, a pesar de que las vivencias en los niños hospitalizados son un fenómeno observado frecuentemente por los profesionales de salud, los padres y quienes permanecen cerca de ellos.

Desde esta perspectiva se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las vivencias de los niños escolares frente a la hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Jaén-Cajamarca, 2014?

La investigación tuvo como objetivos: Describir las vivencias de los niños escolares frente a la hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Jaén y analizar las vivencias de los niños escolares hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Jaén.

El estudio encontró su justificación en la necesidad de estudiar las vivencias que experimentan los niños en un ambiente hospitalario; éste es un tema sensible y muy poco explorado en el área de la investigación social, los menores sufren una serie de cambios y repercusiones negativas, caracterizados básicamente por la ruptura y discontinuidad de su vida cotidiana, la cual implica sobre todo separación del entorno familiar, escolar y social.

Por otro lado, el personal de salud no contempla el aspecto socioemocional que experimenta el niño en su estancia hospitalaria. Las vivencias del niño no son tomadas en cuenta y se ignora sus necesidades en esta dimensión. El personal de salud, por lo general, carece de una buena calidad de atención integral al paciente centrándose básicamente en la curación de la enfermedad física, dejando de lado los aspectos emocionales y sociales que lo aquejan y que tienen una primordial importancia en su recuperación del niño.

En ese sentido, los resultados de esta investigación permitieron comprender esta problemática que nos ayudará a establecer propuestas del cuidado humanizado y la mejora en el desempeño de los enfermeros y otros profesionales de la salud, para que el niño tenga una mejor predisposición en el momento de ser hospitalizado y pueda

enfrentar positivamente su enfermedad y convalecencia, con el fin de conseguir una mejor calidad de vida.

Además este estudio servirá de base para otras investigaciones por ser un trabajo pionero en el tema y en la metodología cualitativa de abordaje descriptivo.

El informe de investigación se ha estructurado de la siguiente manera:

La introducción comprende el problema, los objetivos y la justificación. En el capítulo I: *Marco Teórico*, que incluye antecedentes de investigación, y base teórica. En el capítulo II: *Marco Metodológico*, donde se señala el tipo de investigación, abordaje, sujetos de estudio, muestra; así como las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos, teniendo en cuenta los principios éticos y el rigor científico con los que se desarrolló la investigación. En el capítulo III: *Resultados y discusión*, donde se presentan las categorías y subcategorías. En el capítulo V: *Consideraciones finales y recomendaciones*.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Guzmán y Torres⁴ ejecutaron un estudio sobre Cultura hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo, en América Latina, concluyeron que un niño o niña con poca edad, un internamiento prolongado, pobre apoyo familiar y poco o nulo apoyo psicológico institucional, tendrá consecuentemente una mayor percepción negativa hacia el hospital, lo cual impactará directamente a la idea que se tenga sobre la cultura hospitalaria. La restricción física que conlleva a la hospitalización, el lenguaje ininteligible y las curaciones son los principales factores estresantes para los infantes y los factores que influyen en su percepción.

En el estudio realizado por Ceribelli, et al⁵ estudió La mediación de la lectura como recurso de comunicación con niños hospitalizados en Brasil, concluyeron que la asistencia al niño hospitalizado se debe proveer cuidados físicos, sociales y emocionales. La mediación de la lectura permite que los enfermeros y miembros del equipo de enfermería, padres de familia identifiquen, reconozcan y comprendan cuales son las reales necesidades del niño hospitalizado y es útil como una forma de comunicación con el niño hospitalizado ya que permite una relación más intuitiva

por facilitar la comunicación no verbal, un recurso para aliviar la ansiedad, la desolación, la apatía, rabia, miedo, dolor y el sufrimiento de los niños hospitalizados.

Suárez⁶ en su estudio acerca de las alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo en España, concluyó que el niño hospitalizado se encuentra en un medio hostil que en ocasiones lo lleva a adoptar conductas de dependencia. El personal de salud es el que más tiempo pasa en contacto con los niños y su relación con ellos va a marcar el modo en que viva la enfermedad. Por tanto es importante desarrollar programas de preparación a la hospitalización que ofrezcan información, atiendan a las expresiones emocionales derivadas del ingreso del niño y faciliten una adecuada relación con el personal de salud.

Noreña y Cibanal⁷ realizaron un estudio titulado: Experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería en España, señalaron que la comunicación que se establece con los niños juega un papel fundamental en la mediación de sus experiencias y en las ideas que elaboran acerca del proceso salud-enfermedad. Se necesita realizar un mayor número de investigaciones cualitativas, en las cuales los profesionales de enfermería puedan reevaluar sus estrategias relacionales y discursos, permitiéndoles determinar la importancia de mejorar sus habilidades interpersonales, en especial la empatía.

El estudio realizado por Gonzales, et al⁸ acerca de Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría, en España concluyeron que uno de los principales problemas que aqueja a los niños hospitalizados es el sufrimiento físico y emocional, por ello a los padres se les debe facilitar para cumplir su papel de

padres logrando cambiar y mejorar el sufrimiento físico y emocional de los niños, los cuales son los protagonistas y nos deben hacer saber cuáles son sus necesidades, cómo podemos cuidarles mejor y qué podemos aportar los profesionales para que esta experiencia no sea tan traumática para ellos ni para su familia.

Becerril⁹ realizó un estudio: El ajuste creativo del niño hospitalizado mediante ludoterapia Gestalt, en México, donde muestra que la hospitalización crea en el niño una situación de experiencias nuevas, confusas e incluso traumáticas que deben asimilarse abruptamente, sin embargo, la incorporación de programas y de espacios fundamentados en el juego, el humor y la recreación para la atención de pacientes internos; promueve un estado psicológico que facilite afrontar la enfermedad debido a que la rehabilitación se hace más compleja en un niño aislado, sin estímulos y en un ambiente hostil.

Silva¹ investigó acerca de Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios en el Perú, donde concluye que los niños demandan ser vistos como personas activas, participativas y con capacidad de comunicar claramente sus puntos de vista y requerimientos, ellos buscan vínculos humanos e interacciones con las personas que los atienden basadas en el afecto, el respeto auténtico y la consideración a la persona, su naturaleza de niño y su condición de paciente en proceso de recuperación. Los niños tienen fortalezas que le permiten generar resiliencia para hacer frente a la adversidad de la enfermedad. Estas fortalezas sólo podrán ser estimuladas y promovidas en un clima hospitalario centrado en las necesidades emocionales del paciente, como son el trato afectuoso y la provisión de espacios de aprendizaje, juego y vínculos acogedores y saludables. La enfermedad y

el estar hospitalizados generan en los niños y su familia una situación de tensión, miedo, dolor, angustia e incertidumbre, por ello, estos sentimientos requieren ser atendidos con propiedad y humanidad.

El sistema de salud debe tomar en consideración los condicionantes sociales de la salud para comprender y atender a los niños no sólo desde un enfoque de curación de la enfermedad, sino de forma holística e integral, logrando prevenir que los niños recaigan en las causas que generaron la dolencia, que muchas veces son formas de maltrato del sistema de vida del menor.

1.2. BASES TEÓRICAS

Las bases teóricas tuvieron como objeto de investigación primero a las vivencias para luego profundizar los conceptos de niño escolar hospitalizado, considerando a éste como el sujeto que experimenta las vivencias y que necesita del cuidado de enfermería.

Vivencias

Vivencias según el latín “vivere” significa poseer existencia o vida. Es lo vivido o experimentado por la conciencia. Una vivencia es aquella experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. Cada hecho vivenciado lo es de un modo particular por el que lo vive o experimenta, lo que hace que el propio sujeto lo modifique en su percepción. La vivencia, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin duda

enriquecerán a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación similar a la de la vivencia pasada, sino que además nos dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud o comportamiento^{10,11,12}.

Díaz¹³ manifiesta que las vivencias son fenómenos específicos de los seres humanos razón por la cual revelan una estructura ontológica y cualitativa respecto de la misma "vida". En efecto las vivencias son fenómenos "interiores"; transcurren en la "inmanencia" del propio ser y no más bien en el "exterior" de éste; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad del ser humano, estas vivencias se consideran "entidades subjetivas". Esto, sin embargo, no afecta en nada a su estructura precisa y su contenido específico, que hacen de estas vivencias "entidades objetivas", si bien inmanentes a estos seres vivientes.

La clasificación de las vivencias humanas se fundamenta en un dato por completo evidente, de éstas recibe el nombre de intencionalidad, que quiere decir, en el presente contexto, relación significativa del hombre con un objeto". Desde ésta perspectiva, puede decirse entonces que en el interior del hombre tienen lugar tanto *vivencias intencionales* como *vivencias no-intencionales* según establezca éste "relaciones significativas" con los objetos de la realidad que le rodean o no sea así.

Las vivencias "*intencionales*" se suscitan en el hombre por las distintas relaciones significativas, conscientes, inteligentes y espirituales que éste establece con los

objetos de la realidad. Se trata de vivencias que de alguna manera exigen, para su surgimiento en el interior del hombre, la presencia intrínsecamente "importante" de los objetos de la realidad, esto es, de ciertos "valores", como la verdad, el bien o la belleza. Las vivencias "intencionales" son los "sentimientos" del hombre, como la alegría o la tristeza, los cuales son vivencias que surgen en el interior del hombre en razón de la "consciencia" que se tiene de ciertos hechos reales.

Las vivencias "*no-intencionales*" Estas no surgen en el hombre propiamente por las relaciones significativas que éste establece con los objetos de la realidad, sino que son "causadas", "provocadas", "ocasionadas" psíquicamente en él: en primer lugar, por las distintas relaciones físicas que tienen lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea, como los cambios de temperatura, las variaciones de calor o de humedad, la alternancia de la luz y la oscuridad, la presencia de agentes irritantes para el hombre (como el ruido, la polución o los estímulos visuales); en segundo lugar, por determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida, como el exceso de fatiga, la disminución de los momentos de reposo (en sus formas de sueño o de descanso), padecimientos de salud prolongados, comportamientos cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada, abuso de agentes estimulantes (como el café, el tabaco, el alcohol, las drogas).

Estas vivencias humanas son en sentido estricto, *inconscientes*, no implican la capacidad de comprender de la inteligencia y carecen de índole espiritual, pues más bien son de naturaleza psicofísica. No es nada extraño que estas vivencias estén actuando dentro del hombre mucho tiempo atrás al momento en que éste llega a conciencia de ellas (como el cansancio) o que no pongan en juego la capacidad de

conocer y comprender que tiene el hombre para poder surgir dentro de él (como la irritabilidad, el malhumor o la melancolía). Así ejemplos claros de vivencias “no-intencionales” son los llamados “apetitos” o “tendencias” que experimenta en su ser el hombre (como la sed, el hambre, el impulso sexual, el sueño).

Asimismo menciona las *vivencias “motivadas”* y *vivencias “causadas”*; todas las vivencias que tienen lugar en el interior del hombre implican, de manera general, una forma de relación del ser de éste con las cosas y sucesos de la realidad no surgen “porque sí”, de manera puramente “espontánea”, ninguna de ellas pero en sentidos muy diferentes, pues mientras unas surgen de manera pasiva en el interior del hombre por diversas “causas físicas” del mundo exterior (las vivencias no-intencionales), otras brotan en él de manera activa merced a los “encuentros significativos” que éste establece con el mundo exterior (vivencias intencionales); éstas últimas no son *causadas* en el hombre por las características materiales y sensibles de las cosas y sucesos de la realidad como las otras, sino podríamos decir *motivadas* en él por el carácter “altamente significativo” que poseen las cosas y sucesos de la realidad en la que vive.

Las vivencias están estrechamente ligadas a la voluntad del hombre; surgen en el interior del hombre por el hecho de encontrarse y moverse dentro del mundo de cosas y sucesos “libremente”, esto es, a partir de sí mismo y desde sí mismo; por ello no pueden entenderse en su sentido propio sin vincularlas orgánicamente a la naturaleza de la libertad, a su estructura y dinámica propias. Estas vivencias son: desear, esperar, anhelar, aguardar.

El primer elemento al que consideramos que se le debe hacer alusión cuando hablamos de la vivencia, según Hernández¹⁴, es a la determinación histórico-social de lo psíquico. El hombre es resultado de la sociedad en que vive, pero como sujeto autodeterminado y no como cosa producida. La vivencia, como toda subjetividad humana, está condicionada socialmente, en ella se expresa la sociedad personalizada, es decir la vivencia está condicionada por la cultura, la sociedad, y las redes vinculares que se establecen en la misma; “la vivencia del sujeto, su vida, se manifiestan no solo como funciones de su vida anímica personal, sino como un fenómeno de significación y valor sociales”.

