

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN” HUANUCO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN  
PEDIATRIA**



---

**TESIS**

**ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES Y LA ADAPTACIÓN A LA  
HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE (NIÑO) QUE INGRESA AL  
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE  
SALUD DEL NIÑO, OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2013**

---

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN  
PEDIATRIA**

**TESISTAS:**

**Lic. Enf. KARINA GAMARRA VILLASANTE**

**Lic .Enf. CARMEN DEL ROSARIO INGA SOTOMAYOR**

**HUANUCO - PERU  
2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios, gracias por darnos la vida y  
La felicidad para seguir compartiendo  
cada a día con nuestros seres  
queridos y guiarnos por el camino  
para lograr los éxitos anhelados.  
(Las Autoras.)

A nuestros seres queridos por su  
indesmayable, apoyo y estímulo  
durante nuestra formación  
profesional. Y ahora lograr nuevos  
retos.

## **AGRADECIMIENTO**

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A. La UNHEVAL y a la Facultad de Enfermería por darnos la oportunidad para seguir nuestra superación.
- A. Las Docentes de la facultad de Enfermería por compartir con nosotras sus conocimientos y sus prácticas exitosas
- A. Nuestra asesora por su orientación y su guía para culminar nuestra Tesis.
- Al Director del INSN al personal de Enfermería, por apoyarnos en el desarrollo de nuestra Tesis.
- A los ípacientes y a los Familiares por su colaboración sin ellos no hubiésemos podido ser posible culminar nuestras aspiraciones de elaborar nuestra Tesis.

## RESUMEN

La investigación titulada “ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES Y LA ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE (NIÑO) QUE INGRESA AL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2013” estudia el desarrollo del niño y cómo se enfrenta los eventos que plantean demandas difíciles de satisfacer, algunos propios del proceso evolutivo y otros referidos a situaciones específicas, de igual manera sucede con los padres. La hospitalización es uno de estos estresores, cuyas repercusiones negativas más frecuentes son alteraciones emocionales y comportamientos disruptivos a corto, medio e incluso largo plazo. La hospitalización infantil no es un fenómeno unitario, sino que abarca un conjunto de dificultades, capaces de generar por sí solos respuestas de estrés

En la investigación se siguió el procedimiento metodológico establecido por la Universidad, se aplicó un instrumento (encuesta) y se procesó la información obtenida, la misma que nos permitió demostrar nuestras hipótesis y confirmar que efectivamente existe una relación entre las estrategias psicosociales y la adaptación del paciente a la hospitalización.

**Palabras claves:** estrategias, adaptación, hospitalización.

## **ABSTRACT**

The search entitled "PSYCHOLOGICAL STRATEGIES AND ADAPTATION TO PATIENTS (BOY) WHO STAY IN THE NEUMOLOGY DEPARTMENT OF THE NATIONAL CHILD HEALTH INSTITUTE, OCTOBER-DECEMBER 2013" examines the child development and the way it faced with events that pose difficult demands to meet some of the evolutionary process themselves and others referred to specific situations, just as happens with parents. The hospitalization is one of these stressors, who have negative repercussions with more frequency, by general are emotional disturbances and disruptive behaviors in the short, medium and even long term. The child hospitalization is not a unitary phenomenon, but includes a set of difficulties who can generate their own stress responses.

In the research, the methodological procedure established by the University followed, an instrument (survey) was applied, and the information obtained allowed to prove our hypotheses and confirm that there is indeed a relationship between psychosocial strategies and adaptation of processed patient hospitalization.

Key words: strategy, adaptation, hospitalization.

# ÍNDICE

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii

## CAPITULO I

### MARCO TEÓRICO

1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	5
1.3. Antecedentes	6
1.4. Hipótesis	10
1.5. Variables e indicadores	11
1.6. Objetivos	14
1.7. Justificación	15
1.8. Bases teóricas	15

## CAPITULO II

### MARCO METODOLÓGICO

2.1. Ámbito de estudio	57
2.2. Población	57
2.3. Muestra	59

2.4.	Tipo y Diseño de la investigación	60
2.5.	Metodología utilizada	61
2.6.	Técnicas e instrumentos utilizados.	62
2.7.	Procedimiento	63

### CAPITULO III

#### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.	Resultados del trabajo de campo	66
2.	Contrastación de las hipótesis secundarias.	97

CONCLUSIONES	103
--------------	-----

RECOMENDACIONES	104
-----------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	105
--------------	-----

ANEXOS	108
--------	-----

Anexo 1: Matriz de consistencia	109
---------------------------------	-----

Anexo2: Instrumento para el padre o madre (niños menores de 6 años)	110
---	-----

Anexo 3: Instrumento para niños mayores de 6 años	112
---	-----

Anexo 4: Consentimiento Informado y Confidencialidad para Participantes de Investigación	114
--	-----

# INTRODUCCIÓN

La tesis titulada “**ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES Y LA ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE (NIÑO) QUE INGRESA AL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2013**” se llevó a cabo en base a un estudio descriptivo y aplicando dos instrumentos que nos permitieron conocer la realidad problemática planteada y obtener información directa tanto de los padres como de los pacientes sobre los problemas que tienen en el momento de hospitalizarse y durante su estancia en el nosocomio.

Las estrategias psicosociales de afrontamiento son un conjunto de respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras que resultan adaptativas en situaciones estresantes como la hospitalización. Cuando el repertorio conductual es deficitario en este tipo de habilidades, el niño muestra reacciones inadecuadas antes de y durante la hospitalización, así como en el período poshospitalario. Por otro lado, la hospitalización infantil no sólo es estresante para el niño, sino también para sus padres, más aún, en algunos casos se constata que los progenitores experimentan mayor grado de malestar.

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las enfermeras del Servicio de Neumología del INSN y a los padres de los pacientes que ingresan a este servicio, respecto de la adaptación de los niños cuando van a ser hospitalizados, la forma de tratar el tema, los conocimientos



que deben tener y todo ello con la finalidad de darle una mejor calidad de atención durante su estancia en el nosocomio.

La investigación realizada y desarrollada ha seguido todas las indicaciones establecidas en el Reglamento de Nuestra Casa Superior de Estudios, y está compuesta de la siguiente manera:

En el Capítulo I: El problema de investigación, se desarrolla y explica la descripción del problema y su formulación, se señalan sus objetivos e Hipótesis , así como la justificación importancia, viabilidad y limitaciones propias de la investigación.

En el Capítulo II denominado Marco Teórico, se registran los antecedentes de la investigación, así como un desarrollo completo y pormenorizado sobre las bases teóricas de las variables de investigación con los aportes de investigadores referentes al tema.

En el Capítulo III se desarrolla el Marco Metodológico que contiene el Tipo de investigación, diseño y esquema de la investigación, se indica y desarrolla la población y muestra, se señalan los instrumentos de recolección de datos; así como las técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

En el Capítulo IV: Resultados, se presentan en forma estadística, tabulada y gráfica los resultados a los que se han llegado en la investigación, se desarrolla la contrastación de la hipótesis general, y la contrastación de las hipótesis específicas, en base a la prueba de hipótesis y se incluyen los aportes científicos de la investigación.

En el Capítulo V: Discusión de resultados, se presenta la contrastación de

los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas.

Finalmente se presentan las conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos respectivos.

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Planteamiento del Problema

El ser humano es un ser bio-psico social, que interacciona con el entorno en el que habita, con determinada cultura, estructuras políticas, económicas y sociales determinando características importantes para su desarrollo y desenvolvimiento en la sociedad.

El desequilibrio u homeostasis del ser humano tiene como respuesta múltiples factores que se puedan presentar durante su ciclo vital entre ellos se puede mencionar: la enfermedad del organismo, que altera el equilibrio físico y/o psíquico del ser humano dando como consecuencia cambios de actitudes y comportamientos hacia uno mismo y hacia el entorno.

La definición de la Salud según la OMS (Organización Mundial de la Salud) “Es el completo bienestar físico mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad” y Enfermedad “es la alteración estructural o funcional que afecta negativamente el bienestar” estas definiciones importantes, conllevan a la comprensión de la existencia de un Sistema de Salud con programas y estrategias de prevención de enfermedades en la población. (1)

El Sistema de Salud en el Perú está fragmentado como MINSA, ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, y actualmente SISOL administrado por municipalidades en Lima y algunas provincias.

El Instituto Nacional de Salud del Niño, es una Institución con categoría III-2 referencia a nivel Nacional, dependiendo directamente de MINSA, atiende a niños y adolescentes de 0 a 17 años 11 meses 29 días, en sus diferentes especialidades en las que se encuentra el Servicio de Neumología, que brinda atención en patologías del sistema respiratorio.

En las diferentes especialidades se evidencia el trabajo del equipo multidisciplinario, siendo Enfermería la fuerza laboral importante en el cuidado del niño enfermo, teniendo un reto permanente el de la excelencia en la calidad de atención al paciente hospitalizado.

Según Lluch, (2) *“La hospitalización representa para la persona un desafío a su capacidad de adaptación, ya que al ingresar en un hospital se encuentra en un medio desconocido, al cual debe intentar adaptarse”*.

Los factores psicosociales que influyen en la persona frente a la hospitalización son: factores personales, socioculturales, relacionados

con la organización hospitalaria y los relacionados con la enfermedad, determinando diferentes comportamientos, pues la misma conlleva un desafío frente a su capacidad de adaptación y por lo tanto diferentes formas de hacer frente a la enfermedad y hospitalización. La hospitalización, conlleva un desafío frente a su capacidad de adaptación

Para el niño enfermo, la hospitalización es un acontecimiento altamente estresante, como ser vulnerable, desconoce ¿qué es la enfermedad?, sobre todo si es muy pequeño, enfrenta la separación del entorno de su hogar, piensa que sus padres lo abandonan, se encuentra en un lugar cerrado, extraño con otras personas que no conoce, privado de sus amigos de sus juguetes, esto desencadena reacciones diferentes en cada uno de los niños, que van desde el llorar, gritar, rechazo hasta un mutismo total, o evadir cualquier contacto personal a una actitud de dependencia total.

La familia no es ajena a la enfermedad y hospitalización de un miembro de la familia, siendo de mayor preocupación si es un niño(a), reaccionando con el desconsuelo, aceptación de la enfermedad y tratamiento, impotencia, llanto, conductas exageradas que lejos de ayudar a la recuperación se incrementa el stress y negación del niño(a). Así mismo cada paciente trae consigo una realidad familiar, que se suma a la enfermedad y hospitalización desencadenando una crisis

familiar, requiriendo la intervención del equipo multidisciplinario para ayudar a la solución de algún problema referido al tratamiento de la enfermedad del paciente.

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. En efecto, la percepción que tenga el niño y su familia acerca de las relaciones con el personal de enfermería condiciona las respuestas ante el cuidado, es aquí donde el personal de salud debe implementar y poner en marcha estrategias convenientes para que el niño responda satisfactoriamente a las demandas que impone la nueva situación.

En el quehacer diario en el servicio de neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, se ha podido observar la problemática de la difícil adaptación a la hospitalización del niño que ingresa a este servicio, y muchas veces por la misma rutina, el personal de salud muestra cierto desinterés a este hecho enfatizando sus cuidados en la resolución de la enfermedad.

Como enfermeros recordemos que nuestros cuidados deben enfocarse al ser humano como un ser biopsicosocial, holístico e individual, con el presente estudio de investigación se busca orientar y motivar al personal de salud que labora en el servicio de Neumología del Instituto Nacional de salud del Niño, a la utilización de estrategias dirigidas a la adaptación del niño que ingresa a la hospitalización , ya que lo emocional determina comportamientos y muchas veces condiciona lo biológico e influye negativamente en la recuperación de la salud.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿De qué manera la adopción de estrategias psicosociales influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- a) ¿En qué forma el control de las reacciones de adaptación influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013?
- b) ¿De qué manera el manejo de las reacciones defensivas influirá en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el

Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño,  
Octubre a Diciembre de 2013?

- c) ¿En qué modo el control de las reacciones de inadaptación y desajuste influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013?

### 1.3. Antecedentes

#### En el ámbito Internacional

Se encontró estudios referentes al tema de investigación teniendo las siguientes conclusiones:

**Serradas FM, (2003)**, en su estudio “La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio – familiar en México”, concluye que teniendo en cuenta que la enfermedad de un niño o niña incide no sólo en el bienestar psicológico del pequeño paciente sino también en el de toda su familia, aporta una visión de los factores asociados a la enfermedad y hospitalización infantil y cómo impactan de forma casi determinante en los procesos de la dinámica y del funcionamiento de la vida familiar.(3)

**Morales J, (2004)**, en el estudio “Experiencias de la madre con el cuidado de Enfermería de niños hospitalizados” aporta con el resultado del estudio las experiencias del cuidado de enfermería plasmadas en categorías: La información del cuidado al niño, la



interacción con el personal de enfermería, síntomas y sentimientos de la madre y condiciones del servicio, para lograr proveer cuidados integrales, mejorando la calidad del cuidado. (4)

**Noreña A, Cibanal L (2011)**, en su estudio “La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería España”, concluye que los niños valoran positivamente el cuidado de enfermería en el hospital y reconocen la interacción dada con los profesionales asistenciales, encierra todo un contenido afectivo social. 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 evaluar sus estrategias relacionales y discursos, permitiéndoles determinar la importancia de mejorar sus habilidades interpersonales, en especial la empatía. (5)

**Alfaro A. y Atria R. (2009)**, en su estudio “Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado” , evaluaron la calidad de los centros de atención de salud, se logró extraer que en pocos centros asistenciales era evidente la escasa diferencia entre las salas pediátricas del resto del hospital, esto por la escasa diferencia en sus colores, falta de diseños infantiles en las paredes, demasiado material publicitario y poco

material interpretativo para niños, casi nula creación de salas de juegos, falta de juguetes o instrumentos de entretención. Se obtiene como conclusión que los pacientes pediátricos deben ser considerados integralmente, teniendo en cuenta siempre el concepto entregado por la OMS de salud, es decir, abarcar el ámbito psicológico y social, no sólo el físico. Acotan que “los parámetros de calidad asistencial integral deberían orientar procesos y tareas de diseño y mantenimiento, total o parcial, de los entornos hospitalarios dada su capacidad para incidir en la experiencia emocional de los pacientes pediátricos” (6)

#### **En el ámbito nacional**

No existen estudios de investigación realizados por enfermeras a Nivel Nacional.

## **1.4. Hipótesis**

### **Hipótesis General**

La adopción de estrategias psicosociales influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

### **Hipótesis específicas**

- a) El control de las reacciones de adaptación influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.
- b) El manejo de las reacciones defensivas influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.
- c) El control de las reacciones de inadaptación y desajuste influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

## **1.5. Variables e indicadores**

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Estrategias psicosociales

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Adaptación del paciente (niño) a la hospitalización

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE 1: Estrategias psicosociales

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
La aplicación de estrategias psicosociales permite incrementar las oportunidades de protección, afrontamiento, adaptación e inclusión social y desarrollar el autocuidado en el paciente	Estrategia Psicosocial:		
	•Relajación y respiración ante procedimientos estresantes	Cumplimiento de la estrategia a aplicar: Preparación del ambiente, del niño y del personal Componentes Claves: instruir, educar, aplicar.	Ordinal
	•Imaginación/distracción.	Cumplimiento de la estrategia a aplicar. Evocación de imágenes emotivas genera cambio de pensamientos.	Ordinal
	•Autoverbalizaciones/ Autoinstrucciones.	Cumplimiento de la estrategia a aplicar: verbalización de las imágenes emotivas. Mensajes que generen conductas positivas.	Ordinal
	•Reforzamiento positivo	Cumplimiento de la estrategia a aplicar: Estímulos positivos ante respuestas adecuadas.	Ordinal
	•Control de Estímulos.	Cumplimiento de la estrategia a aplicar: Ambiente adecuado música, relajante, juguetes, etc.	Ordinal
•Ensayo Conducta	Cumplimiento de la estrategia a aplicar: Imitación Lúdica	Ordinal	

**VARIABLE 2:** Adaptación del paciente (niño) a la hospitalización

<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<p>Capacidad de modificar el medio ambiente según nuestros fines". La adaptación comprende dos aspectos, la asimilación, que es el proceso de incorporación de sensaciones, y la acomodación, o proceso de ajuste del medio ambiente.</p>	a. Demográfico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad.</li> <li>• Sexo</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Fecha de Ingreso</li> </ul>	Nominal
	b. Emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reactivos positivos: (placer, satisfacción, comodidad)</li> <li>• Reactivos negativos (Ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción)</li> </ul>	Nominal

## **1.6. Objetivos**

### **Objetivo General:**

- Determinar si la adopción de estrategias psicosociales influirá en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar si el control de las reacciones de adaptación influirá en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.
- Establecer si el manejo de las reacciones defensivas influirá en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.
- Analizar si el control de las reacciones de inadaptación y desajuste influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

## **1.7. Justificación**

La investigación planteada es relevante pues está orientada a proporcionar información para que el personal de enfermería que labora en el servicio de Neumología del INSN oriente su función a implementar programas o buscar estrategias que permitan la adaptación y aceptación del niño hospitalizado e innovar conocimientos, generando cambios de actitudes sobre su participación en el cuidado del niño desde el primer contacto y durante la hospitalización, así mismo propiciar la participación activa y responsable de los padres, asegurando la continuidad del cuidado y a la vez le permita crear y diseñar nuevas estrategias para mejorar la interacción entre padres de familia, personal de enfermería y niño, encaminada a su pronta recuperación.

## **1.8. Bases teóricas**

**A. Concepción de la Enfermedad en el Niño** (Concepto de causalidad de Piaget, 1927). (7)

**a. Nivel 0 = Incomprensión**

**b. Estadío = Pre lógica** (hasta 7 años). Basado en explicaciones fenomenalistas, asociando elementos externos, alejados temporal o espacialmente, con la enfermedad, o de contagio, es decir, localizan la causa más cercana y la atribuyen a un contagio por elementos cercanos pero sin contacto directo.



**c. Estadío II = Lógico-concreto** (7-11 años). La entiende como una contaminación, acepta la contaminación como causa externa de enfermar más frecuente, o como proceso de internalización del mecanismo de su enfermedad: “está dentro porque ha entrado por la boca”.

**d. Estadío III = Operaciones lógico- formales** (mayores de 11 años). Usa mecanismos de deducción, dándole explicaciones fisiológicas o psicológicas.

Las reacciones de los niños hospitalizados dependen de la comprensión de lo que les ocurre, teniendo en cuenta que nada es lo que parece cuando se mira con ojos de niño”.

## **B. Reacciones Psicológicas a la Enfermedad en la Infancia (8)**

**a. Reacciones de Adaptación:** oposición, rebeldía, ira, sumisión, colaboración o inhibición.

**b. Reacciones Defensivas:** Regresión a etapas anteriores del desarrollo, negación o identificación (“no son ellos, soy yo”).

**c. Reacciones Construidas por Experiencias Mixtas Emotivo-Cognitivas:** temor a la muerte, sentimiento de culpa, sentimiento de impotencia, descenso de la autoestima, vivencias de abandono, vivencias de fragmentación, mutilación y aniquilación.

**d. Reacciones de Inadaptación y Desajuste:** angustia patológica, reacciones neurológicas (fobias, histeria, conversión, obsesiones), reacciones depresivas, reacciones anormales (Pilowski).

### **C. La Enfermedad en la Infancia**

La enfermedad afecta a los niños no solo desde la dimensión física, sino también desde las dimensiones psicosociales. Esta se acompaña de pérdida de bienestar físico, pero también, psicológico, y alteran la vida de la persona y su ambiente a corto, mediano y largo plazo.

El niño(a) sufre además de dolor, molestias causadas por la propia enfermedad, por no poder llevar una vida normal, por sentirse distinto a los otros niños, por ser estigmatizado, por el sufrimiento que percibe a su alrededor o por no comprender lo que está pasando. Si el niño es consciente de la enfermedad, además de madurar anticipadamente, será capaz de relativizar los problemas cotidianos y se integrará más fácilmente al entorno social, familiar y escolar.

Aunque una enfermedad orgánica, por sí misma, no es causa suficiente para provocar alteraciones psicológicas en un niño al igual que en los adultos, los niños enfermos pueden experimentar manifestaciones emocionales, siendo las más frecuentes la ansiedad y la depresión. Por ello se hace necesario que la intervención psicosocial

no sólo esta destinada al niño, sino que es también muy importante, que esté dirigida a los padres, por las repercusiones que la conducta de estos puede tener sobre su hijo.

Existen numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos por la internación pediátrica. Dichas investigaciones indican que la internación es un acontecimiento estresante, que le genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras.

#### **D. La Enfermedad en la Adolescencia**

En la adolescencia los cambios hormonales, psicológicos, así como las relaciones sociales que tienen lugar, abren una nueva etapa en ocasiones difícil de manejar. El progresivo incremento de los niveles hormonales y los cambios en la composición corporal pueden complicar los objetivos del adecuado control metabólico. Por otra parte, en esta etapa del ciclo vital, es frecuente la aparición de trastornos del comportamiento alimentario, rebeldía ante la familia y actitudes negativas que ponen también en peligro la adherencia al tratamiento.

Los cambios de comportamiento de estos pacientes no difieren mucho de los de otros que tienen su misma edad, pero en estos casos el comportamiento adolescente puede complicar el control de su enfermedad. Como consecuencia de la enfermedad es frecuente que

el adolescente se sienta diferente, inferior, limitado y teme no ser aceptado. Todo ello hace más difícil la educación durante este periodo. Además, los pacientes adolescentes son ahora más capaces que los pacientes infantiles de entender la incertidumbre de su futuro, los efectos de las complicaciones o el riesgo de una muerte prematura, lo que aumenta su estrés y suscita, en ocasiones, ciertos comportamientos depresivos.

En general, en este periodo evolutivo, la adherencia al tratamiento es menor que la de los niños de menor edad a pesar de que el adolescente está, en general, mejor informado y posee mayores responsabilidades otorgadas. Posiblemente esto puede ser debido a la dificultad de compaginar el correcto cumplimiento del tratamiento con la interacción social, especialmente con su grupo de iguales.

El éxito de un programa de intervención psicosocial en este periodo reside fundamentalmente en su capacidad para responder a las necesidades propias de esta fase del desarrollo.

## **E. Hospitalización en el Niño**

Se considera como una experiencia excepcional, casi siempre se relaciona con una experiencia negativa, acompañada de estrés que supone un desafío para el individuo, mucho más cuando este es un niño.

El hospital es un contexto extraño (personas nuevas, instrumentos y aparatos extraños, vestimentas desconocidas, lenguaje inusual, y de difícil comprensión), que imponen grandes cambios y restricciones respecto a la vida cotidiana (estar acostado, no ver a sus familiares o amigos, dejar de ir al colegio, etc.) y donde obtiene daño y dolor en muchas de las interacciones con las personas que allí trabajan. Estos factores y muchos más, aparecerán ante el niño de forma más o menos amenazantes, en función de numerosas variables como su madurez, personalidad, experiencias hospitalarias previas, comportamiento familiar y del personal que allí trabaja, así como las características propias de la enfermedad, intervenciones y sus consecuencias. (9)

## **F. Evolución Histórica de la Hospitalización Infantil**

En la antigüedad el niño era una simple posesión de alguien, o un ser abandonado. En el Siglo XVIII con la Revolución Francesa y su ímpetu liberador se promulgan Decretos a favor de los pequeños abandonados. Se encierran en hospicios (la mortalidad mayor al 90%)

Durante la Revolución Industrial Inglesa, época de máxima explotación laboral en la infancia, se dieron medidas legislativas a favor de la regulación del trabajo de los niños (jornadas de 16 horas en minas o telares). Los Hospitales pediátricos eran hospicios hasta primeros del siglo XIX ,con el progreso científico, el avance tecnológico y el

conocimiento se experimenta un gran desarrollo, se da mayor énfasis a la atención biológica generando mayor atención a las causas que a las consecuencias de la enfermedad. Las condiciones de bienestar del paciente eran totalmente secundarias en la hospitalización, consideradas una pérdida de tiempo. (8)

El niño carecía de auténticos derechos. La presencia de los padres en el hospital era considerada como un estorbo, las visitas eran espaciadas y rechazadas, o prohibidas totalmente, como ocurrió en numerosos hospitales y países hasta los años cincuenta.

Más tarde se le denominaría *síndrome de deprivación materna*, puesto que era la separación, y no el hospital, la que causaba trastornos secuenciales del comportamiento en los niños, que acababan con marasmo físico y afectación intelectual que venía a ser irreversible después de un cierto tiempo de separación, aun restituyendo a los padres.

En los años treinta la separación del niño hospitalizado constituía una agresión que producía secuelas de diferente gravedad en función de los casos, sujetos y duración. Sobre los años cincuenta diversos autores estudian el desarrollo emocional del niño: Spitz, Bowlby y Robertson, muestran el intenso estrés emocional que manifestaba el niño al separarse de sus padres.

Hoy se acepta unánimemente la importancia de la prevención de los graves efectos de la hospitalización y se están realizando programas de preparación psicológica para ayudar al niño a afrontar experiencias hospitalarias.

De la hospitalización propiamente dicha nace el término hospitalismo, planteado por el psiquiatra y psicoanalista R. Spitz, ampliamente difundido a partir de la publicación de su trabajo en 1946. Su concepto va referido a que es un “conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen como consecuencia de una prolongada hospitalización del niño menor de 15 meses de edad. Es un síndrome de consecuencias psíquicas negativas que se manifiestan sobre todo en niños pequeños y en niños mayores tras una larga permanencia en instituciones sanitarias”

Spitz, en su estudio, describe y clasifica tres etapas de este hospitalismo que sufrirían los niños

- a. En un primer período los niños se vuelven llorones y exigentes y se aferran a quien se acerque.
- b. En un segundo período los llantos se convierten en gritos, comienzan a perder peso y se detiene su desarrollo.
- c. En una tercera fase el niño se repliega y rechaza todo contacto adoptando una postura típica (acostado boca abajo).

## **G. Carta Europea de los Niños Hospitalizados**

Otro hito que ha contribuido a tomar conciencia del impacto de la Hospitalización infantil fue la proclamación de la Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado en 1986, dándole así un carácter legal y obligatorio a la satisfacción de forma adecuada a las necesidades del niño hospitalizado y su familia. (10)

- I. Derecho del menor a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un Centro de Salud y si se coordinan oportunamente con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible.
- II. Derecho del menor a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.
- III. Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al menor.
- IV. Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.



- V. Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
- VI. El derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.
- VII. Derecho de sus padres o de las personas que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.
- VIII. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
- IX. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
- X. Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.
- XI. Derecho del niño hospitalizado, cuando esté sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración

de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.

- XII. Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
- XIII. Derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.
- XIV. Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
- XV. Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.
- XVI. Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.
- XVII. Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.
- XVIII. Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha

actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen.

- XIX. Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
- XX. Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.
- XXI. Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita - incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia- si los padres o la persona que los sustituya se los niega por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.
- XXII. Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.
- XXIII. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea.

## H. Factores Relacionados con la Hospitalización

Los factores se pueden dividir según diversas perspectivas. Haciendo un compendio de diversos autores y artículos, los podemos clasificar en: (6)

- a. **Factores Personales:** que consideran la etapa del desarrollo en que se encuentre el sujeto, el desarrollo cognitivo, las capacidades intelectuales, el desarrollo socio emocional, relaciones de afecto, el tipo de familia y sus interacciones.
- b. **Factores relacionados con la enfermedad:** naturaleza y características, gravedad del pronóstico, si es aguda o crónica, tiempo de evolución, grado de discapacidad, efectos secundarios del tratamiento.
- c. **Factores relacionados con la familia:** Afrontamiento del estrés, interacción entre sus miembros, tipo de familia, relación afectiva entre los miembros, comunicación, número de integrantes de la familia, redes sociales de apoyo.
- d. **Factores relacionados con las Redes sociales:** Números de redes con que cuenta la familia, relación, interacción, apoyo.
- e. **Factores relacionados con el Equipo de Salud:** Comunicación, confianza, apoyo y soporte emocional, nivel de estrés del equipo, trabajo en equipo, entrega de información.
- f. **Ambiente Hospitalario:** ambiente físico(temperatura, ventilación, seguridad, iluminación, infraestructura), comodidad,

horario de visitas amplio, número de pacientes por sala, sistemas de entretenimiento y recreación, información adecuada y preparación para procedimientos.

## **I. La Comunicación con el Niño**

Uno de los objetivos de la intervención en Enfermería es fomentar la comunicación entre los miembros de la familia y el niño. Una comunicación honesta y abierta con el niño desde el momento mismo de su diagnóstico facilita su adaptación a la enfermedad y su calidad de vida.

A la hora de informar a un niño puede ser o bien alguien del equipo de salud o los padres los que se encarguen de explicarle las cosas. En el caso de no ser los padres, es importante que éstos o alguien cercano al niño permanezcan a su lado para proporcionarle el apoyo y ánimos que necesita cuando se administra esta información

Aunque no existe ningún momento mejor que otro para hablar con el niño sobre la enfermedad, es importante que se haga lo antes posible una vez confirmado su diagnóstico, para evitar malentendidos e interpretaciones erróneas de la enfermedad, teniendo en cuenta la edad y capacidad de entendimiento. La información debe ser concreta, simple y esperanzadora, manteniéndose siempre una actitud de aceptación que le permita al niño hacer las preguntas pertinentes. Es igualmente importante ser sensible a la información que necesite cada

niño acerca de cualquier prueba o tratamiento al que se vaya de someter.

Al igual que los adultos, los niños(as) y adolescentes sienten una gran confusión cuando no se les proporcionan explicaciones adaptadas a su madurez cognitiva acerca de su condición. La falta de comunicación intensifica la sensación de aislamiento del niño, fomenta su inseguridad, e interfiere con el establecimiento de una relación de confianza entre el paciente, sus familiares, y el equipo de salud.