La situación política, cultural, económica y social de la época en que vive y se desenvuelve el sujeto, atraviesan el entramado sistema de relaciones que él establece con el medio, constituyendo la subjetividad, sus peculiaridades y expresiones. La vivencia está condicionada socialmente, pero no deviene expresión pura de la sociedad, sino que se constituye en la unidad de la personalidad del individuo y del medio. La vivencia implica siempre una transformación, pues lo externo, la realidad, se individualiza, siendo reestructurada y significada en función de la personalidad del individuo. Es entonces, una categoría intransferible, dada sólo al protagonista que la experimenta. No permite replicaciones o imitaciones, es única y comprensible solo con la ayuda y participación de quien la experimente.

La investigadora conceptualiza a las vivencias como experiencias vividas por el ser humano, las cuales se caracterizan por ser subjetivas y están condicionadas por la cultura y la sociedad, estas son únicas e intransferibles. Una vivencia es reestructurada en función de la personalidad del individuo. No permite replicaciones

o imitaciones, es única y comprensible solo con la ayuda y participación de quien la experimente. La vivencia, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin dudas enriquecerán a la persona.

El periodo de edad escolar para Hayman¹⁵ se caracteriza por crecimiento físico muy estable, está determinado por un desarrollo intelectual y social rápido. Es decir el niño en edad escolar desarrolla diversas áreas psicosociales, cognoscitivas y físicas las cuales se evidencian a través del desarrollo de actividades tales como divertirse con juegos organizados y en grupo, lo que crea una sensación de seguridad, cada vez se vuelve más importante compartir tiempo con amigos. A los niños de edad escolar les encanta hablar de sí mismos y de lo que les gusta. En el aspecto social sienten una fuerte necesidad de desempeñarme correctamente, de hacer las cosas bien, hay interés por desarrollar habilidades nuevas, el deseo de obtener reconocimiento y tener éxito, habla acerca de sus sentimientos.

A pesar de la maduración cognoscitiva característica de los niños, es posible que no perciban en forma precisa las causas de la enfermedad. Los escolares se citan a sí mismos como causa de su enfermedad, indicando persistencia del tema de la enfermedad como un castigo, o también ven a los microorganismos como causas de la enfermedad. El ambiente hospitalario restringe los logros en las áreas de autoestima y puede causar sentimientos de inferioridad^{15, 16}.

La hospitalización es el ingreso que se da a un paciente para permanecer hospitalizado en una Unidad Médica de segundo o tercer nivel de atención, con la finalidad de recibir un tratamiento médico y/o dar seguimiento a su padecimiento;

previa valoración y autorización del médico especialista, así como la aceptación del paciente y/o su familiar; ésta puede ser programada o por la atención en el Servicio de emergencias^{12, 17}.

Desde nuestro nacimiento, estamos expuestos a diversas enfermedades, y en situaciones de crisis se hace necesaria una hospitalización según el Proyecto de Ley N° 3213, situación que implica la pérdida del bienestar físico, psicológico y social, sobre todo si el afectado es un niño. La hospitalización de un niño, implica interrelacionar con personas desconocidas y depender de ellas, familiarizarse a actividades diferentes a las cotidianas de forma breve o prolongada, generando una ruptura con su medio, lo que define un estado emocional particular que puede o no favorecer la recuperación de su enfermedad¹⁸.

Para el niño la hospitalización implica la separación de su entorno familiar y la entrada a un ambiente desconocido, con personas extrañas que tocan su cuerpo, hablan con palabras que no entiende y realizan procedimientos que en muchas ocasiones le provocan malestar y/o dolor, todo ello le genera temor. El propio proceso de enfermedad, el temor provocado por el medio extraño y la percepción de ansiedad en su referente vincular, hace que el niño presente regresiones. La regresión en el niño se observa en el lenguaje, los hábitos higiénicos, los hábitos alimenticios y las relaciones vinculares. Con respecto a las relaciones vinculares es frecuente encontrar un vínculo exageradamente dependiente de los padres, para la edad cronológica, esto se debe a la reactivación de la angustia de separación.

La enfermedad y la internación repercuten sobre la autoestima del niño, el cual viene construyendo con mucho esfuerzo la misma. Los niños son muy perceptivos, rápidamente se dan cuenta si sus padres están preocupados o angustiados y frente a la internación, por lo tanto el niño se preocupa por su estado, por su enfermedad y hasta por su pronóstico. Por último es importante tener presente que en la internación el niño vive una privación afectiva, familiar, social y cultural¹⁹.

También el niño se muestra vulnerable a cualquier cambio, como a determinados procedimientos médicos siente vergüenza y falta de capacidad para afrontarlo, asimismo ve su imagen corporal comprometida y en consecuencia siente invadida su privacidad. También puede verse afectado en cuanto a despejar sus dudas y revelar sus temores, por último el niño se ve en una dependencia forzosa y por estas condiciones se encuentra limitado a desarrollar el juego y la socialización con los otros niños de su edad¹⁶.

A pesar que los niños en edad escolar han incorporado los valores y normas aceptados por sus padres y otros grupos sociales, éstos tienen una sensación de juego limpio, el concepto de la conducta correcta e incorrecta y obedecen reglas. Sin embargo, las tensiones de la hospitalización en ocasiones pueden dar como resultado una conducta de falta de cooperación. Tienen un repertorio mayor de mecanismos defensivos disponibles para resistir tensiones¹⁵.

Para Olivares²⁰ el niño en etapa escolar es capaz de entender la enfermedad, sus causas y sus exigencias; acepta la utilidad de procedimientos y tratamientos, por lo tanto recibe la información de una manera más objetiva y completa, así una de las

estrategias más eficaces para obtener el alivio de la angustia y su activa colaboración en el tratamiento es la entrega de la información en forma oportuna, enfatizando los beneficios de tratamiento y procedimiento. Se debe informar tomando en cuenta el estado emocional del niño. En esta etapa es importante la detección de problemas de autoestima y en lo posible tratar de mantenerlo en las actividades habituales de todo niño. También es necesario realizar una preparación cuidadosa ante procedimientos complejos, que incluya no solo la entrega de la información necesaria sino también los factores ambientales que inevitablemente afloran, tales como el estrés y el miedo.

La hospitalización, independientemente de la edad o grado de afectación del niño, supone para él mismo una crisis vital muy importante y el trauma emocional que sufre provoca en él distintas reacciones de comportamiento que el personal de salud debe reconocer y saber manejar para facilitar su recuperación. Éstas características convierten al niño en un ser vulnerable sobre todo a las experiencias traumáticas del medio hospitalario¹².

No cabe duda que para los niños la experiencia de la hospitalización influye directamente en su desarrollo, tanto psicológica, espiritual y socialmente. El proceso de hospitalización conlleva a múltiples elementos estresantes en un período de tiempo generalmente breve. La adaptación a ambientes desconocidos y a personas con las que no existe una interacción permanente, como es el equipo de salud, que generalmente forman parte de los “malos” del hospital, constituyen una parte importante del crecimiento y desarrollo en la etapa infantil²¹.

La experiencia de hospitalización sigue siendo en la actualidad una circunstancia que implica, por regla general, una activación ante la percepción de una situación como amenazante e incluso atemorizante, asociándose, así mismo, a perturbaciones en los procesos de adaptación personal²¹.

Meneghello, refirió que los cambios emocionales presentados en el niño durante la hospitalización dependen de tres factores: la edad, está relacionada con un niño escolar menor y otro mayor, para el primero siempre le será difícil adaptarse, sin embargo para el segundo no será fácil pero será más rápido el proceso de adaptación. El segundo factor es la personalidad, y el tercero: las vivencias durante la internación en el hospital; así éste se enfrenta a una serie de desafíos, como afrontar la separación, adaptarse a un nuevo ambiente y a la presencia de persona desconocidas, relacionarse a menudo con niños enfermos¹.

En ese sentido se afirma que en la edad escolar se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros/as y de la capacidad de mantener su relación en el grupo. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo. Comienza la identificación de las consecuencias que conlleva la enfermedad como tal, la preocupación por la recuperación total, que tiene directa relación con la separación de pares, es decir el alejamiento con el grupo de amigos, con quienes descubre aspectos nuevos y que generan un grado de satisfacción para los mismos.²² Por último es importante tener presente que en la internación el niño vive una privación afectiva, familiar, social y cultural.

Rodríguez, considera que las reacciones psicológicas del niño ante la hospitalización pueden ser de cuatro tipos:

- * Reacciones de adaptación que pueden ser de oposición, rebeldía, ira, sumisión, inhibición o de colaboración
- * Reacciones defensivas, que implican una regresión a etapas anteriores del desarrollo.
- * Reacciones construidas por experiencias emocionales y cognitivas, entre las que se encuentran el temor a la muerte, sentimientos de culpa, sentimientos de impotencia, descenso de la autoestima, vivencias de abandono, vivencias de fragmentación, mutilación y aniquilación.
- * Reacciones de inadaptación y desajuste como angustia patológica, fobias, histeria, conversión, obsesiones o reacciones depresivas²³.

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, son las siguientes:

- * 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 sentimientos¹.

Para Suarez⁶ existen algunas variables que influyen en el modo en que el niño percibe a los factores estresantes de la hospitalización, condicionando su respuesta ante ella y la enfermedad:

- * Edad, sexo y desarrollo cognitivo. Un niño escolar menor presenta un desarrollo cognitivo más inmaduro que un niño escolar mayor, por tanto afronta la hospitalización con mayor dificultad que un niño escolar de más edad, ya que éste sufre aún más por la separación de los padres porque no comprende claramente su enfermedad, debido a que un niño escolar menor asocia a la enfermedad como un castigo.
- * Diagnóstico médico. Está relacionado con enfermedades crónicas o agudas, una enfermedad crónica puede requerir un mayor tiempo de hospitalización y en consecuencia mayor estrés para el niño.
- * Duración de la hospitalización. Como se mencionó anteriormente, este factor está relacionado con el tipo de enfermedad, por tanto una enfermedad crónica ocasionará una crisis vital importante.
- * Experiencias previas con procedimientos médicos en el hospital. En este estresor el miedo del niño es mayor cuando es hospitalizado que cuando asiste a consulta externa.

- Ajuste psicológico pre-hospitalario. Es importante que un niño escolar que va a ser hospitalizado sea orientado de acuerdo a su edad por un profesional en psicología para que pueda afrontar de mejor modo la hospitalización.
- Habilidad de los padres a fin de ser un apoyo adecuado para el niño.

De ahí que es muy importante considerar a la familia, debido a que el niño se encuentra inmerso en el núcleo familiar y se ve muy influenciado y determinado por el mismo, el abordaje debe ser situacional, puesto que "no hay niños enfermos sino familias enfermas", en donde cada uno de los integrantes aporta un ingrediente a la situación de enfermedad. La hospitalización de un hijo frecuentemente es vivida como un hecho inesperado para los padres. En muchas ocasiones implica un riesgo vital o funcional que provoca en los padres una situación de angustia intensa que los desborda, podemos hablar de crisis vital familiar, en donde todos los integrantes del núcleo familiar se ven afectados.

Cabe resaltar que es importante saber cuál es la opinión de los padres sobre el estado de su hijo, qué síntomas ellos ven o qué les llama la atención, ellos son los que más los conocen y pueden aportar pequeños matices que el médico puede llegar a pasar por alto. Es necesario indagar cuáles son las concepciones que los padres tienen sobre la enfermedad del niño y sobre los tratamientos propuestos, para así alcanzar la alianza terapéutica que ayude a lograr una adecuada adherencia al tratamiento y recuperación del niño. La organización institucional también va a influir positiva o negativamente en la internación del niño según las normas de funcionamiento. Los lineamientos institucionales deben orientarse a defender los Derechos del Niño, la calidad de los servicios, tanto técnicos como interpersonales, equipar de manera

apropiada los sitios de internación pediátrica, en los aspectos técnicos y de confort para las necesidades del niño, como ser espacios recreativos y educativos¹⁹.

La investigadora ha considerado que es principal conocer la fisiología y el desarrollo del niño, porque a través de ello se entienden mejor sus necesidades y se reconocen los factores estresores de la hospitalización del niño, así como el estado emocional y la reacción del mismo frente a la hospitalización, de esa forma se pueden brindar los cuidados y la orientación necesaria al niño según su edad y a sus padres; quienes están afectados no solo por la hospitalización del niño sino también por las reacciones que pueda ocasionar en ellos dicha hospitalización; además es necesario mejorar la estructura de los centros hospitalarios.

Silva refiere que las repercusiones negativas de la hospitalización han promovido históricamente la preocupación por mejorar la asistencia al niño enfermo, de allí que se vengán emitiendo una serie de normas y códigos que buscan proteger al menor en situación de hospitalización. El Parlamento Europeo aprobó en el año 1986 la Carta de los Derechos de los Niños Hospitalizados. Es a partir de entonces que muchas asociaciones de profesionales y voluntarios luchan por la defensa de estos derechos y de manera particular, por el derecho a la salud de estos niños¹.