El niño o adolescente, también necesita comunicar sus pensamientos a algún miembro de la familia. No obstante, en ocasiones, los niños no los manifiestan porque creen ser los responsables del dolor y la ansiedad experimentada por las personas significativas de su entorno.

Con la intención de no angustia o apenar más no se expresan con sinceridad y ocultan sus verdaderos temores. Un profesional entrenado puede ayudar al niño a expresar estas ideas o sentimientos, descargar emociones y encauzarlas adecuadamente, todo ello supondrá un alivio para el niño enfermo.

Se han utilizado, para explorar estos sentimientos, los cuentos y las terapias de juego, sobre todo en los más pequeños. Las terapias de grupo, también, han demostrado ser eficaces, además, en ellas el

niño conoce a otros niños que están en su misma situación y puede aprender nuevas maneras de percibir y enfrentarse a la enfermedad.

En líneas generales, los niños alcanzan un entendimiento de ambos, enfermedad y muerte, en diferentes etapas, a través de un proceso que depende de su nivel evolutivo y madurez cognitiva, más que de su edad cronológica.

Generalmente, entre los cinco y siete años, la mayoría de los niños, son capaces de localizar el dolor en una parte del cuerpo y discriminar claramente la intensidad del dolor, pero suelen pensar que tanto el dolor como la enfermedad están producidos por causas externas y concretas, por ejemplo, piensan que se han contaminado por tocar a alguien, comer demasiado o por haber hecho algo peligroso.

(11)

En este rango de edad algunos niños pueden percibir su enfermedad y ciertas pruebas médicas como un castigo por haber hecho alguna travesura. Hasta aproximadamente los nueve años, no entienden con claridad que el dolor puede estar generado por una enfermedad, el mal funcionamiento de un órgano o la presencia de ciertos gérmenes. La idea de la muerte y su comprensión realista, en general, no alcanza su desarrollo en el niño hasta los nueve años de edad. Por ello los niños pueden no sentir miedo a la muerte pero sí a otras cosas, en especial al dolor o al tratamiento. Incluso en adolescentes, el miedo a la muerte se expresa a menudo como miedo

al dolor o como necesidad de alguien que esté con ellos para ayudarles en los momentos más difíciles.

Los niños diagnosticados de enfermedades como el cáncer adquieren conciencia de la gravedad de sus síntomas precozmente, y, por tanto, la madurez de los conceptos de enfermedad y muerte suele producirse a edades más tempranas que en niños sanos. En este sentido, en estos niños se ha demostrado que son conscientes de la gravedad de su condición a partir de los cinco años, incluso aunque nadie se lo haya comunicado, debido posiblemente a que observan los cambios producidos en su cuerpo por la enfermedad, y las reacciones de sus familiares y otros adultos a su alrededor. También se ha observado que, debido a su acercamiento a la muerte, estos niños se enfrentan a ella ya sus consecuencias con mayor madurez a como se pensaba hace unos años.

#### **J. Adaptación:**

Según Piaget la adaptación es "La capacidad de modificar el medio ambiente según nuestros fines". Es decir, de organizar nuestras estructuras mentales todas las experiencias y sensaciones de adaptarnos al medio que nos rodea. La adaptación comprende dos aspectos, la asimilación, que es el proceso de incorporación de sensaciones, y la acomodación, o proceso de ajuste del medio ambiente. (12)



## **K. Enfoques de Adaptación a la Hospitalización Infantil Según Etapas de Desarrollo**

No cabe duda que para los niños la experiencia de la hospitalización es algo que influye directamente en su desarrollo, tanto psicológica, espiritual y socialmente.

Según Ortigosa (13) “el proceso de hospitalización conlleva 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 infantil.

Existen diversas formas de adaptación al ambiente hospitalario, pero siempre influye en este aspecto la edad del paciente, debido a que es según la edad que tengan los niños cómo manifiestan su adaptación al ambiente o medio que los rodea.

Generalmente los niños mayores presentan mayor temor a la realización de procedimientos, oponiéndose en muchas oportunidades a que éstos se lleven a cabo; sin embargo los niños menores, si bien manifiestan su temor y dolor a través del llanto, son de mejor manejo.

Otro factor influyente y de mucha importancia son las experiencias previas de hospitalización que van a intervenir

directamente en la percepción y predisposición del niño al proceso de enfermedad. Las experiencias pasadas influyen en cómo el niño afronta la hospitalización. Las relaciones médicas u hospitalarias anteriores según su naturaleza, intensidad y duración tienen una alta probabilidad de producir sensibilización aumentando la vulnerabilidad infantil si fueron negativas, en cambio si fueron positivas contribuyen al ajuste del niño a la nueva situación y se constituyen como un factor protector de afrontamiento exitoso a situaciones adversas, las que pueden sucederse a futuro.

En relación con la significación de la enfermedad, su recuperación y la hospitalización en sí para el niño, basándose en las etapas del desarrollo, Rodríguez, afirma, lo siguiente:

**a. Lactante:** “cambio de rutina y ambientes familiares, responde de forma global. Le supone un problema la separación de los objetos deseados”. Referido principalmente este punto al desapego de lo realmente importante o necesario para el lactante, como son el deseo de amamantamiento, el chupón, el apego materno, la tranquilidad del ambiente familiar, la entrega de cariño y cuidado permanente.

**b. Niño(a) de 1 a 3 años:** miedo a la separación y al abandono. En este período la ansiedad por esta causa es máxima. Relaciona la enfermedad con una situación, circunstancia o conducta concreta. En esta etapa surge el temor a la separación definitiva

de los padres, el pensamiento de que los padres se van para no volver, especialmente durante la noche, la desesperación por haber sido “abandonados” en un ambiente desconocido y con personas que no representan necesariamente la entrega de afecto y cariño.

- c. Más de 3 años:** miedo al dolor o lesión corporal. Tolera mejor la separación que los menores. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal. Es en este período donde surge el temor al dolor físico-corporal, el rehusarse a la realización de procedimientos, el miedo al personal de salud, los períodos prolongados de llanto, rabia y desesperación por la permanencia en el hospital, específicamente a lo desconocido.
- d. En edades Escolares:** 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. Aquí 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.

**e. Adolescente:** se produce ansiedad en relación con la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad. Percibe el órgano o proceso que funciona mal como causa de enfermedad, y es capaz de explicarla. Sin duda alguna en esta etapa la separación de los seres queridos, si bien es importante no es fundamental, acá se conjugan una variedad de factores, como son la protección de partes íntimas, la dificultad para expresar con claridad sus sentimientos, el temor a no ser comprendido, la pérdida de autonomía y volver a ser tratado como un niño.

#### **L. Fases de Adaptación del Niño al Hospital**

El proceso de enfermedad - hospitalización de un niño presenta un impacto que va desde lo más leve a los más grave, haciendo que sus temores y ansiedades vayan variando, traduciéndose en algunas oportunidades, casi al final de las hospitalizaciones, en formas de adaptación a la situación y mejor capacidad de tolerancia frente a experiencia futuras.

Según Rodríguez (8), manifiesta que 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:

- a. **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 su llanto, 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.
  
- b. **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.
  
- c. **Fase de negación:** el niño/a muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos.

#### **M. Adaptación de los Familiares de los Niños Hospitalizados: Otra Faceta de la Hospitalización**

La enfermedad y la hospitalización son eventos estresantes que significan una serie de cambios en la vida del niño y su familia. Estos cambios, necesariamente requieren que la familia y el niño

realicen una serie de ajustes para adaptarse a la enfermedad, a la hospitalización y al tratamiento.

La hospitalización de un niño trae consigo fuertes cambios en la situación de su familia, que deben tenerse en consideración si se quiere contribuir a que la estadía en el hospital sea una experiencia menos traumática. “La hospitalización y el diagnóstico repercute en la familia en la distribución de recursos, los roles, los patrones de internación y la imagen colectiva; estos aspectos exigen todo un proceso adaptativo. A medida que la familia lo realiza, se produce un impacto en el individuo enfermo, en los miembros de la familia y en el grupo familiar total” (13)

Es importante considerar que desde un principio la enfermedad es difícil de abordar por los familiares; inicialmente está la incertidumbre ante la sintomatología de la enfermedad y el temor de la gravedad de la misma, luego viene la etapa de decidir acudir a un centro de atención de salud y al llegar a éste se presenta el estrés de la demora en la atención, en algunos casos, o bien la atención rápida e impersonal de un servicio de urgencia. Dentro de todo este caos, los padres reciben un diagnóstico, incomprensible en algunos casos, y la indicación de realizar todo el trámite administrativo para la hospitalización del niño. No existe tiempo para el análisis ni comprensión de la situación, sólo se actúa, aunque se debe considerar

que existen hospitalizaciones infantiles programadas, que implican un grado de estrés, que sin duda es menor.

Luego es necesario acceder y autorizar una serie de procedimientos, que los familiares intuyen como traumáticos y dolorosos para el niño. La sensación de pérdida de control de la situación es insoportable. Es necesario recordar que además la hospitalización se acompaña de un signo de muerte, cuya intensidad depende de distintas variables como las características de la enfermedad, la connotación social que ésta tenga, la etapa del desarrollo del niño y su familia, la relación con el médico, entre otros factores socioculturales.

Entonces ¿cómo no entender que la decisión de hospitalizar a un niño se tome generalmente con un cierto temor e incertidumbre por parte de los padres? : hospitalizar puede significar separarse del niño, dejarlo solo. Los horarios de visita y las restricciones al acompañamiento, limitan la posibilidad de contacto y esto es vivido por muchos padres con inmensa frustración, temen que en su ausencia el niño no sea bien tratado, se le ignore o que el funcionario de turno olvide darle el tratamiento que necesita. Temen que algo falle y ellos no estén presentes para ayudar. Temen que el niño sufra en su ausencia, e incluso que muera.

La hospitalización puede tener efectos emocionales importantes si las personas emocionalmente significativas para los

niños no parecen tener un lugar o una función dentro del proceso de hospitalización, que respete al mismo tiempo sus necesidades y las de los niños.

Falta involucrar más a los padres (o personas responsables) como ayudantes en el cuidado de sus hijos dentro del hospital se les debe brindar condiciones de alojamiento, información y comunicación adecuada con el personal de salud, que les hagan sentirse acogidos y valorados.”

#### **N. Estrategias Psicosociales en la Adaptación del Niño Hospitalizado**

Basado en el programa de preparación psicológica a la hospitalización infantil “PREPARACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL (I): AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS” (12)

La información es, la estrategia más empleada con pacientes pediátricos para prepararlos a la hospitalización. Méndez, Maciá y Olivares (1992) señalan que la información modifica respuestas cognitivas, como cuando se describe las sensaciones que experimentará el niño durante los procedimientos médicos; respuestas psicofisiológicas, como cuando se le asegura que la canalización de una vía periférica será más rápida si el colabora y el dolor se disipara rápidamente

La información va acompañada con frecuencia de instrucciones del comportamiento deseado; así, después de comunicar



a los padres que sus reacciones de estrés influyen en el niño se les proporciona normas precisas de conducta, como no comenten sus preocupaciones en presencia del niño, háblenle calmadamente, sonríanle, etc. En algunos casos la información funciona como reforzador positivo, como cuando la enfermera le dice al niño que es conveniente que ingiera sus medicamentos y le felicita por ello.

Por otro lado, razones éticas y legales, como los derechos de los pacientes, obligan al personal sanitario a facilitar algún tipo de información: reglas del hospital (horarios, visitas, etc.), procedimientos médicos (análisis de sangre, inducción de *la anestesia*, etc.), reacciones del niño (sensaciones, sentimientos, etc.).

Desde este punto de vista, la información se considera útil pero insuficiente en muchos casos. Por esta razón los investigadores incluyen una preparación mínima consistente en información como grupo de control para poner a prueba diversas técnicas de modificación de conducta (estrategias de valorar y comparar tratamientos) o como elemento base para elaborar programas multicomponentes (estrategia de construir el tratamiento). La hipótesis que comparten los experimentos revisados es considerar la hospitalización como una experiencia estresante que requiere el empleo de recursos personales para afrontarla y de este modo disminuir o eliminar sus posibles efectos negativos cognitivos, emocionales o conductuales a corto, medio y largo plazo. La existencia de habilidades de afrontamiento en el

repertorio conductual del niño no es condición suficiente para que se produzca un afrontamiento adecuado, porque el niño puede desconocer como emplearlas en el ambiente hospitalario, no estar motivado para usarlas, etc. Por tanto, un programa de preparación, además de informar, debe entrenar con el fin de que el niño adquiriera, practique y se le refuercen conductas de afrontamiento apropiadas.

### **Técnicas Aplicadas:**

**a) Relajación y respiración,** los programas de preparación psicológica con niños hospitalizados suelen incluir alguna modalidad de relajación muscular y respiración profunda para disminuir la ansiedad. Los entrenamientos son los mismos que los utilizados en contextos clínicos, sólo que adaptando el procedimiento a las peculiaridades de la situación hospitalaria, como la exigencia de llevarlos a cabo en un período de tiempo muy corto.

- **Actividades preparatorias antes del procedimiento**

- Preparar el ambiente: disponer la sala de modo que resulte un lugar tranquilo y libre de estímulos distractores, contar con un intervalo temporal de 10 a 20 minutos sin interrupciones, emplear música relajante (opcional).
- Preparar al niño (y a sus padres, si están presentes): explicarle el propósito del procedimiento e informarle sobre las ventajas de este en la salud del niño.

- Preparar al personal e indicarle al profesional de la salud correspondiente que emplee voz calmada, que hable despacio y que esté relajado

- **Componentes claves**

- Instruir al niño sobre: posición de relajación (cerrar los ojos, etc.), atención, discriminación de tensión y relajación.
- Enseñar al niño a tensar y relajar partes del cuerpo: manos, dedos, frente, ojos, boca, hombros, pecho, estómago, nalgas, piernas y dedos del pie. El número de grupos musculares a relajar está en función del tiempo disponible para el entrenamiento
- Emplear un lenguaje familiar y animar al niño a que aplique la relajación durante los procedimientos estresantes.
- Proporcionar una grabación que el niño puede emplear siempre que quiera.

Peterson y Shigetomi (1981), tras los ejercicios de tensión-relajación, introducen la palabra «calma» (relajación condicionada), junto a ejercicios de respiración profunda y pausada, de forma que se realiza la secuencia: inspiración/tensión, exhalación/relajación y «calma».

Con niños menores de siete u ocho años resulta muy apropiado realizar un juego para inducir la relajación. Un método

alternativo para estas edades es el denominado robot-muñeco de trapo (robot-ragdoll), de Kendall y Braswell (1986), que consiste en actuar primero como un robot (rígido, tenso y andando sin doblar las extremidades), y después como un muñeco de trapo (flexible, relajado y flácido). El grado de relajación se evalúa levantando el brazo del niño y dejándolo caer. También se puede utilizar el procedimiento para relajar niños pequeños o con necesidades especiales propuesto por Cautela y Groden (1978).