Los derechos del niño hospitalizado buscan, de alguna manera, facilitar el proceso de enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, haciendo énfasis en aquellas cosas que son necesarias e indispensables para su salud y bienestar. Según el Proyecto de Ley N° 3213 publicado el 04 de marzo del 2014, en el cual se incorporan los derechos del niño hospitalizado:

- Recibir la información de la enfermedad que adolece, acorde a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, respetando su confidencialidad y la intimidad del menor.
- Estar acompañado de sus padres o apoderado, el máximo tiempo posible recomendado por el médico tratante, durante su permanencia en el hospital, sin que ello implique gastos adicionales.
- Ser hospitalizado junto con otros niños, evitando ser hospitalizado entre adultos.
- A ser protegido de tratamientos y procedimientos innecesarios.
- A la continuidad de su tratamiento y al cuidado de su integridad física, en ambientes adecuados libres de riesgo, a cargo del equipo de salud como de sus familiares.
- A no ser sometido a tratamientos farmacológicos o terapéuticos de prueba.
- A beneficiarse del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición para no obstaculizar su educación básica.
- A disponer de locales amueblados, equipados y ambientados acorde a su edad, de modo que respondan a sus necesidades y condiciones de salud, pudiéndose habilitar áreas de recreación.
- A recibir ayuda psicológica para afrontar junto con sus padres situaciones que pongan en riesgo su vida^{1, 18}.

Para la investigadora es fundamental la incorporación de los derechos del niño hospitalizado al Código de Ley de la Constitución Política del Perú, debido a que son grupos que se encuentran en situación vulnerable, por tanto se asegurará la igualdad de oportunidades para acceder a condiciones adecuadas

como: salud; también se asegurará el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna, facilitando su participación activa, igualdad y oportunidades en su entorno, finalmente el reconocimiento legal de estos derechos por parte del personal de salud.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio es de tipo cualitativo de abordaje descriptivo. Cualitativo porque estudia la calidad de las actividades, relaciones, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular, se interesa más en conocer cómo ocurre el proceso en que se da el problema²⁴.

Es descriptivo porque permitió conocer las vivencias que experimentan los niños escolares hospitalizados, además cuenta con técnicas especializadas como el cuestionario sociodemográfico y la entrevista semiestructurada.²⁵ Adquiriendo datos descriptivos con el uso de sus propias palabras, habladas o escritas, más que un conjunto de técnicas para recoger datos; es un modo de encarar el mundo empírico donde el investigador ve al escenario y al objeto de estudio dentro de una perspectiva holística²⁶.

2.2. Sujetos de investigación

El presente trabajo de investigación tiene como sujetos de investigación a los niños escolares de 6 a 12 años hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General de Jaén.

Los sujetos que participaron en el estudio se seleccionaron aplicando la técnica de saturación Bertaux que consiste en el examen sucesivo de casos que van cubriendo las relaciones del objeto social, de tal forma que, a partir de una cantidad determinada, los nuevos casos tienden a repetir (saturar) el contenido del conocimiento anterior, así una menor cantidad de unidades de la muestra tiende a una visión incompleta y una mayor cantidad tiende a la repetibilidad de las características del objeto de estudio²⁷. Es decir consiste, en que una vez iniciadas las entrevistas, estas se repitan en su contenido y dejan de aportar información novedosa, indicará que la indagación del fenómeno de estudio ha terminado.

Los sujetos fueron seleccionados teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión como: Niños escolares hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General de Jaén, varones y mujeres entre 6 a 12 años y lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.

Del total de los niños escolares pertenecientes al estudio, en su mayoría son: de sexo femenino, de religión católica, hospitalizados por primera vez, son de la zona rural; las edades fluctúan de 8 a 11 años, la mayoría de los niños viven con padres y

hermanos. En su totalidad tienen educación incompleta y tienen entre 6 a 9 días de hospitalizados (Anexo 1).

2.3. Escenario

El escenario donde se desarrolló el estudio fue en el Hospital General de Jaén, específicamente en el servicio de pediatría. El hospital en mención, de dependencia orgánica de la Dirección de Salud (DISA) – Jaén, cuenta con un nivel de atención tipo II-1, y se encuentra ubicado en el distrito de Jaén, provincia del mismo nombre, departamento de Cajamarca.

Los servicios más importantes que brinda este establecimiento de salud son: Cirugía, Medicina general, Emergencias, Pediatría, Neonatología, Gineco-obstetricia, Alojamiento conjunto, Odontología, Psicología, Psiquiatría, Radiografía, Ecografías, Tomografías. También desarrolla Estrategias de Salud como son: Componente de Crecimiento y Desarrollo, Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN- PCT), entre otros.

El servicio de Pediatría. Es la unidad orgánica, que tiene asignada las funciones de brindar tratamiento y atención especializada a los problemas de salud que afectan al niño, así como evaluar el desarrollo de los menores desde 29 días hasta los 14 años. Este servicio cuenta con 5 médicos de piso: 3 médicos generales y 2 especialistas (pediatras), también cuenta con un equipo de 6 Licenciados en Enfermería y 6 técnicos en enfermería; comprende 3 ambientes: El primer ambiente está destinado

para lactantes menores y mayores, el segundo y tercer ambiente para niños de tres hasta los 14 años, también cuenta con un ambiente de tópico y una sala de estar.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas utilizadas fueron la encuesta sociodemográfica y la entrevista semiestructurada, y los instrumentos el cuestionario sociodemográfico y la guía de entrevista semiestructurada.

El instrumento cuestionario es comúnmente utilizado por los investigadores en el proceso de la investigación, cuantitativa como cualitativa. En esta investigación se aplicó el cuestionario sociodemográfico, sólo como una técnica de apoyo que permitió conocer mejor a los sujetos de estudio a partir de su caracterización. (Anexo 2) La entrevista semiestructurada, pasó a ser la técnica principal, a través de ella fue posible obtener información más completa y profunda, debido a que admite una extensa indagación a través de preguntas abiertas, dándoles oportunidad de hablar sobre el asunto propuesto con toda libertad de manera espontánea y sincera, teniendo siempre en mente que no se trata de conocer el posicionamiento de la persona entrevistada ante una determinada problemática social sino de recabar y/o ampliar la información. De esta forma el instrumento permitirá captar las vivencias a través del relato por cada uno de los niños hospitalizados, expresando con libertad su testimonio²⁸. (Anexo 3)

Previo a la aplicación del instrumento, se procedió a validar el instrumento mediante juicio de expertos, constituida por tres enfermeras con experiencia en el tema de

estudio, posteriormente se realizó la prueba piloto en tres personas con características semejantes de la población objetivo de la investigación. Se buscó la coherencia interna en la redacción y entendimiento de las preguntas planteadas, posteriormente se hizo ajustes al instrumento, y luego se procedió al diseño definitivo del instrumento, el mismo que fue aplicado a la muestra respectiva.

Antes de ser aplicados los instrumentos se solicitó la autorización al Director del Hospital General de Jaén, con el fin de obtener la autorización para ejecutar el proyecto de investigación, posteriormente al responsable del servicio de pediatría, luego a los padres se les explicó los objetivos y la metodología para luego proceder a explicarles a los niños escolares hospitalizados, obteniendo la autorización mediante el asentimiento informado. (Anexo 4)

2.5. Procesamiento y análisis de la información

Para el análisis de la información se utilizó la técnica de análisis del contenido, propuesto por Pifuel, que consiste en un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior²⁹.

Las entrevistas en un inicio fueron transcritas tal y como lo expresan los sujetos participantes texto EMIC, reproducidas de tal forma que los lectores pudieron comprender con mayor claridad lo manifestado por los informantes, luego se transcribió el texto ETIC, sin perder la esencia del mensaje. Posteriormente se revisó, ordenó clasificó y codificó los discursos, para luego realizar un análisis profundo de la entrevista.

2.6. Criterios de rigor científico:

El presente trabajo tuvo como sujetos de investigación a los niños escolares hospitalizados, por lo tanto se consideró los siguientes criterios de rigor científico:

- *Fiabilidad o consistencia.*

Este criterio aseguró que los resultados representan algo verdadero e inequívoco, y que las respuestas que dieron los niños escolares son independientes de las circunstancias de la investigación. También es una cualidad esencial que tiene pruebas o los instrumentos de carácter científico para la recogida de datos, que garantizaron que los resultados que se presentan en el estudio, son merecedores de crédito y confianza.

- *Credibilidad o valor de la verdad.*

También se denomina autenticidad, permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como se percibieron por los niños escolares. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación debe tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Por tanto una estrategia para afianzar la credibilidad es que el investigador describa e interprete su propio comportamiento y experiencia en

relación con los comportamientos y las experiencias de los niños escolares que se investiga.

- ***Transferibilidad o aplicabilidad.***

Consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad se tuvo en cuenta que los fenómenos estudiados estén íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los niños escolares. Dicha descripción servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios.

- ***Confirmabilidad.***

Denominado también neutralidad u objetividad, bajo éste criterio los resultados de la investigación garantizaron la veracidad de las descripciones realizadas por los niños escolares. Permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes³⁰. El investigador tuvo el compromiso ético de dejar claro el papel que desempeñó durante las observaciones y en las interacciones con los sujetos del estudio, así como informar de los sitios donde realizó su trabajo de campo y dentro del protocolo presentado al comité de investigación.

2.7. Criterios Éticos

- ***Respeto por las personas o autonomía***

Se respetó la autonomía del niño escolar hospitalizado o la libre determinación de cada persona y por ende las personas con autonomía disminuida (son personas que no tienen todas sus capacidades para decidir sobre su vida personal, personas

dependientes o vulnerables.) tienen derecho a gozar de protección. Una persona autónoma es capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones.

- ***Beneficencia.***

En todo momento se procuró su máximo bienestar de los participantes del estudio. Frecuentemente dicho término se entiende como bondad o caridad; sin embargo para el trabajo de investigación se comprendió en el sentido de obligación. Por lo que se han formulado dos reglas para este principio: primero no hacer daño y segundo procurar el máximo de beneficios así como lograr el mínimo de posibles daños.

- ***Justicia.***

A todos los niños se trató de forma equivalente. Se exigió equidad en la distribución de los beneficios y los esfuerzos de la investigación. Por ello cada niño participó según su necesidad individual, o de acuerdo a su esfuerzo o mérito³¹.

- ***Asentimiento informado***

Es un documento informativo que consistió en la explicación al paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona, sobre los objetivos, metodología para solicitar su aprobación y participar en el estudio. Asimismo se les informó a los padres de los niños escolares obteniendo la aceptación de cada uno de ellos, en forma libre, voluntaria y consciente³².

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el afán de describir y analizar las vivencias de los niños escolares hospitalizados, se realizó el tratamiento y análisis de las declaraciones de los participantes del estudio obteniendo cinco categorías:

1. Categoría barreras para el cuidado en el niño escolar hospitalizado.

Para Waldow, cuidado es un proceso un modo de relacionarse con alguien, no necesariamente recíprocas, sin embargo envuelve desarrollo y crecimiento mutuo, provocando una profunda y cualitativa transformación en el relacionamiento. Pero resalta también que el cuidado no sólo se da a través de la afectividad e interés, sino también a través del conocimiento de habilidades técnicas, al margen del juzgamiento clínico³³.

El cuidado profesional es proporcionar los cuidados integrales al paciente desde el inicio de su padecimiento hasta su recuperación, es prevenir que el paciente tenga una enfermedad. Entonces cuidar profesionalmente es una acción que se realiza en toda la diversidad de estados del ser humano, en un estado de enfermedad física, mental y de

rehabilitación. El cuidado va intrínsecamente relacionado con “la ética y la escala de valores de cuidado, la curación y la salud”³⁴.

En enfermería el cuidado es una expresión de la práctica y por ello se fundamentó en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Éste es un proceso de ayuda mutua entre pacientes y enfermera para lograr un equilibrio de bienestar. La esencia de la labor de enfermería y su diferencia radica en que realiza el cuidado con bases científicas, conocimiento tecnológico y con enfoque humanístico.

El significado de cuidar se evidencia cuando hay comunicación enfermero (a) - paciente, cuando existe responsabilidad, empatía y amabilidad; cuando existe preocupación por el paciente y se establece contacto visual con el paciente, cuando se evidencia capacidad para hablar y escuchar, cuando existe muestra consideración y el uso del tono de voz adecuado³⁵.

Generalmente los hospitales presentan barreras que está estrechamente relacionado con el cuidado como: Estructura rígida, compleja división del trabajo, jerarquía de autoridad, canales de comunicación y una serie de normas reguladoras, incluso un lenguaje propio; todo ello muy diferente del medio habitual del niño y la familia. El niño hospitalizado sufre realmente y esto no siempre es comprendido por todo el equipo asistencial. De ahí que todos los autores coinciden en que la hospitalización en los niños constituye una barrera para los niños y sus familias. Como lo señalan los siguientes testimonios:

“Yo le digo a la enfermera que no puedo dormir porque los niños mucho lloran, pero ella no me entiende”. E-1

“La enfermera me dice con voz fuerte despiértate para ponerte una ampolla, y desde ese momento ya no puedo dormir”. E-3

“La enfermera y el médico no me escuchan cuando yo les digo que se quede mi mamá un ratito más conmigo, porque cuando termina la hora de visita, lo sacan rápido a mi mamá” E-4

En el momento de la hospitalización el niño enfrenta la inseguridad, cambios en las actividades cotidianas, restricción en el horario de visita que no permite una presencia adecuada para que puedan ejercer su papel de padres como responsables de sus hijos y así aportarles apoyo afectivo y emocional, una relación jerárquica médico-paciente, en el que los niños y los padres son tratados como un sujeto pasivo, sin capacidad para participar en su cuidado y con pocas posibilidades para la interrelación con los profesionales. Según los relatos de los niños escolares, los médicos y enfermeras tienen dificultades de comunicación entre sí ³⁶.

Existen dos estamentos separados en donde la comunicación no existe y aunque se aprecian, no saben relacionarse. Trabajan juntos, pero cada uno desde su perspectiva. Establecen diferentes tipos de "monólogos", pero es necesario que lleguen al "diálogo" de manera que puedan entender los diferentes puntos de vista que tiene cada cual, para conseguir que los niños y niñas estén cuidados de forma integral. Éste es un tema fundamental para que puedan llegar a una relación interdisciplinar en la que se admitan

las diferentes formas de conocimiento, en este caso, el conocimiento que poseen las enfermeras para poder ejercer los cuidados de enfermería.

Por lo tanto las principales barreras para el cuidado que se presentan están situadas en un modelo biomédico jerárquico, autoritario y hegemónico. Éste modelo no sólo lo ejercen los médicos sino que forma parte de los cimientos de la institución sanitaria; es un modelo forjado en la tradición, los valores, las costumbres, las creencias y en definitiva con una importante carga sociohistórica. De alguna manera se encuentran todos los profesionales imbuidos en una especie de "embudo", atrapados por las limitaciones que genera este modelo. Es una especie de corsé que no beneficia a nadie³⁷.

La hospitalización no tiene por qué ser negativa, porque puede ser una oportunidad para enriquecer la experiencia del niño y lograr que sea capaz de enfrentar situaciones de estrés y salir fortalecido si se dan las condiciones necesarias ya que esto es un proceso y se manifiesta frente a ciertas situaciones. Por esto es que son importantes las relaciones que establezca la enfermera con el paciente, pasando por las distintas etapas de orientación, identificación, aprovechamiento y de resolución. Por tanto el profesional de enfermería debe crear una relación de confianza que permita la integración de factores psicosociales en la comprensión y la atención de las enfermedades durante la hospitalización²².

Existe una fuerte tendencia a emplear los "métodos adultos" de la rutina hospitalaria. Los reglamentos hospitalarios estrictos y restrictivos obligan al personal sanitario a tratar al niño como si fuese un "adulto pequeño", olvidando que el paciente niño posee necesidades que son muy distintas a los adultos. El impacto psicológico de la

enfermedad y la subsiguiente hospitalización tiene, primordial importancia, porque, podría tener una influencia significativa en el desarrollo emocional del niño y favorecer actitudes negativas hacia los servicios de salud. Algunos testimonios relatan lo siguiente:

“Por las mañanas viene la enfermera y me dice rápido despierta tengo que controlarte, la temperatura porque viene el médico a pasar visita”. E-1

“Levántate temprano ya es hora que realices tu higiene personal y se tiene que hacer el tendido de cama, porque ya es hora de visita médica”. E-4

Los niños hospitalizados requieren una atención y cuidados especiales dado que los niños poseen características diferentes a un adulto en cuanto a su anatomía, fisiología y su interacción psicosocial con el medio ambiente.

Los rituales de cuidado están formados por los hábitos de salud y de cuidado que el paciente tiene consigo mismo, por ejemplo la higiene personal y mental, conocer los valores personales de su historia, su cultura, es importante para poder asegurar que el cuidado sea significativo, personalizado. Es posible respetar los rituales de cuidado, tratando de adaptarlos a las rutinas de la institución, esto produce, mayor satisfacción, confianza y reconocimiento.

Los profesionales de la salud ignoran las potencialidades del niño y con mayor frecuencia estos son usualmente vistos como dependientes y sus habilidades de autocuidado no se tienen en cuenta o son percibidas como insignificantes³⁴.

Por otro lado, la presencia de la familia junto al paciente es fundamental y el equipo de salud debe estar atento, explicando, informando, otorgando apoyo, pues es de gran ayuda para el crecimiento del cuidado. Si la familia no comprende bien la situación, si los miembros del equipo son indiferentes a sus sentimientos y necesidades, la familia, en lugar de ayudar, puede dificultar el proceso de cuidar. Las familias ansiosas, en función de la gravedad de la situación del paciente, o las que no tienen suficiente información, a veces provocan reacciones negativas en el equipo de salud³³.

De ahí que es fundamental establecer una relación con el niño y su familia por parte del personal de salud para ofrecer y evaluar los cuidados, satisfacer las necesidades del niño ingresado para que se pueda obtener un correcto cuidado terapéutico. Por ello es necesario que el personal brinde calidez, empatía y sea auténtico³⁸.

Además el servicio de pediatría debe cumplir con recursos materiales adaptados a las características de la edad de cada niño y con un equipo pediátrico de profesionales sanitarios cualificado para este tipo de trabajo en particular.

2. Categoría barreras de comunicación del niño escolar hospitalizado y el equipo de salud

El personal de salud es el que está en contacto diario con el niño hospitalizado. Las relaciones cálidas y cordiales de los profesionales de la salud con el niño y sus padres ejercen un efecto positivo sobre este. La empatía del personal médico reduce la ansiedad en situaciones de estrés. Sin embargo, los autores llaman la atención sobre lo que suele ser generalmente la relación médico-paciente: Suele ser asimétrica, porque el médico es

la figura de autoridad central que da el tratamiento y el enfermo debe cumplirlo; es técnica, porque el médico es el profesional que da los servicios y el paciente es el cliente que lo demanda y es impersonal, porque el contacto con el médico es muy reducido.

Todo ello no contribuye a un ambiente que permita a los niños vivir la hospitalización de la mejor manera posible. Las características del profesional, como su personalidad, determinan la relación entre el niño y sus padres. Además las experiencias médicas negativas, como el enfado de los profesionales con el niño, entre otros factores, se relacionan directamente con la falta de colaboración, la conducta perturbadora y el malestar del niño.

Es decir el médico es visto como una figura todopoderosa y tranquilizadora que el niño representa a menudo como alguien de mayor jerarquía que sus propios padres, como una especie de superhombre que todo lo sabe. Es, además, quien decide si está enfermo o no, y de quien depende su curación. En ese sentido, se vuelven importantes las cualidades personales del médico y su capacidad para establecer relaciones afectivas con el niño paciente.

Por otro lado el personal de enfermería está en contacto diario y frecuente con los niños y sus necesidades en la hospitalización. Se convierten en personajes centrales de su vivencia. El niño está muy atento a su vínculo con cada una de las personas con las que se relaciona en el hospital. Para el niño, de ellos depende su salud y bienestar. La calidad de la relación y del vínculo que se establezca con los enfermeros puede contribuir en el proceso de curación de los niños.

A diferencia de los adultos, en los que predomina la expresión verbal, los niños se valen de otros medios y lenguajes para expresar sus emociones y sentimientos. El dibujo y el juego son recursos importantes para conocer sus vivencias y su mundo interno. A través de ellos los niños plasman todas sus preocupaciones, percepciones y expectativas. El dibujo es una de las formas de expresión más antigua de la humanidad. Es una forma de comunicación, un lenguaje simbólico¹.

Las relaciones interpersonales y la efectiva comunicación con los pacientes son factores determinantes de la calidad de atención de enfermería. En el caso de los niños, las relaciones con los profesionales de enfermería son especialmente importantes, debido a que el paciente pediátrico presenta necesidades muy distintas a las de los adultos, por su limitada capacidad de adaptación al ambiente hospitalario.

Generalmente los niños argumentan que una manera de demostrarles empatía es cuando se manifiesta interés por su estado de salud. Para ellos, los profesionales de enfermería lo consiguen con las visitas que realizan diariamente, para saber cómo se encuentran. Esta breve interacción se convierte en un factor determinante de la percepción que tienen los niños sobre las actitudes que asume enfermería en la atención.

El que se indague, de manera constante, por cómo están, lo interpretan como una muestra de acompañamiento. Los niños valoran, de un modo especial, a aquellos profesionales que promueven esa cercanía. Un punto fundamental en la percepción de los niños es el grado de sintonía que sienten en la interacción. Ellos van, paulatinamente, evaluando el trato recibido: saludo, preguntas, apoyo y confort brindado. Además, las demostraciones de afecto para los niños están relacionadas con

las expresiones corporales y el lenguaje no verbal que emplea el personal de enfermería durante las intervenciones terapéuticas. Para ellos, son manifestaciones que le hacen sentirse reconocido y apreciado. La expresión *quédate con nosotros* se utiliza para transmitirle al niño un sentimiento de filiación, de cariño y pertenencia hacia el lugar donde se le está cuidando⁶. Se detalla en los siguientes testimonios:

“Cuando vienen a ponerme las ampollas me da mucho miedo, y no pregunto por vergüenza de que las enfermeras se molesten o no me hagan caso”. E-1

“Cuando la enfermera me pone las ampollas en mi brazo me hace doler, pero no me quejo mucho porque es bien seria y se puede molestar”. E-5

“Algunas enfermeras que me hacen doler la vena cuando me ponen la medicina en mi brazo, no les digo nada porque me da miedo que me contestan mal”. E-3

En tal sentido Silva¹ en su estudio acerca de Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios en el Perú, concluye que la enfermedad y el estar hospitalizados generan en los niños y su familia una situación de tensión, miedo, dolor, angustia e incertidumbre, por ello, estos sentimientos requieren ser atendidos con propiedad y humanidad.

Por otro lado Noreña y Cibanal⁷ en España, señalan que la comunicación que se establece con los niños juega un papel fundamental en la mediación de sus experiencias y en las ideas que elaboran acerca del proceso salud-enfermedad.

Existen estudios que ponen en evidencia la importancia y relevancia de los diálogos surgidos en la mediación de lectura, ya que, a partir de ellos, es posible aprender como el niño vivencia la hospitalización, el tratamiento y el sufrimiento, además de la comprensión de las relaciones de ese niño con el equipo y con sus familiares. Inclusive cuando no hablan, los niños manifiestan sus sentimientos de angustia y miedo a través de juegos, dibujos y las historias, contribuyen en el desahogo que alivia los males causados por la hospitalización⁵. Como lo expresa los siguientes relatos:

“Cuando mi mamá me cuenta historias, me olvido de la enfermedad que tengo” E-4

“Me gustaría que mi mamá me trajera crayolas y unas hojas de papel, para dibujar lo que estoy viviendo en el hospital”. E-5

Estos resultados concuerdan con el estudio de Ceribelli, Castanheira y Romano⁵ quienes concluyeron que la mediación de la lectura permite que los enfermeros y miembros del equipo de enfermería y los padres de familia identifiquen, reconozcan y comprendan cuales son las reales necesidades del niño hospitalizado y puede servir como una forma de comunicación con el niño hospitalizado ya que permite una relación más intuitiva por facilitar la comunicación no verbal, un recurso para aliviar la ansiedad, la desolación, la apatía, rabia, miedo, dolor y el sufrimiento de los niños hospitalizados.

La aparición de estas reacciones en el niño se debe a que la enfermedad implica cambios para él como: la separación de su medio familiar y su reubicación en un ambiente para él desconocido y extraño, la pérdida de habilidades previamente adquiridas, el miedo a morir, al dolor, a ser maltratado. Así una de las formas de reducir

los temores del niño ante la hospitalización, es a través del juego, que es una actividad placentera, realizada de forma voluntaria y sin presiones externas, en donde el niño experimenta sentimientos de control y dominio que le permiten reducir sus ansiedades y enfrentar de forma más adecuada la situación³⁹.

3. Categoría incomodidad y aburrimiento en el niño escolar hospitalizado

Para Agramonte y Valdés⁴⁰ la incomodidad es un estado de malestar físico y/o cansancio, dicho de otro modo la alteración del bienestar o de la tranquilidad del ánimo, puede ser por un enfado, un esfuerzo o una agitación excesiva. La incomodidad puede ser causada por estímulos de origen psicosocial y físicos: La Incomodidad psicosocial se expresa por el paciente recién hospitalizado, paciente enfermo que tiene temor al dolor, temor a la incapacidad o incluso la muerte y cuando existe la falta de atención al paciente por parte del personal de enfermería. La Incomodidad física puede causar malestar y alteración de los procesos mentales que suelen interferir con el equilibrio psicosocial de una persona, como el dolor, náuseas, exceso de calor o mala higiene.