**b) Imaginación/distracción,** las estrategias distractoras y de imaginación de escenas placenteras se usan a menudo en combinación con la relajación muscular y la respiración. Se solicita al niño que imagine una escena tranquila que le haga sentirse feliz. A continuación se le indica que describa dicha escena para evaluar su capacidad de creación y mantenimiento de imágenes mentales. De esta forma se comprueba que el niño focaliza su atención en imágenes sugerentes, relajantes, de gran fuerza emotiva y que no se centra en estímulos que le producen ansiedad.

Las escenas típicas empleadas en la investigación sobre hospitalización son imaginarse tumbado en una playa soleada o a la orilla de un riachuelo en la montaña (Peterson y Shigetomi, 1981). También es frecuente dar al niño la oportunidad de que

evoque su propia imagen, con lo que se logra mayor emotividad y detallismo en el proceso de imaginación.

Así mismo se utiliza una variante de afrontamiento de las imágenes emotivas, consistente en identificar un héroe del niño o una imagen fantástica, que le produzca un sentimiento de seguridad que le ayude a superar la ansiedad provocada por la situación médica. Suelen emplear figuras valerosas como Superman, Spiderman y otros.

**c) Autoverbalizaciones/Autoinstrucciones**, el lenguaje interior dirige nuestras acciones, por lo que su modificación tiene un efecto directo sobre el comportamiento motor. Lograr este cambio es el objetivo principal del entrenamiento en autoinstrucciones o autoverbalizaciones (Meichenbaum, 1977).

Entendemos las autoinstrucciones, («mira hacia otro lado»), como mensajes mediadores de la conducta motora para alcanzar un objetivo o efectuar una tarea.

Autoverbalizaciones de apoyo, es decir, frases o mensajes que pretenden infundir valor al niño («puedo manejar la situación»), o minimizar el carácter aversivo de la situación («pronto habrá pasado todo, contare hasta veinte y todo habrá pasado»).

El procedimiento habitual consiste, por un lado, en implementar nuevas autoverbalizaciones concretas o reglas que le

sirvan al niño de guía durante el afrontamiento de situaciones estresantes y, por otro, en eliminar, incrementar o adaptar las autoverbalizaciones automáticas del niño al enfrentarse a los estresores (Ruiz, 1995). Melamed y Ridley-Johnson (1988) señalan que las autoafirmaciones positivas previenen la escala de respuestas de estrés que desemboca en pensamientos catastróficos.

El primer paso es analizar las exigencias de la situación y el repertorio del niño en cuanto al diálogo interno o autoverbalizaciones que emplea de forma espontánea, destacando la conveniencia de que el procedimiento sea flexible e individualizado. Posteriormente se explica con un lenguaje adaptado a su edad los motivos y el método de entrenamiento que se va a llevar a cabo. A partir de ese instante, apoyado en ejemplos clarificadores el terapeuta moldea autoverbalizaciones apropiadas.

A numerosos niños les resulta embarazoso repetir en voz alta las autoverbalizaciones que se le sugieren, por lo que se les debe permitir que generen sus propias instrucciones con su lenguaje. Por tanto, se le indica al niño que «piense en voz alta» en lugar de que «se hable a sí mismo en voz alta», para más tarde enseñarle a interiorizar las frases que inicialmente pronuncia en voz alta. De nuevo es aconsejable usar con los niños más pequeños el juego para aprender y practicar esta técnica.

**d) Reforzamiento positivo**, consiste en presentar estímulos positivos contingentemente a las respuestas adecuadas del niño y de sus padres, por ejemplo una señal de aprobación de la enfermera por la actitud firme y serena de la madre ante las protestas de su hijo (Jay et al., 1987; Jayetal., 1991) entregar a los niños un premio como «incentivo positivo». A los niños se les prometía que ganarían un premio si durante los procedimientos médicos dolorosos hacían lo mejor que pudiesen: como mantenerse tranquilo, recostado y respirar como se les había enseñado. Si el niño mostraba alguna dificultad para realizar cualquiera de estas tareas era ayudado por la enfermera o por el psicólogo. La situación estaba planificada de forma que finalmente todos los niños obtenían su incentivo. Kelly et al. (1984) emplearon con éxito el reforzamiento positivo para aumentar la conducta cooperativa de niños víctimas de quemaduras, durante la hidroterapia, o un tratamiento médico doloroso.

**e) Control de estímulos**, los programas de preparación pretenden disminuir la activación vegetativa excesiva, sustituir las cogniciones desadaptativas por otras apropiadas, eliminar respuestas motoras inadecuadas como las pataletas y desarrollar conductas de colaboración con el personal sanitario. Para conseguir estas metas no solo se utilizan técnicas de reducción de la ansiedad y técnicas cognitivas como las expuestas anteriormente, sino también

técnicas operantes de control de antecedentes, de práctica de conductas positivas y de control de contingencias.

Así, Cullen, Mesa, Martínez y Blanco (1990) acondicionaron la sala de despertar de la planta de cirugía con estímulos externos placenteros: acuarios, música relajante, plantas, juguetes diversos, etc., con el fin de que resultara agradable al niño, a sus padres y al personal sanitario.

- f) Ensayo de conducta**, el ensayo de conductas y de las habilidades aprendidas se suele efectuar en un marco lúdico, como el *juego de los médicos* (Jay, Elliot, Woody y Siegel, 1991).

Consiste en entregarle al niño material médico como mascarillas, jeringuillas, vendas, etc., para que lo manipule jugando con un muñeco; además el niño desempeña el rol de «entrenador» del muñeco en conductas de afrontamiento.

Este tipo de juegos es útil porque permite la ejecución de los comportamientos recientemente adquiridos y también porque desensibiliza al niño al ropaje, instrumental y procedimientos médicos a los que va a ser expuesto y posibilita la expresión de sus temores y necesidades.



## O. Estudios de Comparación de Tratamientos

La hospitalización infantil es un estresor que afecta al niño y a sus padres. Los investigadores se plantean, por tanto, las siguientes cuestiones:

¿Es suficiente proporcionar *información*, la estrategia generalmente utilizada por su sencillez y economía, para lograr una preparación adecuada?

¿Qué preparación a la hospitalización infantil es más eficiente: el aprendizaje directo (*entrenamientos en relajación, autoinstrucciones, etc.*), el aprendizaje vicario (*modelado filmado*), o una combinación de ambos (*programas mixtos*), para adquirir habilidades de afrontamiento?

¿Es preferible la *preparación psicológica* a la *farmacológica*?,

¿Cuál es el *papel de los padres* en la preparación a la Hospitalización infantil?

Varios estudios controlados intentan responder a estos interrogantes. Mendez , Ortigosa y Sira , citan a Peterson y Shigetomi quienes obtuvieron numerosas medidas de autoinforme, observación y registro psicofisiológico para valorar los siguientes programas, aplicados a 66 niños, de edades comprendidas entre dos años y medio y diez años y medio (14)

**A. Información:** los niños fueron invitados para que asistieran en Compañía de sus padres, aproximadamente cuatro días antes de la operación, a la «fiesta del helado del gran pájaro», en la

que el cirujano explicó con ayuda del muñeco «gran pájaro» una experiencia hospitalaria infantil típica.

**B. Información + Afrontamiento:** además de la información, a los niños de este programa se les entrenó en relajación muscular profunda, imaginación/distracción y autoverbalizaciones. Para realizar estos entrenamientos se usó el muñeco «gran pájaro». Se animó a los padres a participar en cada una de estas técnicas.

**C. Información + Modelado filmado:** junto a la información y tras una presentación verbal, los niños y sus padres vieron la película «*Ethan has an operation*», de Melamed y Siegel (1975), que muestra al protagonista, de siete años, superando la ansiedad que experimenta en quince situaciones representativas del proceso hospitalario, desde su ingreso hasta su alta.

**D. Información + Afrontamiento + Modelado filmado:** los niños recibieron la información del cirujano presentada con el muñeco «gran pájaro», luego fueron entrenados en las habilidades de afrontamiento mencionadas y finalmente vieron la película.

Los cuatro programas incluyeron también una visita al hospital que finalizaba con una fiesta en la que se ofrecía una merienda con helados y bizcochos.

Los autores resumen los resultados indicando que los niños del programa mixto (grupo 4) se mostraron más tranquilos y cooperativos durante la realización de procedimientos médicos

estresantes, que los que recibieron por separado afrontamiento (grupo 2) o modelado filmado (grupo 3). La comparación de estos dos últimos grupos reveló que el afrontamiento era superior al modelado filmado.

Un año más tarde los mismos autores realizaron un seguimiento a los niños de la muestra anterior que participaron en los programas de afrontamiento (grupos 2 y 4). Mediante entrevista telefónica a los padres conocieron los efectos a largo plazo de esta preparación a la cirugía y a la hospitalización. La mayoría de las madres informó que sus hijos recordaban espontáneamente de la hospitalización más aspectos positivos (helados, cama eléctrica, televisor en color), que negativos (inyecciones, dolor postquirúrgico). Por otro lado, el 30% generalizó las habilidades aprendidas en el hospital a otras situaciones estresantes.

En cambio, Zastowny, Kirschembaum y Meng (1986), citados también por Mendez , Ortigosa y Sira , prepararon a los padres y ampliaron la investigación de Peterson y Shigetomi, añadiendo una evaluación prehospitalaria, aumentando el tiempo de entrenamiento en habilidades de afrontamiento para permitir la práctica de las conductas aprendidas, y facilitando una detallada explicación conceptual de la intervención. Los grupos que compararon en este estudio fueron:

**A. Información:** se instruyó a los padres para que dedicaran más tiempo a su hijo durante la semana anterior a la hospitalización, como mínimo una hora, sugiriéndoles la realización conjunta de

actividades placenteras, por ejemplo, jugar, pasear por el parque, etc. Además, se les entregó un folleto que destacaba el valor de las actividades agradables como facilitadoras de respuestas positivas del niño al estrés.

**B. Reducción de ansiedad:** se proyectó a los padres una videocinta educativa sobre la conceptualización del estrés de acuerdo con la. Posteriormente recibieron una explicación de quince minutos y un folleto con sugerencias para disminuir su malestar mediante autoobservación en situaciones de estrés, relajación, minimización de los eventos estresantes y actividades como ejercicio o conversación con los amigos sobre manejo del estrés. Se resaltó la importancia de comprender y reducir su malestar como estrategia apropiada para ayudar al niño durante la hospitalización. Finalmente, se les recomendó que practicasen las actividades indicadas y que compartiesen su tiempo con su hijo transmitiéndole sus sentimientos de tranquilidad y seguridad ante la hospitalización, al menos una hora en la semana previa al ingreso.

**C. Habilidades de afrontamiento:** se les describió a los padres a través de filmaciones de vídeo, el manejo del estrés de y el uso de habilidades de afrontamiento. Vieron una videocinta en la que un padre y un niño practicaban respuestas de afrontamiento en situaciones de estrés hospitalario seleccionadas, como análisis de sangre o la toma de la medicación antes de la operación. Por

último, se les entregó a los padres un libro titulado «Buenos pensamientos: Una historia de hospital», para que rellenaran junto con el hijo los espacios en blanco con las autoinstrucciones aprendidas. Se debían llevar a cabo estas tareas para casa al menos tres veces (una hora) en los siete días anteriores a la hospitalización. Se resaltó el papel de los padres como «entrenadores de afrontamiento».

## **P. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

- A. Salud.-** Sin duda alguna en el transcurso del tiempo el concepto de salud ha cambiado, Hasta hace poco tiempo atrás la salud se consideraba en como “ausencia de enfermedad”, es decir, la persona que no estuviese presentando una afección de salud se encontraba sana; sin embargo, en 1967 este concepto presenta una modificación trascendental al ser definida por la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (1)
- B. Enfermedad.-** La enfermedad puede ser definida como la ausencia de ese bienestar. Esta ausencia de bienestar puede acontecer en cualquier momento del ciclo vital: la infancia, la adolescencia, la edad adulta o la vejez. Cada momento del ciclo vital tiene sus peculiaridades. El abordaje de la enfermedad requiere no solo del conocimiento de estas peculiaridades sino

también de la puesta en práctica de acciones diseñadas para cada etapa del ciclo vital. Es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas (del griego nósos: «enfermedad», «afección de la salud»). (1).

**C. Hospital.-** Del latín *hospitalis*, un hospital es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud. En estos recintos, por lo tanto se diagnostican enfermedades, y se realizan diversos tipos de tratamientos para restablecer la salud de los pacientes.(15)

**D. Hospitalización.-** La Hospitalización genera en el paciente/familia diversos problemas por desconocimiento del medio hospitalario, separación con su entorno habitual, preocupación por su proceso de enfermedad y por los cambios laborales, sociales y familiares que puede desencadenar su situación. Por todo ello es preciso ofrecer una atención integral desde el momento del ingreso con el objeto de facilitar su adaptación. Fomentar su participación y garantizar su comodidad y seguridad. (15)

**E. Adaptación.-** La palabra Adaptar proviene del latín ADAPTARE, término compuesto por dos voces: AD que significa A y APTARE que significa ACOMODAR, AJUSTAR UNA COSA A OTRA. De acuerdo con esta etimología, el Diccionario de la Lengua conceptúa el término ADAPTAR como el acto de “acomodarse, avenirse a circunstancias, condiciones, etc.” En base a esta etimología, se han formulado algunos conceptos acerca del proceso de adaptación, de acuerdo con el campo dentro del cual se lo trate; por convenir al interés del presente trabajo lo tomaremos este significado en dos sentidos: biológico y social; el primero en consideración de que el paciente es un ser vivo cuya existencia se relaciona en todo sentido con su entorno; y, el segundo, en consideración de que el paciente es un ser social, cuya existencia y desenvolvimiento lo cumple en contacto con sus semejantes.

Desde el punto de vista biológico, la adaptación se define como: “Proceso biológico que sufre todo organismo viviente al acomodarse a las condiciones en los cuales existe”.

Desde el punto de vista social, la adaptación se la considera como “Proceso individual de internalización de modelos, valores y símbolos del medio social propio a fin de participar en el tipo de conducta y en los objetivos de dicho medio”

(1)

**F. Estrategias psicosociales.-** Es el proceso de facilitar la adaptación dentro de los individuos, familias y comunidades, permitiendo su restablecimiento del impacto de una crisis y brindar asistencia para que las personas puedan tratar con eventos similares en el futuro. Mediante el respeto de la independencia, dignidad humana y la capacidad de sobrellevar del individuo, el apoyo psicosocial promueve la reconstrucción comunitaria y la cohesión social. Ayuda a la recuperación de las personas después de una crisis.-Fortalece los vínculos sociales de las comunidades afectadas, mediante el bienestar psicosocial. Se basa en que si las personas son promovidas a cuidar de sí mismas y de los otros, la confianza individual y colectiva, los recursos con los que cuentan mejoran.(16)



## CAPITULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1. **Ámbito de estudio**

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Salud del Niño específicamente en el Servicio de Neumología. Es un centro hospitalario especializado y de complejidad que brindan atención a niños y adolescentes derivados de otros hospitales nacionales y regionales del país.

#### 2.2. **Población**

La población estuvo constituida por todos los pacientes niños(as) y adolescentes hospitalizados en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño en Lima Perú.

Para la obtención del grupo muestra se designó un número a cada paciente que ingresó al servicio de neumología del instituto Nacional de Salud del niño, y se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia; formaron parte del **grupo de intervención** todos números impares del total de los pacientes que ingresaron al Servicio de Neumología del Instituto Nacional del Niño en los meses octubre a diciembre del 2013, mientras que los números pares del total de los pacientes que ingresaron al servicio de neumología del Instituto nacional del Niño en los meses octubre a diciembre del 2013 formaron parte del **grupo control**.

## **A. Características de la Población**

### **a) Criterios de Inclusión**

Pacientes niños(as) y adolescentes de ambos sexos, Hospitalizados en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

### **b) Criterio de Exclusión**

Pacientes que hospitalizados críticos, con ventilación mecánica.

### **c) Ubicación en el espacio**

El estudio fue realizado en el Servicio de Neumología el Instituto Nacional de Salud del Niño.

### **d) Ubicación en el tiempo**

La duración del estudio fue entre los meses de Octubre a diciembre del 2013.

### **e) Muestra y muestreo**

- Unidad de Análisis

Niños(as) y adolescentes

- Unidad de Muestreo

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- Marco Muestral

Se contó con los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

### 2.3. Muestra

La muestra que se utilizó en la presente investigación, fue el resultado de la fórmula proporcionada por la Asociación Interamericana de Desarrollo (AID), a través del Programa de Asistencia Técnica (Hernández y Col, 2010):

$$n = \frac{(p.q.) * Z^2 * N}{(E)^2 (N - 1) + (p * q)Z^2}$$

Donde:

N = El total del universo (población)

n = Tamaño de la muestra

p y q = probabilidad de la población que presenta una variable de estar o no incluida en la muestra, cuando no se conoce esta probabilidad por estudios se asume que p y 1 tienen el valor de 0.5 cada uno.

Z = Las unidades de desviación estándar que en la curva normal definen una probabilidad de error Tipo 1=0.10, esto equivale a un intervalo de confianza del 90%. En la estimación de la muestra el valor de Z=1.96

E = Error estándar de la estimación que debe ser 0.09 o menos.

Conocida la fórmula, procedemos a determinar el tamaño de la muestra en un universo de 148 pacientes, donde aplicaremos nuestro instrumento preparado.

$$n = \frac{(0.5 * 0.5) * (1.96)^2 * 148}{(0.09)^2 (148 - 1) + (0.5 * 0.5) (1.96)^2}$$

$$R = 38$$

Muestra: 38 pacientes (para cada instrumento: 38 padres y 38 pacientes)

#### 2.4. Tipo y Diseño de la investigación

La investigación fue **aplicada** porque se conoció una situación o realidad problemática para posteriormente llegar a una conclusión y proponer alternativas de solución

El estudio fue del tipo descriptivo y correlacional - Descriptiva porque analizamos la información teórica y estudios realizados precedentes a nuestra investigación que nos servirán como referentes para nuestro estudio, asimismo es correlacional porque se establecerá la relación existente entre dos variables.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos será retrospectivo porque los datos serán recolectados de la información de datos ya pasados. Según el periodo de tiempo el presente estudio es Transversal porque se va hacer un corte en el periodo de tiempo para poder estudiarlo.

## 2.5. Metodología Utilizada

Para el presente estudio se utilizará el método Inductivo-Deductivo, con propósito de establecer conclusiones.

En el Método Inductivo, se admite que cada conjunto de hechos de la misma naturaleza está regido por una Ley Universal. El objetivo científico es enunciar esa Ley Universal partiendo de la observación de los hechos.

- A. Debe llevarse a cabo una etapa de observación y registro de los hechos.
- B. A continuación se procedió al análisis de lo observado, estableciéndose como consecuencia definiciones claras de cada uno de los conceptos analizados.
- C. Con posterioridad, se realizó la clasificación de los elementos anteriores.
- D. La última etapa de este método está dedicada a la formulación de proposiciones científicas o enunciados universales, inferidos del proceso de investigación que se ha llevado a cabo.

El Método Deductivo trata de un procedimiento que consiste en desarrollar una teoría empezando por formular sus puntos de partida o hipótesis básicas y deduciendo luego sus consecuencias con la ayuda de las subyacentes teorías formales.

La actuación seguida por el investigador sería la siguiente:

- A. Planteamiento del conjunto axiomático de partida. El criterio que

debe seguirse en esta etapa debe ser el de la sencillez. Los supuestos deben incorporar sólo las características más importantes de los fenómenos, debiendo ser eliminadas las irrelevantes. Debe existir coherencia entre los postulados, sin que haya contradicción entre unos y otros.

- B. Proceso de deducción lógica, partiendo siempre de los postulados iniciales, es decir de la etapa anterior.
- C. Enunciado de leyes de carácter general, a los que se llegará partiendo del conjunto axiomático y a través del proceso de deducción.

Del procedimiento lógico se infiere que las explicaciones y predicciones siguen las mismas reglas de deducción, la única diferencia está en que la explicación se produce una vez que ha ocurrido el suceso, mientras que la predicción tiene un carácter apriorístico.

## **2.6. Técnicas e instrumentos utilizados.**

Para la recolección se aplicaron dos instrumentos para medir la ansiedad de los niños que conformaron la muestra, lo que a su vez nos permitirá medir el nivel de adaptación del niño ante la hospitalización.

Para los **niños mayores de 6 años** que conformaron la muestra se aplicó el **instrumento STAIC de SPIELBERGER** (2001)

como **pre-test**, lo que, ayudó a valorar el problema psicosocial del niño, niña y adolescente antes de la aplicación de la estrategia.

Luego se realizó una **evaluación post** aplicación para medir la efectividad de la estrategia utilizada, este instrumento consta de una **escala tipo Likert**, la cual se compone de 10 reactivos positivos y 10 reactivos negativos con opciones de respuesta : nada, algo y mucho. Para los 10 primeros reactivos, “nada” tiene un valor de 1, “algo” tiene un valor de 2 y “mucho” tiene un valor de 3, los valores de los reactivos negativos son inversamente proporcionales. El puntaje mínimo alcanzado será menor a 20 que representa poca ansiedad y el máximo será de 60, lo que representa mucha ansiedad, entre mayor puntaje, mayor ansiedad existirá. Estos instrumentos nos permitirán medir el nivel de adaptación del niño durante la hospitalización.

Es inminente además, que los pacientes seleccionados en la muestra en estudio sean informados por escrito en este caso se solicitó la autorización de los padres, y lograr los objetivos del proyecto de investigación, una vez leído el documento firmaron y finalmente se les entregó una copia.

## **2.7. Procedimiento**

Se considera las siguientes fases:

En relación al procesamiento de recolección de datos, se realizó por medio de programa **SPSS 21**, y para validar los resultados se

aplicara la prueba estadística de T Student .Así mismo se dará a conocer el Cronograma de actividades desde la recolección de datos hasta el procesamiento de la información.

Para el procesamiento y presentación de los datos se considerará las siguientes fases:

- A. Revisión de los Datos, se examinara en forma crítica cada uno de los instrumentos utilizados (control de calidad), a fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- B. Codificación de los Datos, se transformara los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en el instrumento, según el dominio de la variable.
- C. Clasificación de los Datos, se realizará en base a la codificación, escala de medición e indicadores-valoración de cada variable identificada en el estudio.
- D. Recuento de Datos, de acuerdo al método se utilizará, para conseguir el plan de tabulación, se hará uso de la computadora personal, también de las matrices de tabulación o cuadros estadísticos de doble entrada.
- E. Datos, sobre la base del plan de tabulación, se presentarán los datos en cuadros de doble entrada y gráficos necesarios.



## **2.8. Análisis e Interpretación de Datos**

Una vez que obtenidos los datos se procedió a la introducción y procesamiento de los mismos en el paquete estadístico SPSS versión 21, donde se realizó el análisis estadístico descriptivo.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **1. Resultados del trabajo de campo**

El instrumento (encuesta) fue aplicado a los padres de familia y a los pacientes niños(as) y adolescentes de ambos sexos mayores de 6 años, Hospitalizados en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

La elección fue en forma aleatoria y al azar, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y facilidades técnicas en las que se pudo aplicar el instrumento, previa coordinación con los jefes de áreas.

A continuación, presentamos los resultados del instrumento aplicado:

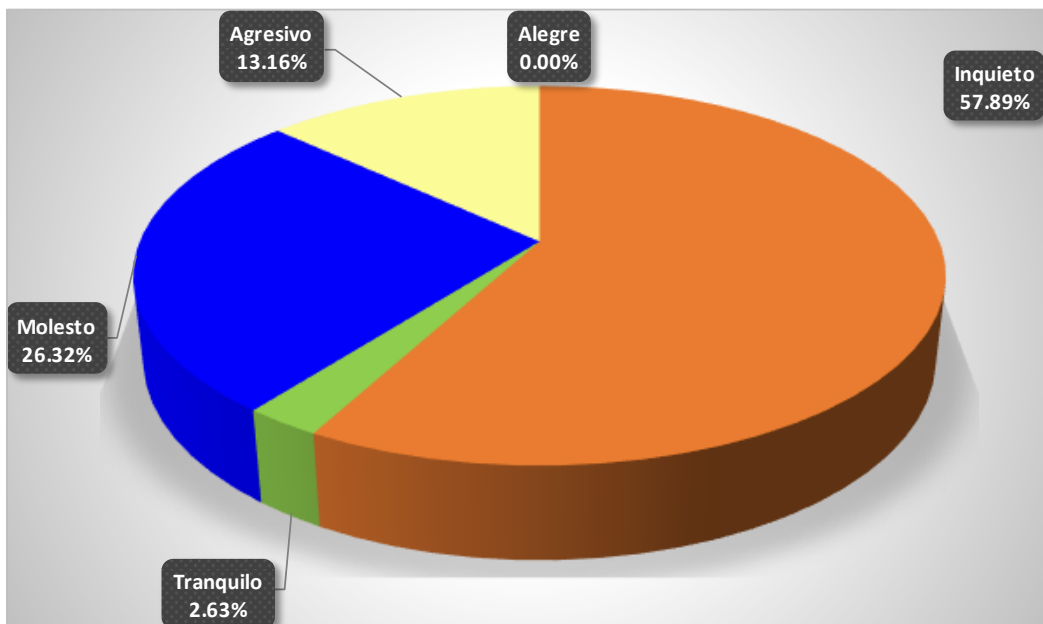
## RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A PADRES-LIKERT

Tabla N° 1

Estado de ánimo de su hijo

TABLA DE FRECUENCIAS

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Alegre	0	0.00%
Inquieto	22	57.89%
Tranquilo	1	2.63%
Molesto	10	26.32%
Agresivo	5	13.16%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### INTERPRETACIÓN

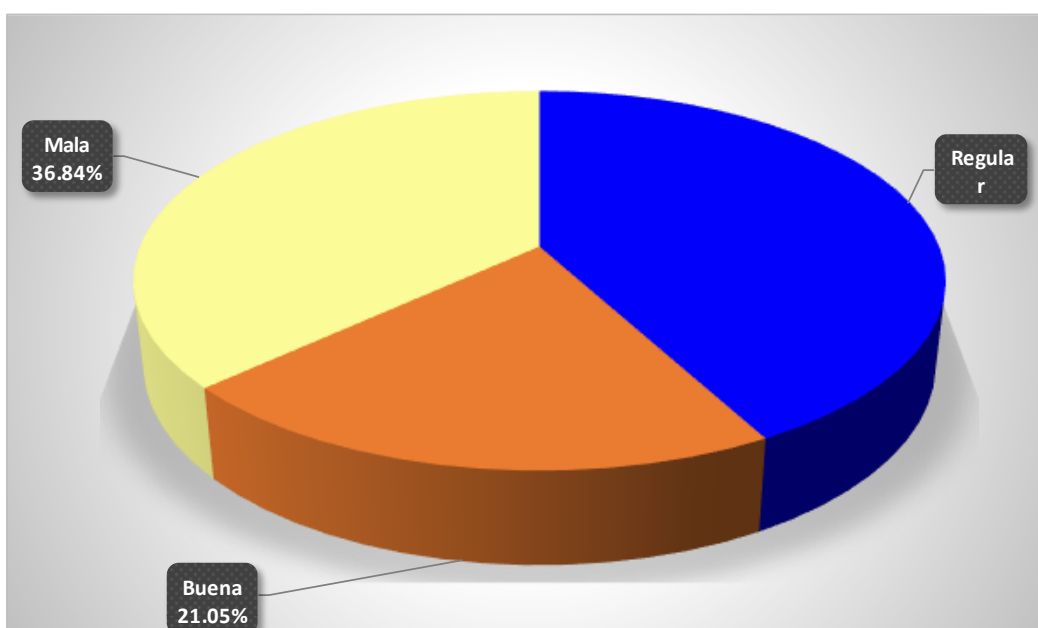
En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 57.89% respondió que en cuanto al estado de ánimo su hijo está inquieto, el 2.63% indicó que está tranquilo, el 26.32% manifestó que su hijo está molesto y el 13.13% refirió que su hijo se muestra agresivo.

**Tabla N° 2**

**Relación entre usted y su niño(a) en su casa**

**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Regular	16	42.11%
Buena	8	21.05%
Mala	14	36.84%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 42.11% respondió que la relación en casa entre el papá y el hijo es regular, el 21.05% indicó que esa relación es buena y el 36.84% refirió que dicha relación es mala.

**Tabla N° 3**

**Su niño duerme bien últimamente**  
**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Siempre	0	0.00%
Casi siempre	22	57.89%
Algunas veces	10	26.32%
Nunca	6	15.79%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

**INTERPRETACIÓN**

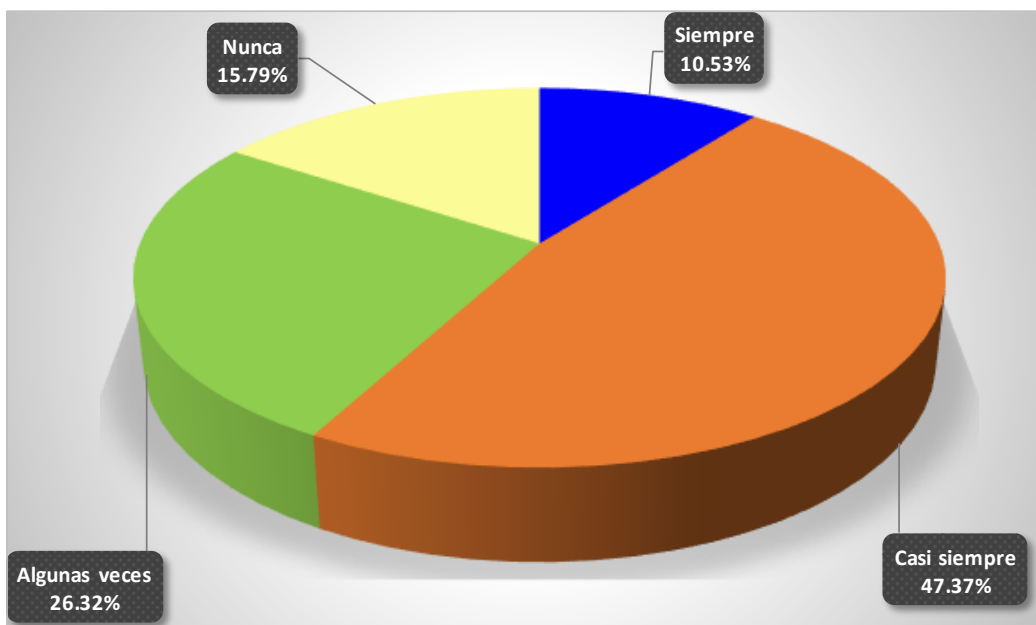
En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 57.89% respondió que su niño casi siempre duerme bien últimamente, el 26.32% indicó que algunas veces duerme bien y el 15.7% refirió que nunca duerme bien.