El aburrimiento siempre va acompañado de la incomodidad, viene a ser un estado emocional de insatisfacción dentro de una existencia que, durante esos momentos, se percibe como vacía, sin sentido. Con la llegada del aburrimiento se tiene la impresión de que el gozo y las experiencias gratificantes propias de la vida han quedado detenidos. Se mantiene la aspiración de recuperar ese gozo, esa capacidad de experimentar sensaciones agradables o interesantes; sin embargo, durante el aburrimiento la persona que lo padece no está dispuesta a iniciar actividad alguna que pueda acabar con este

estado, bien porque estar disminuida su capacidad de actuación, o bien, porque se cree que ninguna actividad a su alcance puede cambiar la situación.

El aburrimiento específicamente se presenta cuando hay dificultad para prestar atención a la información interior (pensamientos o emociones) o información exterior (estímulos ambientales) requeridos para participar satisfactoriamente en una actividad. Estamos conscientes del hecho de que estamos teniendo dificultad para prestar atención cuando creemos que el ambiente es responsable de nuestro estado aversivo (“éste ambiente es aburrido”). El aburrimiento se asocia generalmente a otras características psicológicas, como astenia, abulia y apatía. Además, se tiene la sensación de que el tiempo va muy despacio, de que las horas transcurren lentamente, al igual que ocurre en la depresión. Surge de forma esporádica ante determinadas situaciones que nos resultan «aburridas» puede tener precisamente un significado totalmente opuesto. Una persona dinámica, repleta de inquietudes de todo género, se puede desesperar al ver que está perdiendo un tiempo que podría dedicar a otras actividades más interesantes o atractivas⁴¹. Tal como lo expresan en los siguientes testimonios:

“...Me siento aburrida porque estoy varios días acá, ya quiero que me lleven a mi casa, porque acá los días son muy largos”. E-2

“Estoy aburrida, quiero que mi mamá me lleve a mi casa, acá todos los días son muy largos y tengo que ir al colegio”. E-3

“Me siento aburrido porque estoy varios días y aunque ya me siento mejor dice el doctor que todavía me tengo que quedar, hasta que terminen con la medicina”. E-5

El niño (a) siente aburrimiento en el ambiente hospitalario, por diversas razones: cuando el ritmo de actividades del niño 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. Muchos niños manifiestan el deseo de tener algún juguete con que ocuparse, de leer o escuchar la música que les gusta, de salir al aire libre o recibir recreación de algún tipo. Desafortunadamente, la única alternativa que les queda muchas veces a los niños (as), es sentarse largas horas frente a un televisor, a una pared o a dedicarse a ver personas extrañas que entran y salen³⁶. Se corrobora con los siguientes testimonios:

“No sé qué hacer me siento aburrido ya me cansé de ver a las cuatro paredes del hospital todo el día”. E-5

“Me siento incómoda al estar hospitalizada, sin saber qué hacer, solo hago mirar a las personas que entran y salen del cuarto donde estoy”. E-1

“Estoy aburrida porque acá no tengo mis muñecas para jugar ni mis amigas para jugar con ellas”. E-2

Si un niño tiene que estar bastante tiempo en un hospital, necesitará de más cuidados y cariño. Estar en un hospital no es lo mismo que estar en casa, en el colegio, o en un parque infantil. Una de las formas que les ofrece más seguridad es la compañía de los padres. Si no puede estar con su mamá o su papá todo el tiempo, es conveniente que se quede algún familiar de apego. Hay niños que se ponen nostálgicos o se desesperan

porque quieren irse rápido a su casa. Es ideal que el niño pueda tener consigo sus juguetes favoritos, hojas blancas y crayolas. Ellos no suelen manifestar mucho sus preocupaciones, pero lo expresan a través de los dibujos y los juegos y eso hay que aprovecharlo. Hay cosas que pueden plantearse como un juego, y se pueden usar dibujos y un lenguaje que se adapte a su edad para explicarles cómo eso les va a ayudar a sentirse mejor. Así es más probable que el niño colabore⁴².

Estos efectos contraproducentes de la hospitalización se pueden mitigar si se tuviera en cuenta que la conducta ética en medicina tiene como pilares el respeto por el niño, la búsqueda de su beneficio y el reconocimiento de su derecho a alcanzar su pleno desarrollo. Por lo tanto durante la estancia hospitalaria se debe hacer énfasis en el acompañamiento interdisciplinario, la escucha terapéutica, la interpretación del síntoma y el signo desde la perspectiva cultural de la familia del niño, la comunicación directa con el paciente y la reivindicación del vínculo afectivo como facilitador de la recuperación y efecto protector frente a la comorbilidad y a la recurrencia. Posterior a la estancia hospitalaria la estrecha colaboración con padres, familiares y amiguitos reincorpora con menos traumatismos al pequeño a sus actividades cotidianas, recuperando su capacidad y su bienestar⁴³.

Por otro lado, Suárez, en su estudio acerca de las alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo en España, concluyó que el personal de salud es el que más tiempo pasa en contacto con los niños y su relación con ellos va a marcar el modo en que viva la enfermedad. Por lo tanto es importante desarrollar programas de preparación a la hospitalización que ofrezcan información, atiendan a las expresiones emocionales derivadas del ingreso del niño y faciliten una adecuada

relación con el personal de salud⁶; asimismo señala Becerril que la incorporación de programas y de espacios fundamentados en el juego, el humor y la recreación para la atención de pacientes internos; promueva un estado psicológico que facilite afrontar la enfermedad debido a que la rehabilitación se hace más compleja en un niño aislado, sin estímulos y en un ambiente hostil⁸.

Para la investigadora la incomodidad y el aburrimiento van generalmente acompañados, éstos se dan por la falta de motivación del niño ya sea por causas externas como el personal de salud, la familia o el ambiente hospitalario; y por causas internas como la experiencia propia de la hospitalización, sentimientos de soledad o tristeza lo cual conlleva a un estado de estrés y ansiedad, así como la demora en el proceso de adaptación del niño.

De ahí que una cuestión que merece considerarse es el ambiente hospitalario. A veces se hace difícil, si no imposible, favorecer el cuidado, si el ambiente es hostil, si el equipo no valora el cuidado, a los pacientes como objetos, y si la institución, como un todo, no ofrece apoyo para que se realice el cuidado. En ese sentido, el enfermero debe hacer uso del poder del cuidado para garantizar un ambiente propicio o, en otras palabras un ambiente de cuidado, incluyendo el medio físico, administrativo y social. Actualmente el ambiente tecnológico es inevitable y forma parte del mundo del ser en todos sus niveles: profesionales, educacionales y hasta familiares.

Para favorecer el ambiente de cuidado bajo esos cuatro aspectos es necesario que las cuidadoras entiendan el sentido de cuidar y lo valoren, sintiéndose motivadas que tienen

poder, para que el cuidado sea una práctica en la realidad de la enfermería, así como de todo el sistema³³.

4. Categoría sufrimiento físico y emocional de los niños escolares hospitalizados.

Los niños que muestran mayor sufrimiento emocional ante la enfermedad y el hecho de estar hospitalizado son: los niños más pequeños, los niños hospitalizados por primera vez, aquellos con padres muy ansiosos y que no han preparado bien a su hijo, y los niños con experiencias previas negativas de hospitalización.

Cabe resaltar que la separación de la madre constituye uno de los factores más importantes de riesgo para el niño hospitalizado. Inicialmente la separación fue citada como la causa etiológica más relevante de las diversas alteraciones sufridas por los pacientes niños, como consecuencia de la privación afectiva producida por la hospitalización. Entre las alteraciones que frecuentemente se han citado destacan: el comportamiento agresivo, la ansiedad y la depresión. Nos referimos aquí no sólo a la separación del niño del entorno familiar, ya mencionada líneas atrás, sino también al contacto con un ambiente extraño al que debe adaptarse y a los continuos cambios del personal hospitalario que no posibilitan, o explícitamente dificultan, la emergencia de la conducta sustitutiva de apego en el niño.

Otra razón por la que el niño padece un sufrimiento emocional y físico es la duración de la estancia en el hospital. Una hospitalización media (de más de una semana de duración) o repetidas readmisiones de pequeña duración se asocian, al parecer, con un

considerable aumento de las alteraciones conductuales³⁸. Lo detallan los siguientes testimonios:

“Ya estoy más de una semana, me dijeron cuando ingresé al hospital, que solamente voy a estar dos días hospitalizada, me siento sola, ya me quiero ir a mi casa”. E-4

“Siempre me traen a este ambiente ya no quiero estar hospitalizado, un día está una enfermera buena otro día una enfermera mala ya no veo las horas que me lleven a casa”. E-5

Otro de los factores que contribuye a la presencia de alteraciones psicológicas y emocionales en el niño hospitalizado, es la total ausencia de información que se le ofrece sobre lo que ocurrirá durante su estancia en los establecimientos de salud⁴².

“Extraño mi familia, le pregunto a la enfermera cuando me voy a mi casa, pero no me responde nada”. E-1

“No sé cuándo me iré a mi casa, cuando le pregunto a la enfermera me dice que todavía no sabe, porque el alta lo tiene que decidir el doctor”. E-2

A menudo, los niños enfermos presentan trastornos emocionales y conductuales con aparición de estados de depresión, ansiedad o pérdida de autoestima, otros niños consiguen ajustarse adecuadamente a la enfermedad³⁸.

El sufrimiento físico y emocional y su relación con el modelo biomédico u hospitalario. Entre estas relaciones apreciamos un tema negativo y otro positivo. El primero estaría centrado en las barreras para el cuidado y la comunicación. Éste aparece como uno de los más problemáticos, dado que representa la tradición, las costumbres, las rutinas y todo lo que lleva consigo el modelo tradicional biomédico del que participan todos los profesionales y cuyo cambio resulta complejo. El segundo es facilitar a los padres su papel de padres, y que puede cambiar y mejorar el sufrimiento físico y emocional de los niños³⁷.

La falta de afecto que los niños manifiestan por parte de sus familiares más cercanos se prolonga a través del tiempo, llegando a un estado de ánimo en el cual “existe una regresión del desarrollo motor y el estado somático resulta afectado: decaimiento del estado general, pérdida progresiva de peso, debilitamiento de las defensas del organismo frente a las infecciones que se repiten y el insomnio se agudiza progresivamente”. Tal como lo señala los siguientes testimonios:

“Acá me acompaña mi abuelita, mi papá viene a verme en el día pero no se queda mucho tiempo conmigo”. E-2

“A veces lloro porque sólo viene a verme mi papá la hora de visita y no hay ni televisión para ver dibujos animados...” E-3

Todo lo anteriormente descrito permite el entendimiento y verificación de que el proceso de hospitalización genera estrés, temor o incertidumbre a lo desconocido y a la muerte; intranquilidad, e inseguridad en el paciente pediátrico, debido a que en esta

edad los niños se encuentran en una etapa de adaptación continua, están conociendo el mundo e interactuando con personas conocidas, presentan un fuerte apego hacia sus padres y familiares, junto con ellos es encontrarse en un período de aprendizaje permanente, lo cual se ve directamente alterado o modificado cuando se enfrenta a una enfermedad, con todo lo que conlleva el tratamiento y la estadía hospitalaria.

Los estímulos de tensión física, psicológica o social pueden afectar al niño y ocasionar una alteración de su equilibrio adaptativo. En estos casos sus defensas psicológicas, así como sus mecanismos de adaptación conductual y social se ven también alteradas, no saben cómo compartir sus días con terceros desconocidos. Al reconsiderarse las reacciones que representa la hospitalización en los niños, se evidencia que la conducta demostrada por un niño como tranquila no necesariamente implica que esté adaptado al ambiente hospitalario. Los cambios emocionales presentados en el niño durante la hospitalización o después de ella dependen de tres factores: la edad, la personalidad y su vivencia durante la internación en el hospital²².

Asimismo Guzmán y Torres⁴, en su estudio Cultura hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo, concluyeron que un niño o niña con poca edad, un internamiento prolongado, pobre apoyo familiar y poco o nulo apoyo psicológico institucional, tendrá consecuentemente una mayor percepción negativa hacia el hospital.

Para el niño como protagonista, la experiencia hospitalaria es generadora de gran ansiedad, angustia, sufrimiento y posiblemente trauma psíquico. La inmadurez y la limitada capacidad de adaptación del niño a enorme número de factores exógenos y

endógenos del ambiente hospitalario, lo pone en franca desventaja frente al paciente adulto.

De ahí que en el estudio realizado por Gonzales, Ferrer, Agudo⁷ en España concluyeron que uno de los principales problemas que aqueja a los niños hospitalizados es el sufrimiento físico y emocional por ello a los padres se les debe facilitar para cumplir su papel de padres logrando cambiar y mejorar el sufrimiento físico y emocional de los niños, porque ellos son los protagonistas y nos deben hacer saber cuáles son sus necesidades, cómo podemos cuidarles mejor a sus hijos y qué podemos aportar los profesionales para que esta experiencia no sea tan traumática para ellos ni para su familia.

A medida que se van conociendo mejor las necesidades del niño hospitalizado y se toma conciencia de la importancia de los padres en el cuidado infantil, se pueden desarrollar esfuerzos que tengan como objetivo principal el crear un ambiente pediátrico en el cual los pacientes se sientan libres para explorar, investigar, experimentar, elegir actividades y expresarse.

Es decir disminuir el sufrimiento físico y emocional de los niños y niñas supone superar las barreras del cuidado, de la comunicación y mejorar el conocimiento de la práctica para que los niños puedan ser tratados como sujetos y a los padres se les pueda facilitar su papel de padres. Las posibilidades de mejora pasan por iniciar un modelo de asistencia más democrático e igualitario en donde todos contribuyan a construir un ámbito de comunicación y participación en el cuidado de los niños y la familia y esto

beneficia a todos, no sólo a los niños y la familia sino a los profesionales y a la sociedad en general⁴⁴.

En el estudio, la categoría sufrimiento físico y emocional de los niños escolares hospitalizados poseen repercusión a través de las siguientes subcategorías:

a) Sentimiento de tristeza del niño escolar hospitalizado.

el sentimiento de tristeza es un sentimiento negativo caracterizado por un decaimiento en el estado de ánimo habitual de la persona, que se acompaña de una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual, y cuya experiencia subjetiva oscila entre la congoja leve y la pena intensa.

Las funciones de protección y de restauración propias de la tristeza, se ponen en práctica a través de: *Retraimiento*. La tristeza produce un aislamiento del medio. Restringe el gasto de energía al ser las conductas poco útiles en la solución del conflicto. Modula los procesos cognitivos: mitiga el impacto de los factores ambientales, reduciendo la cantidad de atención. Incrementa la atención sobre los procesos internos. *Moderación funcional*: La actividad cognitiva y la conductual suelen ser altas en los momentos previos a la emergencia de esta emoción. Pero una vez que los planes han fracasado no tiene sentido mantener estos niveles tan altos. Y *el impacto social*: catalizador de apoyo social y afectivo del entorno. Es una de las emociones de mayor efecto catalizador sobre el apoyo social y afectivo⁴⁵.

El niño hospitalizado se siente enfermo, abandonado por su familia. 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.

Por otro lado este tiene respuestas negativas frente 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. Los testimonios señalan lo siguiente:

“Me siento triste, a veces lloro solo, porque extraño mi colegio ahí tengo amigos con quienes juego y converso”. E-5

“La gente es desconocida entra y sale a cada rato me miran y no me dicen nada, no tengo con quien conversar, lloro... porque no vienen a verme mis hermanos”. E-2

“Me siento triste porque extraño el colegio, extraño a mi profesora ella es muy buena, mi mamá me dijo que la profesora va a venir a verme pero cuando será ese día.....” E-4

Se puede decir, que los niños cuando se encuentran acompañados de sus seres queridos, se sienten anímicamente mejor, lo que favorece la recuperación de su salud física y mental.

Otros niños expresan tristeza, porque no se sienten cuidados por la enfermera, como lo manifiestan en los siguientes testimonios:

“Estoy triste porque la enfermera me trata mal, cuando me pone la ampolla me hace doler mi brazo, yo le digo que me duele se molesta y me dice con voz fuerte: que me deje de mover, porque me va a doler más”. E-3

“Estoy triste porque algunas enfermeras no me tienen paciencia, cuando vienen a ponerme la ampolla, yo les digo que me duele mucho y no quiero que me pongan y me dicen: que si no me dejo poner la ampolla me voy a morir”. E-4

En general, los pacientes no solo están interesados en recibir un trato afectivo, también desean sentirse seguros y confiados con el personal de salud, que desempeñen sus funciones con conocimiento y habilidad. Una cuidadora que demuestre extrema eficiencia, pero que sea ruda e indiferente, puede transmitir al paciente sentimientos de tristeza, soledad y de carencia, agravando su vulnerabilidad. Por otro lado, una cuidadora demasiado delicada, interesada y afectiva, pero carente de experiencia, conocimiento y habilidad técnica, puede producir en la paciente sensación de inseguridad, incomodidad y amenaza³⁰.

Por ello, para que el cuidado se dé a plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas, en la prestación de informes y en la educación del paciente y su familia. A esto se debe agregar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad demostradas en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar. Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado: La conjugación de las habilidades manuales, de la intuición, de la experiencia y de la expresión de la sensibilidad.

Se puede decir que los testimonios descritos explican detalladamente algunas de las sensaciones presentadas por los niños escolares 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 estancia en el establecimiento de salud más tolerable y menos extensa.

b) Ansiedad de separación del niño escolar hospitalizado

La ansiedad como emoción es parte constitutiva del desarrollo humano. Puede experimentarse como incomodidad emocional asociada a la anticipación de peligro o de amenaza. La ansiedad es un estado de espera expectante y no siempre tiene connotación negativa. La ansiedad está presente a lo largo del desarrollo en tareas que el individuo debe resolver en el proceso de construcción de su persona. Entendemos por ansiedad normal aquella respuesta emocional al entorno que es adecuada al nivel de desarrollo evolutivo y que promueve en el sujeto una respuesta de adaptación al medio⁴⁶.

La ansiedad de separación es un proceso habitual del desarrollo evolutivo “normal” del niño. En otras palabras es una respuesta emocional en la cual el niño experimenta angustia al separarse físicamente de la persona con quién está vinculado (generalmente su madre). Es un fenómeno normal, esperable y obligado del desarrollo infantil. También permite que el niño desarrolle paulatinamente su capacidad de estar a solas. Contribuye activa y necesariamente a este proceso la figura de apego que el niño dispone. Tiene carácter universal, también un alto valor adaptativo para la especie dado que este tipo de ansiedad produce en el niño estrategias para mantener cerca a los padres y asegurarse así su propia protección ante posibles peligros externos⁴⁷.

La literatura señala sobre cambios en la conducta del niño durante y después de la hospitalización, los que se consideran síntomas de trastornos emocionales, que sólo podrían ser explicados en parte por la hospitalización misma, ya que el temperamento o predisposición a experimentar ansiedad u otros síntomas de perturbación psicológica darían cuenta de por qué los niños reaccionan en forma diferente e incluso se ven beneficiados en su desarrollo psicológico evidenciando avances en su conducta²².

Estos cambios de conducta que afectan a los niños y niñas está dado por la separación de los padres, procedimientos invasivos, miedo al entorno y gente desconocida, inmovilidad y pérdida de control en el entorno del hospital, como se expresa en los siguientes testimonios:

“Me siento mal porque estoy lejos de mis padres y mis hermanitos, acá solo me acompaña mi abuelita por ratos, ella es buena pero también me gustaría que esté mi mamá conmigo”. E-1

“Siento que estoy sola en el hospital, mi mamá sólo viene un ratito porque se tiene que ir a trabajar y no hay quien me acompañe ni tengo con quien conversar, ni jugar”. E-3

La separación de los padres es una experiencia muy dolorosa para un niño y probablemente la causa de una gran ansiedad y estrés. La ansiedad y el estrés de la hospitalización probablemente pueden causar manifestaciones físicas y emocionales de forma negativa y el estrés intenso puede generar confusión, información distorsionada disminuyendo la capacidad del niño/a para poder afrontar la experiencia hospitalaria.

Los niños perciben la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo. Comienza la identificación de las consecuencias que conlleva la enfermedad como tal, la preocupación por la recuperación total, que tiene directa relación con la separación de pares, es decir el alejamiento con el grupo de amigos, con quienes descubre aspectos nuevos y generan un grado de satisfacción para los mismos²².

La autora señala que la participación de los padres en el cuidado del niño es beneficioso el estar cerca del niño todo el tiempo que sea posible, el recibir información acerca de su situación y tener la seguridad de que su hijo está recibiendo el mejor cuidado posible.

5. Categoría bienestar del cuidado del niño escolar durante la hospitalización.

El estado de bienestar tiene un componente físico y otro emocional. El bienestar físico comprende la liberación del dolor y la armonía con el ambiente, como una persona en un ambiente insalubre experimenta un malestar físico. El bienestar emocional es la liberación del estrés mental, como la ansiedad o la depresión³².

El bienestar de cuidado se refiere a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayuda a llegar a un cuidado óptimo. Es aquel proceso activo dirigido a mejorar nuestro estilo de vida en todas sus dimensiones. Representa nuestras acciones responsables que permiten el desarrollo de un nivel adecuado de salud general. El bienestar deseado, entonces, se obtiene mediante hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad. Esto implica que se puede experimentar el bienestar del cuidado, cuando la persona se encuentra enferma o saludable. La salud no es perfecta, pero se encuentra dentro de una escala que clasifica a la salud en niveles⁴⁸.

Los niños saben que serán recompensados con la empatía y el cariño de los profesionales de enfermería cuando su comportamiento ha sido bueno en las diferentes intervenciones. En este sentido, si los profesionales de enfermería perciben que el niño asimiló las recomendaciones y su comportamiento fue el esperado, utilizan expresiones de aliento, acompañadas a veces de manifestaciones cariñosas tales como un beso o una caricia. Todos estos gestos claramente incentivan el ánimo del menor, mostrándose complacidos y receptivos ante las muestras de interés.

Algunos niños resaltan la figura del profesional de enfermería en el cuidado, especialmente por su simpatía. Ellos la relacionan con los halagos hechos a su aspecto físico o a las cualidades que destacan en el menor. Esto les permite sentirse bien con ellos mismos y seguros en las relaciones interpersonales. Además, los niños saben cuándo un profesional es más simpático/a que otro. Esto lo distinguen por las actitudes que éste tiene durante el cuidado; también consideran que los profesionales de

enfermería tienen dotes de simpatía y amabilidad cuando son cuidadosos al expresarse acerca del diagnóstico médico y les ayudan a disminuir su ansiedad con palabras. Se corrobora con los relatos que los niños expresan:

“Algunas enfermeras, son buenas me tratan bien, me dan una palmadita en el hombro y me dicen que pronto me voy a mejorar”. E-1

“Algunas enfermeras de celeste y otras de blanco me tratan bien cuando les toca trabajar a ellas, nos saludan a cada uno de los niños y nos preguntan cómo estamos”. E-4

“Me siento bien porque hay algunas enfermeras son buenas no me hacen doler cuando me ponen mi medicina y me escuchan cuando les pregunto”. E-3

Los niños califican continuamente los comportamientos de los profesionales de enfermería. Por tanto, resalten a las actitudes favorables que perciben en el trato y en la atención brindada. Los niños, en su lenguaje, usan el calificativo de “buena” para designar aquellos asuntos con los que están de acuerdo. El que el niño califique de positiva la actitud relacional del profesional tiene que ver con el modo en que éstos responden a sus solicitudes, cuando se le da valor a sus necesidades, o ellos perciben que hay voluntad de colaboración.

Un aspecto fundamental para los niños es sentirse respetados por los adultos que les acompañan y representen autoridad. En este sentido, es necesario que el niño comprenda la intencionalidad de las actuaciones de enfermería, a través de explicaciones y de sólidas argumentaciones.

Por tanto existe la necesidad de generar estrategias que ayuden a potenciar la interacción comunicativa con los niños y personal de salud-familia. A través de la comunicación permite conocer sus necesidades, comprender su situación y emprender actos educativos que incidan en el estado emocional del niño y su familia. Si los niños tienen una percepción positiva de la interacción enfermera-familia, mejoran su ánimo, incrementando el bienestar psicosocial del menor y de su familia durante la hospitalización⁴⁷.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

A partir del análisis cualitativo de los testimonios se han obtenido alcances sobre las vivencias del niño escolar hospitalizado identificándose cinco categorías del cuidado:

Categoría barreras para el cuidado del niño escolar hospitalizado. El niño en el momento de la hospitalización se enfrenta a barreras que están relacionadas con el cuidado como: Estructura rígida, compleja división del trabajo, jerarquía de autoridad, canales de comunicación y una serie de normas reguladoras, incluso un lenguaje propio; todo ello muy diferente del medio habitual del niño y la familia. Además el niño enfrenta la inseguridad, cambios en las actividades cotidianas, restricción en el horario de visita que no permite una presencia adecuada de los padres como responsables de sus hijos y así brindarles apoyo afectivo y emocional, en el que el niños es tratado como un sujeto pasivo, sin capacidad para participar en su cuidado y con pocas posibilidades para la interrelación con los profesionales. Por ello es necesario que el cuidado se centre en proporcionar los cuidados integrales al paciente desde el inicio de su padecimiento hasta su recuperación, Entonces cuidar profesionalmente es una acción que se realiza en toda la diversidad de estados del ser humano, en un estado de enfermedad física, mental y de rehabilitación. El cuidado va intrínsecamente relacionado con la ética y la escala de valores de cuidado, la curación y la salud.