**Tabla N° 4**

**Su niño(a) ha estado irritable durante su hospitalización**

**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Siempre	4	10.53%
Casi siempre	18	47.37%
Algunas veces	10	26.32%
Nunca	6	15.79%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

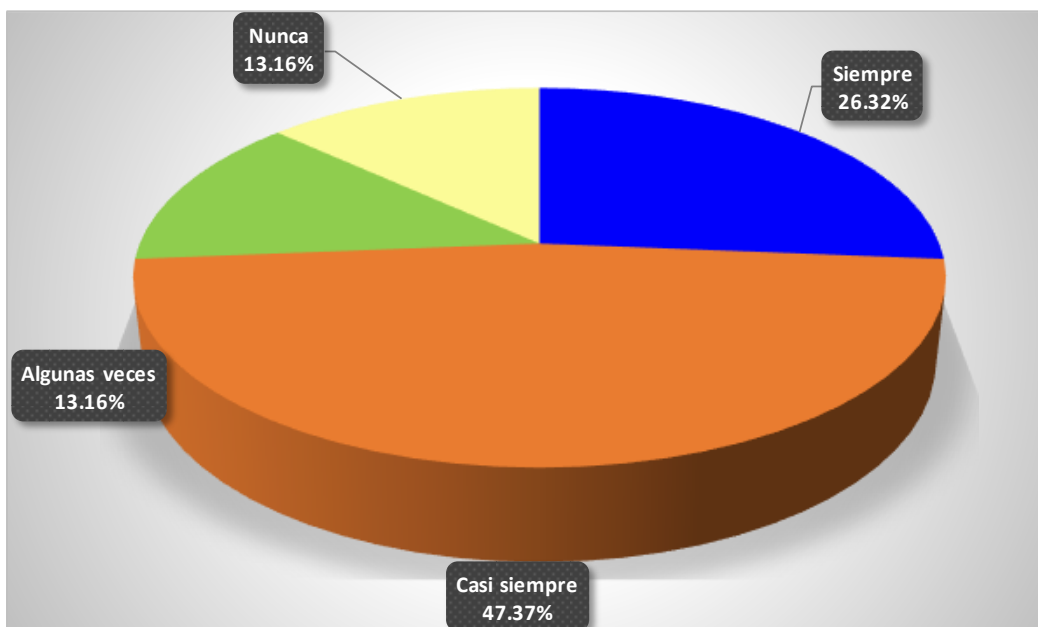
En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 10.53% respondió que su hijo siempre ha estado irritable durante su hospitalización, el 47.37% indicó que casi siempre estaba irritable, el 26.32% manifestó que algunas veces estaba irritable y el 15.79% refirió que nunca estuvo irritable.

**Tabla N° 5**

**Su niño está triste desde su hospitalización**

**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Siempre	10	26.32%
Casi siempre	18	47.37%
Algunas veces	5	13.16%
Nunca	5	13.16%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

**INTERPRETACIÓN**

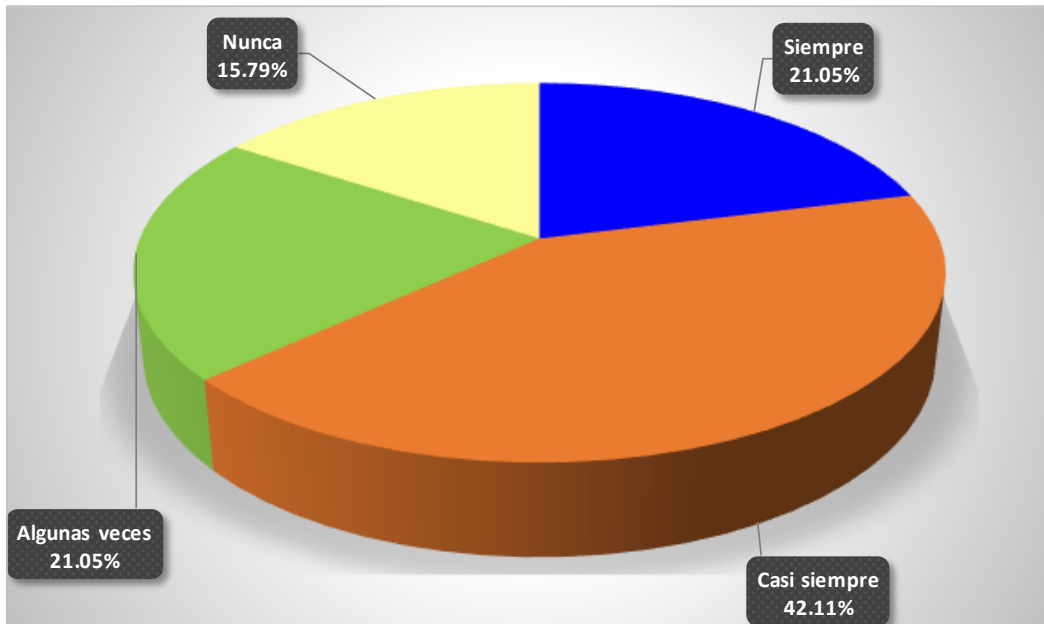
En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 26.32% respondió que su niño siempre estaba triste durante su hospitalización, el 47.37% indicó que casi siempre se muestra triste, el 13.16% manifestó que algunas veces se muestra triste el 13.16% refirió que su hijo nunca estuvo triste.

**Tabla N° 6**

**El niño llora cuando el personal realiza algún procedimiento**

**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Siempre	8	21.05%
Casi siempre	16	42.11%
Algunas veces	8	21.05%
Nunca	6	15.79%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 21.05% respondió que el niño siempre llora cuando el personal realiza algún procedimiento, el 42.11% indicó que casi siempre llora, el 21.05% manifestó que algunas veces lo hace y el 15.79% refirió que su niño nunca llora cuando el personal de salud realiza algún procedimiento.

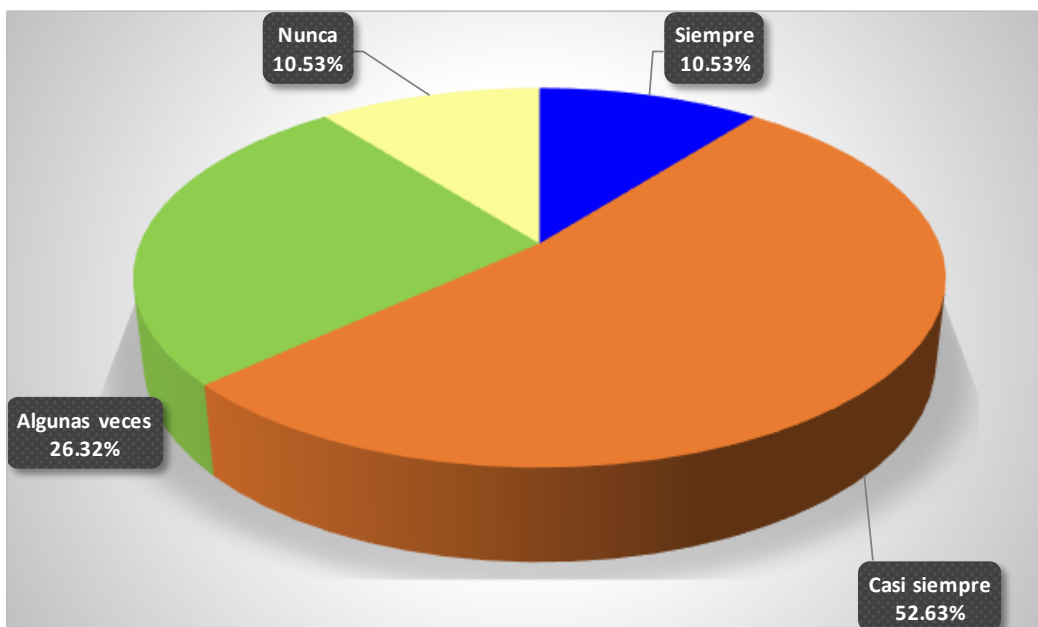


**Tabla N° 7**

**El niño se queja**

**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Siempre	4	10.53%
Casi siempre	20	52.63%
Algunas veces	10	26.32%
Nunca	4	10.53%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

**INTERPRETACIÓN**

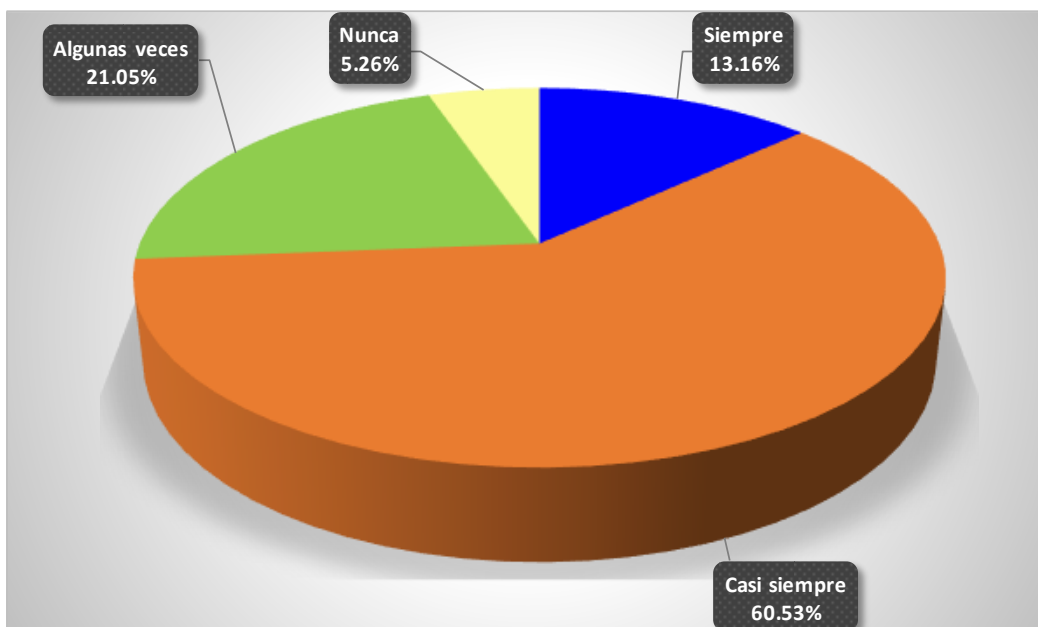
En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 10.53% respondió que su niño siempre se queja, el 52.63% indicó que casi siempre se queja, el 26.32% manifestó que algunas veces se queja y el 10.53% refirió que su niño nunca se queja su niño.

**Tabla N° 8**

**Refiere que quiere ir a su casa, (si es menor de 2 años) se abraza de usted y no quiere que lo deje**

**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Siempre	5	13.16%
Casi siempre	23	60.53%
Algunas veces	8	21.05%
Nunca	2	5.26%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

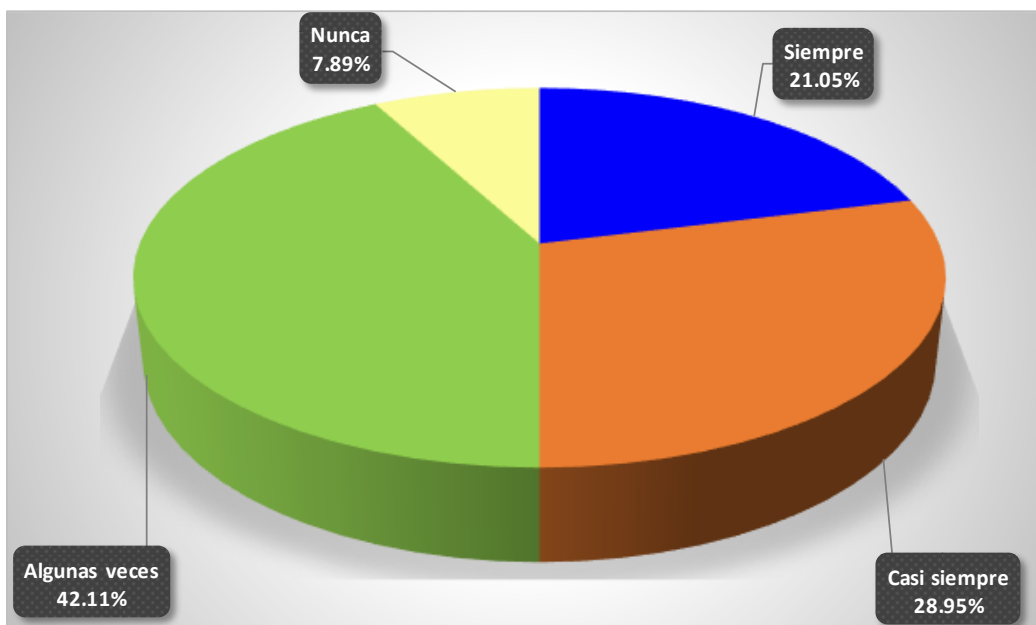
En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 13.16% respondió que su niño siempre quiere ir a su casa ,se abraza y no quiere que lo deje, el 60.53% indicó casi siempre lo hace, el 21.05% manifestó que algunas veces lo hace y el 5.26% refirió que nunca lo hace.

**Tabla N° 9**

**Su niño(a) ingiere sus alimentos con apetito**

**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Siempre	8	21.05%
Casi siempre	11	28.95%
Algunas veces	16	42.11%
Nunca	3	7.89%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

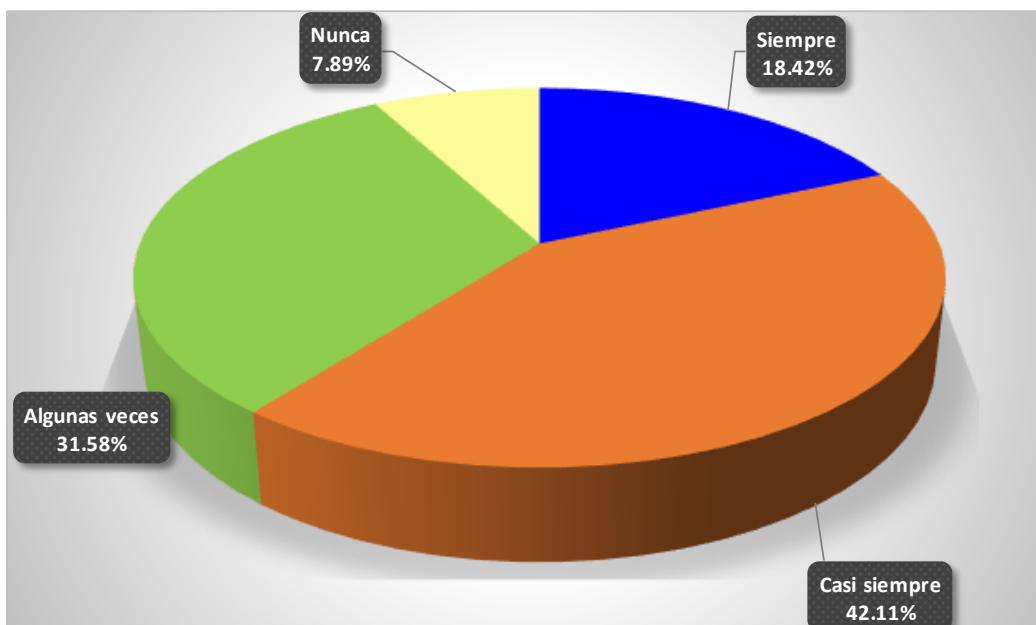
En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 21.05% respondió que el niño siempre ingiere sus alimentos con apetito, el 28.95% indicó que casi siempre lo hace, el 42.11% manifestó que algunas veces come con apetito y el 7.89% refirió que nunca come sus alimentos con apetito.