Segunda categoría: *Barreras de comunicación del niño escolar hospitalizado*. Las relaciones interpersonales y la efectiva comunicación entre el personal de salud y el niño hospitalizado son factores determinantes de la calidad de atención, por lo tanto el personal de salud que está en contacto diario con el niño hospitalizado debe mantener relaciones cálidas, cordiales y empatía con el niño. La comunicación que se establece con los niños juega un papel fundamental en la mediación de sus experiencias y en las ideas que elaboran acerca del proceso salud-enfermedad. Por esta razón última cabe resaltar que se debe implementar el dibujo y el juego para conocer las vivencias, preocupaciones, percepciones y expectativas y el mundo interno del niño.

Tercera categoría *incomodidad y aburrimiento del niño escolar hospitalizado*. La incomodidad y aburrimiento que siente el niño escolar en el ambiente hospitalario, se presenta porque los estímulos son pobres, cuando el ritmo de actividades del niño es monótono y repetitivo, cuando el cuidado del personal de salud hacia el niño hospitalizado se establece atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y se olvidan con frecuencia de las necesidades fundamentales de los niños como: su interés por jugar, aprender, movilizarse, explorar, comunicarse con otra persona de su misma edad.

Cuarta categoría *sufrimiento físico y emocional de los niños escolares hospitalizados*, se expresa a través de dos subcategorías: *Sentimientos de tristeza*, en esta subcategoría se describe cómo se siente el niño ante el alejamiento de sus seres queridos, el pensamiento de no volver a verlos, la sensación de abandono, se expresan con períodos de llanto, depresión, agresividad, retraimiento, expresión de sentimientos de frustración, soledad o 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. *Ansiedad de separación*, detalla la angustia que experimenta el niño al separarse físicamente de la persona con quién está vinculado (generalmente su madre). Está asociada con la edad del niño, tiempo y frecuencia de hospitalizaciones, ausencia parental durante la hospitalización, estrés parental, desajustes previos a la hospitalización propios del niño o de la familia, cambios fundamentales en la vida cotidiana del niño y su familia, fuertemente interviene la enfermedad y el tratamiento requerido.

Quinta categoría bienestar del niño escolar durante la hospitalización. Los niños deben sentirse respetados por los adultos que les acompañan y representan autoridad. En este sentido, el niño comprenda la intencionalidad de las actuaciones de enfermería, a través de explicaciones y de sólidas argumentaciones de su internamiento hospitalario. De ahí que los niños resalten la figura del profesional de enfermería en el cuidado, especialmente su simpatía. Ellos la relacionan con los halagos hechos a su aspecto físico o a las cualidades que destacan en el menor. Esto les permite sentirse bien con ellos mismos y seguros en las relaciones interpersonales. Por tanto, existe la necesidad de generar estrategias que ayuden a potenciar la interacción comunicativa entre los niños - familia-personal de salud, a través de la comunicación se pueden conocer sus necesidades, comprender su situación y emprender actos educativos que incidan en el estado emocional del niño y su familia. Si los niños tienen una percepción positiva de la interacción enfermera-familia, mejoran su ánimo, incrementará el bienestar del cuidado del menor y su familia durante la hospitalización.

RECOMENDACIONES

- **Difundir la presente investigación en las Instituciones de Salud, con la finalidad de plantear lineamientos de gestión y práctica del cuidado de enfermería, que fomente la promoción, prevención y cuidado integral del niño escolar hospitalizado para lograr una mejor calidad de vida de este grupo de personas con la participación activa de los familiares.**
- **Continuar desarrollando investigaciones de tipo cualitativo con diferentes abordajes metodológicos sobre la temática, de tal manera que se disponga de mayor información y se generen espacios de discusión que permitan comprender las vivencias de los niños escolares hospitalizados.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva G. Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios [Seriada en línea]; 2012 [Acceso 15 de junio del 2014]. Disponible en: http://www.google.com.pe/url?url=http://www.fundacion.telefonica.com/en/arte_cultura/publicaciones/add_descargas%3Fdoc%3DThe%2520Experiences%2520of%2520Children%2520in%2520Hospital%26pdf%3Dmedia/publicaciones/lasvivenciasde_los_ninos_hospitalizados.pdf%26type%3Dpublicacion%26code%3D310&ret=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=5eiBVLSGA4GNgwSOsoFo&ved=0CBMQFjAA&usg=AFQjCNEXUICDx2CR3rpFkYgD9C-9g0yB3w
2. López I. Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo [Seriada en línea]. 2011 [Acceso 23 de junio del 2014]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/20314528.pdf>
3. Berk L. Desarrollo del niño y del adolescente. Ed 4ta. Madrid: Prentice Hall; 2001
4. Guzmán V, Torres J. Cultura Hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo. 2009. Actualizado [Seriada en línea]. 2011 [Acceso 25 de junio del 2014]. Disponible en: http://bvirtual.ucol.mx/descargables/723_cultura_hospitalaria.pdf
5. Ceribelli C, Castanheira L, Romano S. La mediación de la lectura como recurso de comunicación con niños hospitalizados [Seriada en línea]. 2009 [Acceso 04 de julio del 2014]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/es_13.pdf
6. Suárez N. El niño hospitalizado: repercusión psicológica y papel de enfermería. [Seriada en línea]. 2010 [Acceso 24 de junio del 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina8.html>
7. Noreña A, Cibanal N. La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería [Seriada en línea]. 2011 [acceso 24 de junio del 2014]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf

8. Gonzales P, Ferrer V, Agudo E. Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría [Seriada en línea]. 2011 [Acceso 24 de junio del 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200003
9. Becerril M. El ajuste creativo del niño hospitalizado mediante ludoterapia Gestalt. [Seriada en línea]. 2012 [Acceso 25 de junio del 2014]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/6596/1/elajustecreativodelni%C3%91ohospitalizadomedianteludoterapiagestalt.pdf>.
10. ABC. Vivencia. [Seriada en línea]. 2014 [Acceso 04 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/vivencia.php>
11. Conceptos. Vivencia. [Seriada en línea]. 2014 [Acceso 04 de julio del 2014]. Disponible en: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/vivencia>.
12. Parales S, Lucci H. Diccionario Lexus de Medicina y Ciencias de la salud. Ed 1era. Perú; 2010.
13. Díaz R. El hombre y sus "vivencias. [Seriada en línea]. 2008 [Acceso 09 de julio del 2014]. Disponible en: <http://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias/>
14. Hernández A. La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico[Seriada en línea]. 2010 [Acceso 09 de julio del 2014] Disponible en: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>
15. Hayman L. Manual de enfermería pediátrica. [Seriada en línea]. 2001 [Acceso 10 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.worldcat.org/title/manual-de-enfermeria-pediatrica/oclc/166231165>.
16. Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt. Necesidades de los niños hospitalizados [Seriada en línea]. 2008 [Acceso 11 de julio del 2014]. Disponible

- en:<http://www.mch.com/page/SP/2595/Child-Life/Needs-for-Hospitalized-Children.aspx>.
17. ISSEMYN. Hospitalización. [Seriada en línea]. 2009 [Acceso 05 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.issemym.gob.mx/index.php?page=hospitalizacion>.
 18. Congreso de la República. Proyecto de Ley que modifica el artículo 23° del Código de los niños y adolescentes, incorporando los derechos del niño hospitalizado. [Seriada en línea]. 2014 [Acceso 04 de julio del 2014]. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/tradocestproc/contdoc02_2011_2.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/c770348d0a45c63005257c91006d7647/\\$file/pl03213040314.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/tradocestproc/contdoc02_2011_2.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/c770348d0a45c63005257c91006d7647/$file/pl03213040314.pdf).
 19. Fernández G. Paciente pediátrico hospitalizado. [Seriada en línea]. 2011 [Acceso 04 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20asociadas/paciente%20pediatrico%20hospitalizado%20-%20ps.%20gabriela%20fernandez.pdf>
 20. Olivares E. El niño enfrentado a la enfermedad crónica. Ed 16ª. México; 2001.
 21. Alfaro A, Atria R. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. [Seriada en línea]. 2009 [Acceso 05 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/4.html>.
 22. Llanga N, Pérez N. Apoyo emocional del personal de enfermería a niños hospitalizados de 0-14 años de edad. [Seriada en Línea]. 2011 [Acceso 05 de julio del 2014]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/1520/1/tesis%20nancy%20y%20nataly1.3.12.pdf>
 23. Rodríguez L. Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. [Seriada en línea]. 2009 [Acceso 05 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/numero2/luisrodriguez.a.sp>.

24. Vera L, Ponce R. La investigación cualitativa. [Seriada en línea]. 2008 [Acceso 14 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.ponce.inter.edu/cai/Comite-investigacion/investigacion-cualitativa.html>.
25. García J. Estudios descriptivos [Seriada en línea]. 2004 [Acceso 15 de julio del 2014] Disponible en: <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf>.
26. Taylor S, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos. [Seriada en línea]. 2000 [Acceso 15 de julio del 2014]. Disponible en: <http://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>.
27. Mejía J. El muestreo en la investigación cualitativa. [Seriada en línea]. 2000 [Acceso 15 de julio del 2014] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/n5_2000/a08.pdf
28. Montañés M. Las entrevistas [Seriada en línea]. 2010 [Acceso 16 de julio del 2014] Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MMontanes_LasENTREV.pdf.
29. Piñuel J. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. [Seriada en línea]. 2002 [Acceso 16 de julio del 2014]. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/268-2013-07-29-Pinuel_Raigada_AnalisisContenido_2002_EstudiosSociolingusticaUVigo.pdf.
30. Noreña A, Alcaraz N. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa [Seriada en línea]. 2012 [Acceso 16 de julio del 2014]. Disponible en: <http://stiwww.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>.
31. Morales J, Nava G. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre [Seriada en línea]. 2011 [acceso 16 de julio del 2014] Disponible en:

http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4822/libro_principios_de_etica.pdf
f

32. Sánchez M. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. [Seriada en línea]. 1996 [Acceso 29 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.colmed2.org.ar/images/code02.pdf>.
33. Waldow V. Cuidar: Expresión humanizadora de la enfermería. Brasil: Editorial Voces; 2004.
34. García M, Cárdenas L. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería [Seriada en línea]. 2011 [Acceso 22 de octubre del 2014] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>
35. Salazar M. Cuidados que recibe el niño hospitalizado [Seriada en línea]. 2013 [Acceso 23 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://msalazar081858.blogspot.com/2013/02/cuidados-que-recibe-el-nino.html>.
36. Guerrero S. Cuidado del niño hospitalizado con apoyo familiar. [Seriada en línea]. 2009 [Acceso 20 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx2_2.pdf.
37. González V. Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría [Seriada en línea]. 2011 [Acceso 19 de octubre del 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200003.
38. Cortez E. La hospitalización infantil: el niño hospitalizado. [Seriada en línea]. 2011 [Acceso 19 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://claraley-bloglley-bloglley.blogspot.com/2011/04/el-nino-hospitalizado.html>.
39. Hernández E. La ansiedad infantil frente a la hospitalización y la cirugía [Seriada en línea]. 2009 [Acceso 20 de octubre del 2014]. Disponible en:

<http://www.famiped.es/volumen-2-no-2-junio-2009/miedo/la-ansiedad-infantil-frente-la-hospitalizacion-y-la-cirugia>.

40. Agramonte del Sol A, Valdés C. Comodidad, reposo y sueño [Seriada en línea]. 2010 [Acceso 21 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0---0-10-0---0---0direct-10---4---0-11-11-11-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL3.11&d=HASH954d11332e1d43c566fe91.6.3>.
41. Conceptos. Aburrimiento. [Seriada en línea]. 2014 [Acceso 18 de octubre del 2014] -Disponible en: <http://www.proyectopv.org/2-verdad/aburrimientopsic.htm>.
42. Lizasoain O. Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo [Seriada en línea]. 2006 [Acceso 20 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rcct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.unav.es%2Ffy1%2Fprogramas05-06%2Fpedagogia%2Fpedagogiahospitalaria.pdf&ei=uRFgVJTQGISbNpihg2A&usg=AFQjCNEkZgaRacwemaqJJ547BzJH3xZR0g&sig2=QmF985dgPM50pY15ZZtiUg&bvm=bv.79189006,d.eXY>
43. Sierra P. Actitudes del niño(a) frente a la hospitalización. [Seriada en línea]. 2009 [Acceso 18 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-342/pediatria34299_actitudes29.
44. González V. Barreras para el cuidado y la comunicación en cuidados intensivos de pediatría [Seriada en línea]. 2009 [Acceso 18 de octubre del 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000400004&script=sci_arttext.
45. Domínguez J, García E. Psicología de la Emoción: La alegría, tristeza y la ira [Seriada en línea]. 2010. [Acceso 23 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.psicocode.com/resumenes/6EMOCION.pdf>.

46. Pacheco B, Ventura T. Trastorno de ansiedad por separación [Seriada en línea]. 2009. [Acceso 23 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200002.
47. Banus S. Ansiedad de separación [Seriada en línea]. 2012 [Acceso 23 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastorosemocionales/trastorno-ansiedad-separacion-nios/index.php>.
48. Lopategui E. Conceptos generales de salud [Seriada en línea]. 2014 [Acceso 22 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1_U1-01_Conceptos_Generales_de_Salud.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los niños escolares hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital General de Jaén, 2014

Pseudónimo	Edad	Sexo	Grado de instrucción	Religión	Procedencia	Primera vez hospitalizado	Tiempo de hospitalización	Con quien vive	Tienes visita todos los días	Quien te visita todos los días
E1 Carol	10	F	Primaria	Evangélica	Rural	Si	8 días	Padres y hermanos	si	Abuela
E2 Eulalia	9	F	Primaria	Evangélica	Rural	Si	9 días	Abuelos	si	Padre y abuela
E3 Silvia	11	F	Primaria	Católica	Periurbana	Si	8 días	Madre y hermano	si	Padres
E4 Lucifa	10	F	Primaria	Católica	Urbana	Si	8 días	Madre y hermana	si	Madre y familiares
E5 Antonio	8	M	Primaria	Católico	Rural	No	6 días	Padres y hermanos	si	Padres y hermanos

DESCRIBIENDO A LOS SUJETOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Carol de 10 años de edad, con grado de instrucción primaria incompleta, de religión evangélica. Procedencia rural. Primera vez hospitalizada, con 8 días de tiempo de hospitalización. Vive con padres y hermanos, pero actualmente solo se encuentra acompañada de su abuela.
- Eulalia de 9 años de edad, con grado de instrucción primaria incompleta, religión evangélica. Procedencia rural. Primera vez hospitalizada, con 9 días de

- tiempo de hospitalización. Vive con abuelos, se encuentra acompañada solo de su padre y abuela.
- Silvia de 11 años de edad, con grado de instrucción primaria incompleta, religión católica. Procedencia periurbana. Primera vez hospitalizada, con 8 días de tiempo de hospitalización. Vive con madre y hermano, recibe visitas diarias solo de su padre y madre.
 - Lucila de 10 años de edad, con grado de instrucción primaria incompleta, religión católica. Procedencia urbana. Primera vez hospitalizada, con 8 días de tiempo de hospitalización. Vive con madre y hermana, recibe visitas diarias de su madre y familiares.
 - Antonio de 8 años de edad, con grado de instrucción primaria incompleta, religión católica. Procedencia rural. Segunda vez hospitalizado, con 6 días de tiempo de hospitalización. Vive con padres y hermanos, recibe visitas diarias de padres y hermanos.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE JAÉN

CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO

Instrucciones:

La presente investigación, tiene por finalidad recolectar información acerca de las vivencias de los niños escolares frente a la hospitalización, por tanto, se le solicita su participación con total veracidad teniendo en cuenta que se considerará su anonimato.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: 2. Sexo: M () F ()
3. Religión:
4. Grado de Instrucción:
5. Por primera vez que se encuentra hospitalizado Si () No ()
6. procedencia. Urbana () Rural () Periurbana ()
7. ¿Cuánto tiempo tiene de estar hospitalizado?
8. ¿Con quiénes vives?
- Con ambos padres ()
- Padres y hermanos ()
- Sólo con mamá ()
- Sólo con papá ()
- Otros (Especificar)
9. ¿Todos los días tienes visita? Si () No ()
10. ¿Quién de tus familiares te visita todos los días?

ANEXO 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE JAÉN**

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Instrucciones:

La presente entrevista pretende recolectar información respecto a las vivencias que experimentan los niños escolares frente a la hospitalización. La información que solicitamos es de carácter confidencial y anónimo.

1. ¿Qué sientes al estar hospitalizado?
2. ¿Te hace daño estar hospitalizado?
3. ¿Desearía agregar algo más?

Agradecemos su atención.

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE JAÉN

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....con mi firma o huella digital, autorizo participar en la investigación “VIVENCIAS DE LOS NIÑOS ESCOLARES FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN - CAJAMARCA.”, que será realizada por la Bachiller en Enfermería: Patricia Contreras Sánchez. La presente investigación tiene como objetivo: Describir y analizar las vivencias de los niños escolares hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Jaén.

Admito participar en las entrevistas que sean necesarias, las mismas que serán grabadas.

Entiendo que la información dada será sólo de su conocimiento y de su asesora, estando garantizado el secreto profesional y respetando mi privacidad.

La información obtenida en este estudio, será utilizada para la identificación de cada participante y mantenida con estricta confidencialidad por la investigadora.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundido único y exclusivo con fines científicos.

Finalmente declaro que, después de las aclaraciones concretas realizadas por la investigadora, acepto participar en la investigación.

Jaén,.....de.....2014

Participante

Investigadora: Patricia
Contreras Sánchez

ANEXO 5
TRATAMIENTO DE DATOS

RECORTE DE TEXTO (Unidad de significado)	CODIFICACIÓN (temas)	CATEGORIZACIÓN
<p><i>"Yo le digo a la enfermera que no puedo dormir porque los niños mucho lloran, pero ella no me entiende". E-1</i></p> <p><i>"Por las mañanas viene la enfermera y me dice rápido despierta, tengo que controlarte la temperatura porque viene el médico a pasar visita". E-1</i></p>		<p>Barreras para el cuidado del niño escolar hospitalizado.</p>
<p><i>"Me siento incómoda al estar hospitalizada, sin saber qué hacer, solo hago mirar a las personas que entran y salen del cuarto donde estoy". E-1</i></p>		<p>Incomodidad y aburrimiento del niño escolar hospitalizado.</p>
<p><i>"Extraño mi familia, le pregunto a la enfermera cuando me voy a mi casa pero no me responde nada". E-1</i></p>		<p>Sufrimiento físico y emocional del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"Me siento mal porque estoy lejos de mis padres y mis hermanitos, acá solo me acompaña mi abuelita por ratos, ella es buena pero también me gustaría que esté mi mamá conmigo". E-1</i></p>	<p>Ansiedad de separación</p>	<p>Sufrimiento físico y emocional del niño escolar hospitalizado</p>

<p><i>"Cuando vienen a ponerme las ampollas me da mucho miedo, y no pregunto por vergüenza de que las enfermeras se molesten o no me hagan caso." E-1</i></p>		<p>Barreras de comunicación del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"Algunas enfermeras, son buenos me tratan bien, me dan una palmadita en el hombro y me dicen que pronto me voy a mejorar." E-1</i></p>		<p>Bienestar del cuidado del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"... Me siento aburrida porque estoy varios días acá, ya quiero que me lleven a mi casa, porque acá los días son muy largos" E-2</i></p> <p><i>"Estoy aburrida porque acá no tengo mis muñecas para jugar ni mis amigas para jugar con ellas." E-2</i></p>		<p>Incomodidad y aburrimiento del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"No se cuándo me iré a mi casa, cuando le pregunto a la enfermera me dice que todavía no se sabe ella, porque el alta lo tiene que decidir el doctor" E-2</i></p> <p><i>"Acá me acompaña mi abuelita, mi papá viene a verme en el día pero no se queda mucho tiempo conmigo" E-2</i></p>		<p>Sufrimiento físico y emocional del niño escolar hospitalizado.</p>
<p><i>"La gente es desconocida entra y sale a cada rato me miran y no me dicen nada, no tengo con quien conversar, lloro... porque no vienen a verme mis</i></p>	<p>Sentimiento de tristeza.</p>	<p>Sufrimiento físico y emocional de los niños hospitalizados.</p>

<i>hermanos."E-2</i>		
<i>Algunas enfermeras que me tratan mal no tienen mucha paciencia". E-2</i>		Bienestar cuidado del niño escolar hospitalizado
<i>"La enfermera me dice con voz fuerte despiértate para ponerte una ampolla, y desde ese momento ya no puedo dormir". E-3</i>		Barreras para el cuidado del niño escolar hospitalizado.
<i>"Estoy aburrida, quiero que mi mamá me lleve a mi casa, acá los días son muy largos y tengo que ir al colegio". E-3</i>		Incomodidad y aburrimiento del niño escolar hospitalizado
<i>"Ya estoy más de una semana, me dijeron que solamente voy a estar hospitalizada dos días, ya me quiero ir a mi casa". E-3</i> <i>"A veces lloro porque sólo viene a verme mi papá la hora de visita y no hay ni televisión para ver dibujos animados..."E-3</i>		Sufrimiento físico y emocional del niño hospitalizado.
<i>"Me siento triste porque extraño el colegio, extraño a mi profesora porque es muy buena y me ha dicho que va a venir a verme". E-3</i>	Sentimiento de tristeza	Sufrimiento físico y emocional del niño hospitalizado
<i>"Siento que estoy sola en el hospital porque mi mamá no está conmigo casi porque se tiene que ir a trabajar y sólo viene un ratito, no hay quien me acompañe ni tengo con quien conversar,</i>	Ansiedad de separación	Sufrimiento físico y emocional del niño hospitalizado

<p><i>ni jugar". E-3</i></p> <p><i>"Mi papá viene a visitarme solo un ratito y luego se va". E-3</i></p>		
<p><i>"Algunas enfermeras que me hacen doler la vena cuando me ponen la medicina en mi brazo y no les digo nada porque me da miedo que me contestan mal". E-3</i></p>		<p>Barreras de comunicación del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"Me siento bien porque hay algunas enfermeras son buenas no me hacen doler cuando me ponen mi medicina y me escuchan cuando les pregunto". E-3</i></p> <p><i>"Estoy triste porque la enfermera me trata mal, cuando me pone la ampolla me hace doler mi brazo, yo le digo que me duele, se molesta y me dice con voz fuerte: que me deje de mover, porque me va a doler más". E-3</i></p>		<p>Bienestar del cuidado del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"La enfermera y el médico no me escuchan cuando yo les digo que se quede mi mamá un ratito más conmigo, porque cuando termina la hora de visita, lo sacan rápido a mi mamá". E-4</i></p> <p><i>"Levántate temprano ya es hora que realices tu higiene personal y se tiene que hacer el tendido de cama, porque ya es</i></p>		<p>Barreras para el cuidado del niño escolar hospitalizado.</p>

<p><i>hora de visita médica". E-4</i></p>		
<p><i>"Me siento triste porque extraño el colegio, extraño a mi profesora ella es muy buena, mi mamá me dijo que la profesora va a venir a verme pero cuando será ese día....." E-4</i></p> <p><i>"Ya estoy más de una semana, me dijeron cuando ingresé al hospital, que solamente voy a estar dos días hospitalizada, me siento sola, ya me quiero ir a mi casa". E-4</i></p>	<p>Sentimiento de tristeza.</p>	<p>Sufrimiento físico y emocional del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"Cuando mi mamá me cuenta historias, me olvido de la enfermedad que tengo". E-4</i></p>		<p>Barreras de comunicación del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"Algunas enfermeras de celeste y otras de blanco me tratan bien cuando les toca trabajar a ellas, nos saludan a cada uno de los niños y nos preguntan cómo estamos". E-4</i></p> <p><i>"Estoy triste porque algunas enfermeras no me tienen paciencia, cuando vienen a ponerme la ampolla, yo les digo que me duele mucho y no quiero que me pongan y me dicen: que si no me dejo poner la ampolla me voy a morir". E-4</i></p>		<p>Bienestar del cuidado del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"Me siento aburrido porque estoy varios días y aunque ya me siento mejor dice el</i></p>		

<p><i>doctor que todavía me tengo que quedar hasta que terminen con la medicina". E-5</i></p> <p><i>"No sé qué hacer me siento aburrido ya me cansa de ver a las cuatro paredes del hospital todo el día". E-5</i></p>		<p>Incomodidad y aburrimiento del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"Me siento triste, a veces lloro solo porque extraño mi colegio ahí tengo amigos con quienes juego y converso". E-5</i></p> <p><i>"Siempre me traen a este ambiente ya no quiero estar hospitalizado, un día está una enfermera buena otro día una enfermera mala ya no veo las horas que me lleven a casa". E-5</i></p>	<p>Sentimiento de tristeza.</p>	<p>Sufrimiento físico y emocional del niño escolar hospitalizado</p>
<p><i>"Cuando la enfermera me pone las ampollas en mi brazo me hace doler, pero no me quejo mucho porque es bien seria y se puede molestar". E-5</i></p> <p><i>"Me gustaría que mi mamá me trajera crayolas y unas hojas para dibujar lo que estoy viviendo en el hospital". E-5</i></p>		<p>Barreras de comunicación del niño escolar hospitalizado</p>