**Tabla N° 10**

**Su niño(a) se muestra agresivo**

**TABLA DE FRECUENCIAS**

Alternativas	Encuestados	Porcentaje
Siempre	7	18.42%
Casi siempre	16	42.11%
Algunas veces	12	31.58%
Nunca	3	7.89%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres de Familia de Niños Hospitalizados en el Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

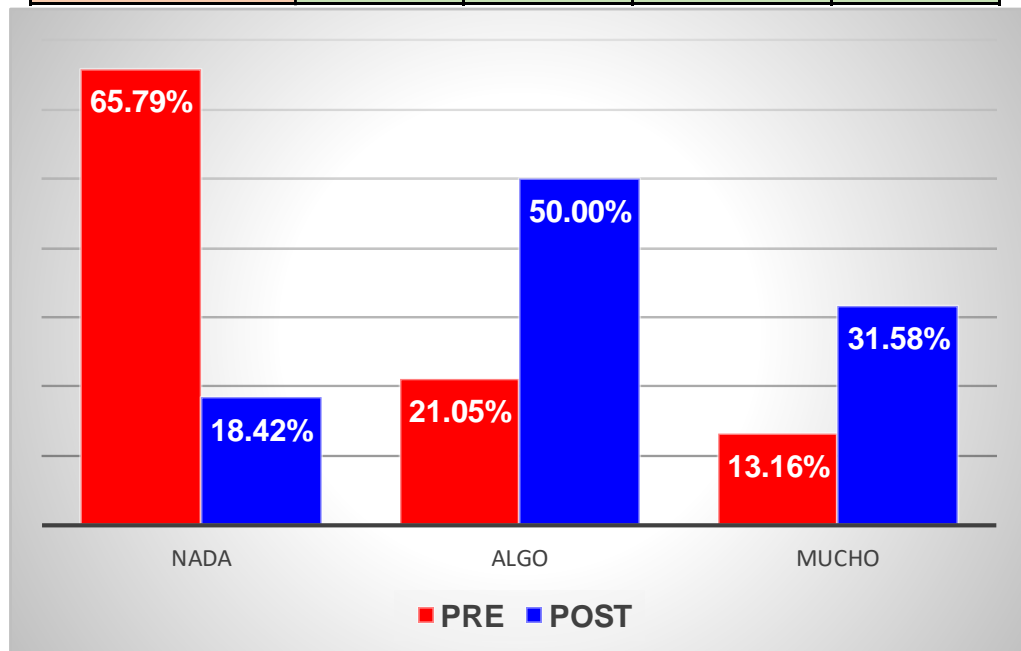
### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 18.42% respondió que su niño siempre se muestra agresivo, el 42.11% indicó que casi siempre es agresivo, el 31.58% manifestó que algunas veces está agresivo y el 7.89% refirió que nunca es agresivo el niño.

## RESULTADOS DEL TEST STAIC DE SPIELBERGER

**Tabla 11: Me siento calmado**

Evaluación	PRE	POST	PRE	POST
Respuestas	Cantidades		Porcentaje	
Nada	25	7	65.79%	18.42%
Algo	8	19	21.05%	50.00%
Mucho	5	12	13.16%	31.58%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



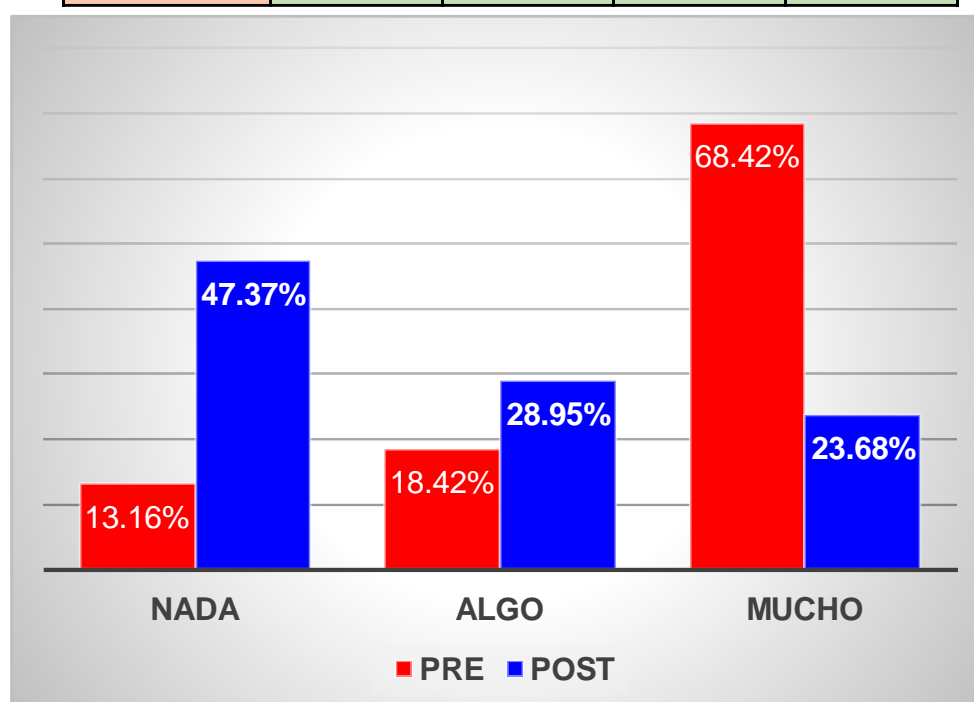
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían calmados solo en un 13.16% y luego de la aplicación de estrategias psicosociales la situación mejoró a 31.58%.

**Tabla 12: Me siento inquieto**

<b>Evaluación</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
<b>Respuestas</b>	<b>Cantidades</b>		<b>Porcentaje</b>	
Nada	5	18	13.16%	47.37%
Algo	7	11	18.42%	28.95%
Mucho	26	9	68.42%	23.68%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



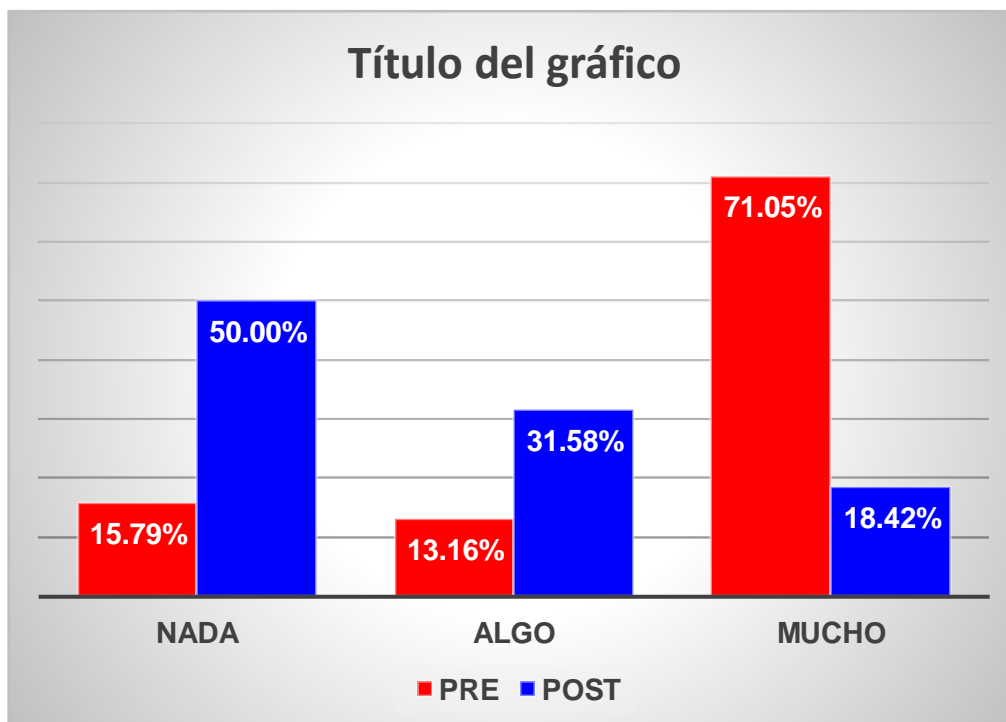
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían muy inquietos con un 68.42% y luego de la aplicación de dichas estrategias la sensación de inquietud bajo a un 23.68%.

**Tabla 13: Me siento nervioso**

<b>Evaluación</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
<b>Respuestas</b>	<b>Cantidades</b>		<b>Porcentaje</b>	
Nada	6	19	15.79%	50.00%
Algo	5	12	13.16%	31.58%
Mucho	27	7	71.05%	18.42%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



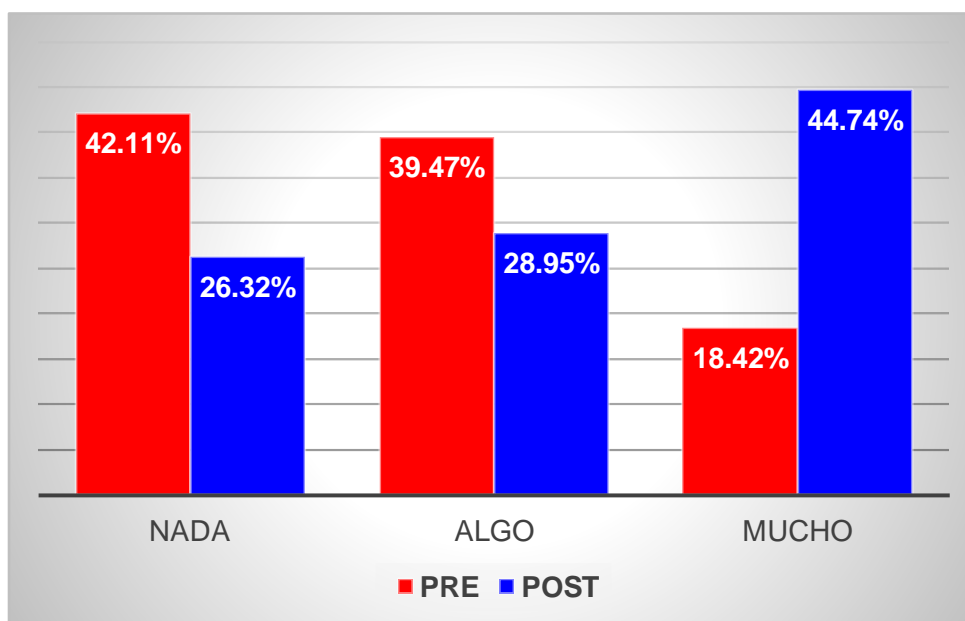
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían nerviosos en un 71.05% y luego de aplicar las estrategias esto se manifestó solo en un 18.42%.

**Tabla 14: Me encuentro descansado**

<b>Evaluación</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
<b>Respuestas</b>	<b>Cantidades</b>		<b>Porcentaje</b>	
Nada	16	10	42.11%	26.32%
Algo	15	11	39.47%	28.95%
Mucho	7	17	18.42%	44.74%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

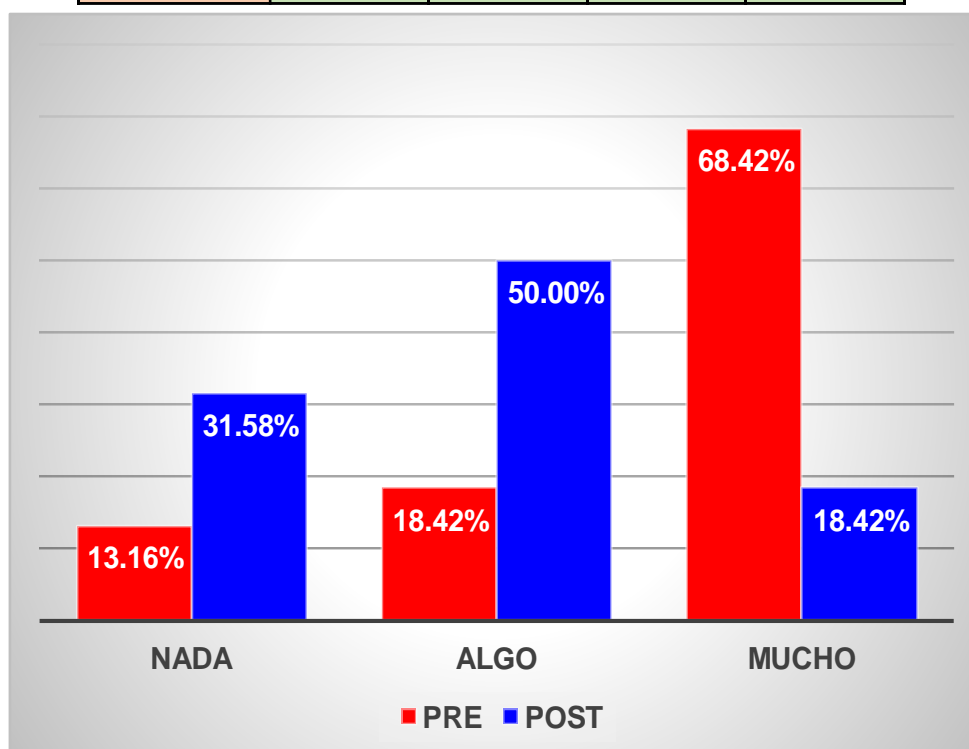
### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían descansados sólo un 18.42% y luego de aplicar las estrategias esto mejoró en un 44.74%.



**Tabla 15: Tengo miedo**

Evaluación	PRE	POST	PRE	POST
Respuestas	Cantidades		Porcentaje	
Nada	5	12	13.16%	31.58%
Algo	7	19	18.42%	50.00%
Mucho	26	7	68.42%	18.42%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



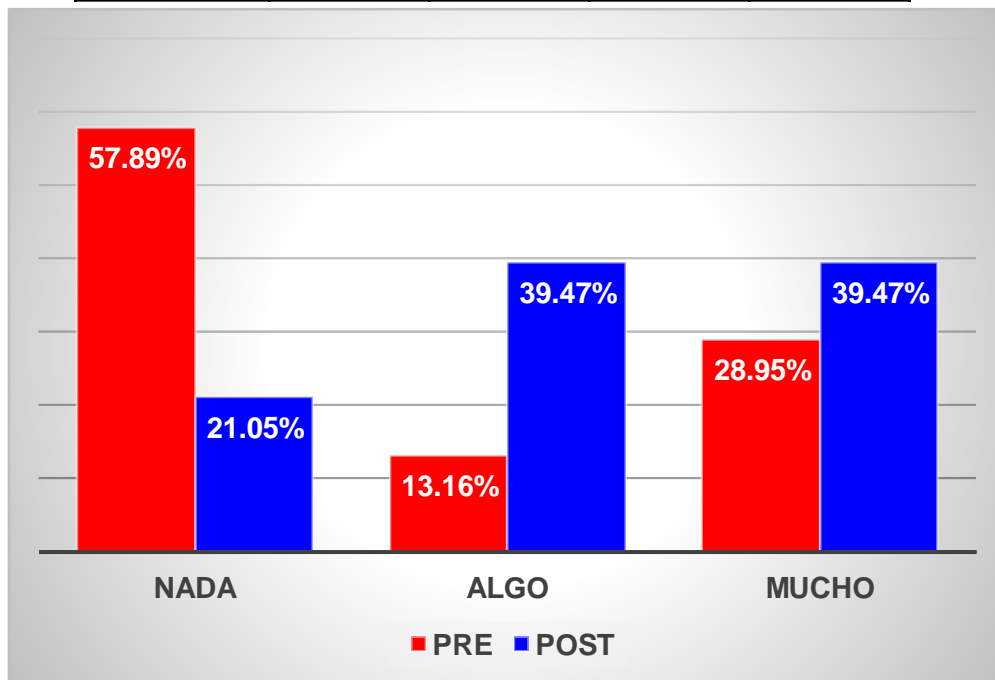
Fuente: Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes tenían miedo en un 68.42% y luego de la aplicación de las referidas estrategias esto se redujo a un 18.42%.

**Tabla 16: Estoy relajado**

Evaluación	PRE	POST	PRE	POST
Respuestas	Cantidades		Porcentaje	
Nada	22	8	57.89%	21.05%
Algo	5	15	13.16%	39.47%
Mucho	11	15	28.95%	39.47%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



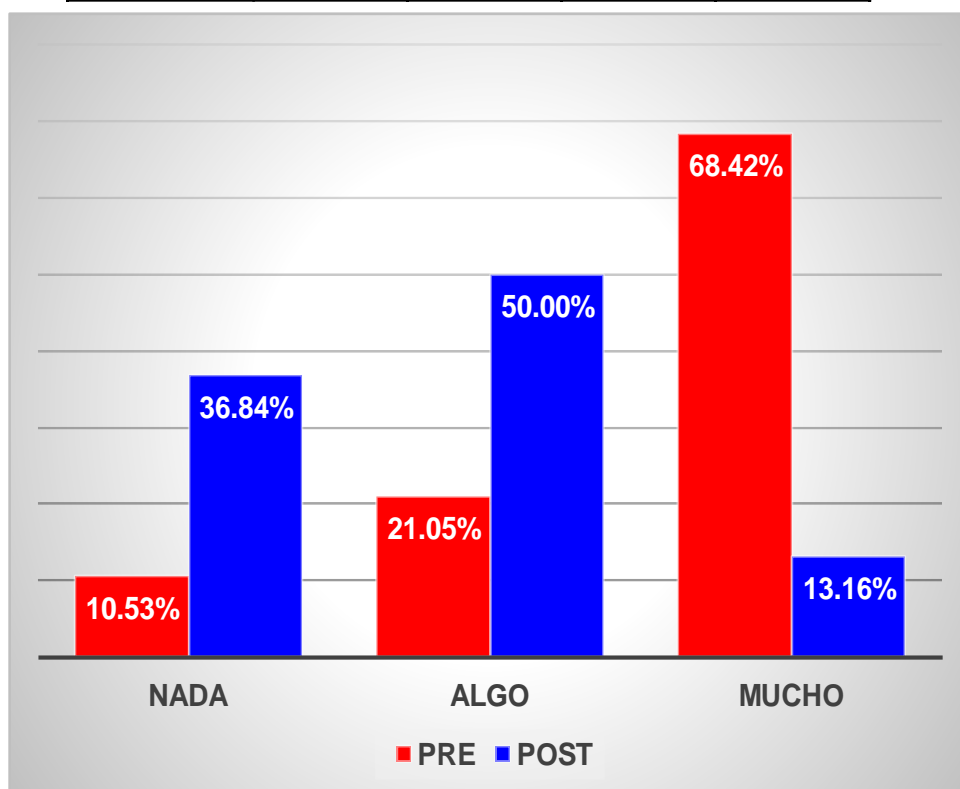
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes estaban relajados solo el 28.95% y luego de la aplicación de las referidas estrategias representaban el 39.47%.

**Tabla 17: Estoy preocupado**

Evaluación	PRE	POST	PRE	POST
Respuestas	Cantidades		Porcentaje	
Nada	4	14	10.53%	36.84%
Algo	8	19	21.05%	50.00%
Mucho	26	5	68.42%	13.16%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



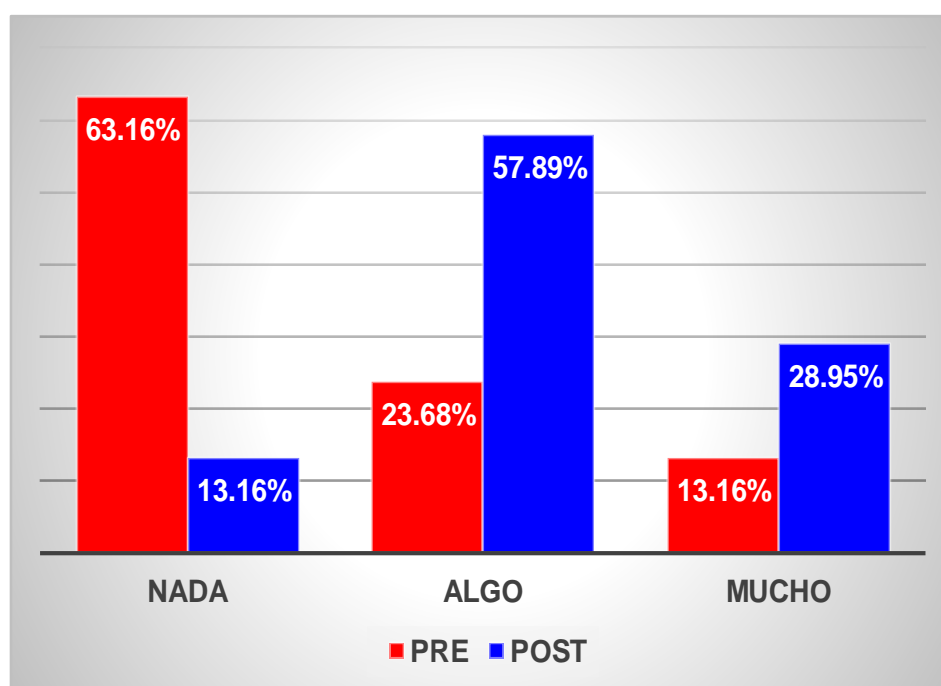
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes estaban preocupados en un 68.42% y luego de la aplicación de las referidas estrategias esto se redujo a sólo un 13.16%.

**Tabla 18: Me encuentro satisfecho**

Evaluación	PRE	POST	PRE	POST
Respuestas	Cantidades		Porcentaje	
Nada	24	5	63.16%	13.16%
Algo	9	22	23.68%	57.89%
Mucho	5	11	13.16%	28.95%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



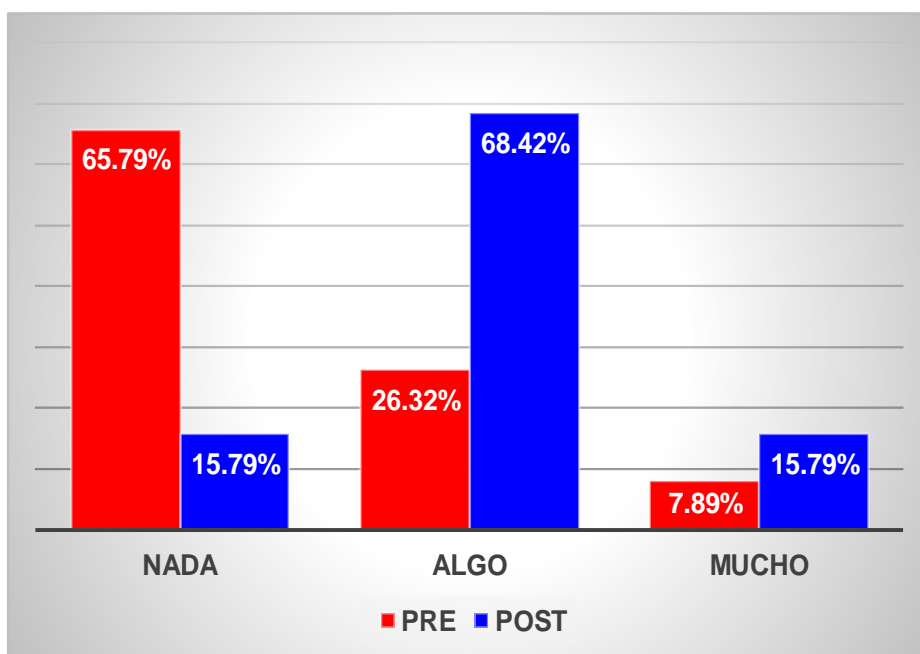
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se encontraban satisfechos un 13.16% y luego de la aplicación de las referidas estrategias esto mejoró generando un 28.95% de pacientes satisfechos.

**Tabla 19: Me siento feliz**

Evaluación	PRE	POST	PRE	POST
Respuestas	Cantidades		Porcentaje	
Nada	25	6	65.79%	15.79%
Algo	10	26	26.32%	68.42%
Mucho	3	6	7.89%	15.79%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



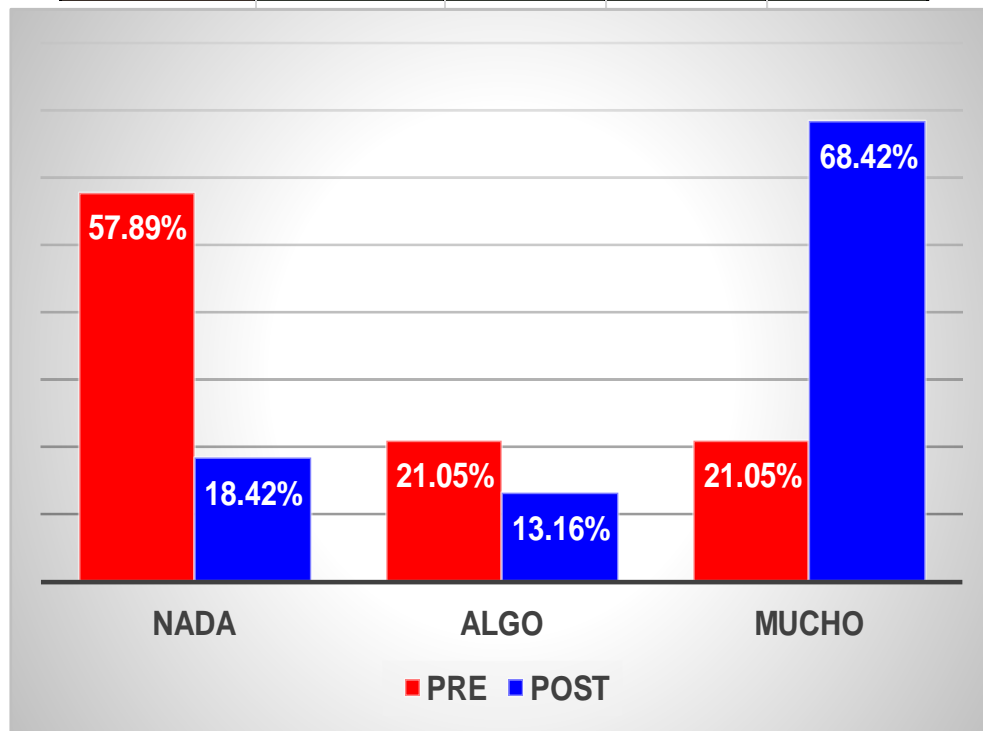
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían felices en el 7.89% y luego de la aplicación de las referidas estrategias pasaron a ser el 15.79%.

**Tabla 20: Me siento seguro**

<b>Evaluación</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
<b>Respuestas</b>	<b>Cantidades</b>		<b>Porcentaje</b>	
Nada	22	7	57.89%	18.42%
Algo	8	5	21.05%	13.16%
Mucho	8	26	21.05%	68.42%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



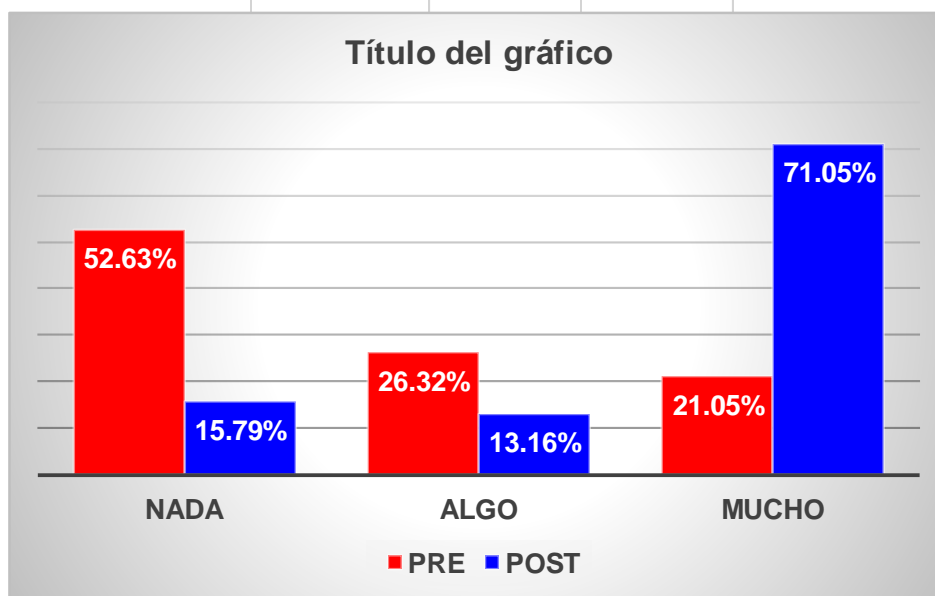
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, el 21.05% de los pacientes se sentía seguros y luego de la aplicación de las referidas estrategias esto mejoró totalizando un 68.42%.

**Tabla 21: Me encuentro bien**

Evaluación	PRE	POST	PRE	POST
Respuestas	Cantidades		Porcentaje	
Nada	20	6	52.63%	15.79%
Algo	10	5	26.32%	13.16%
Mucho	8	27	21.05%	71.05%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



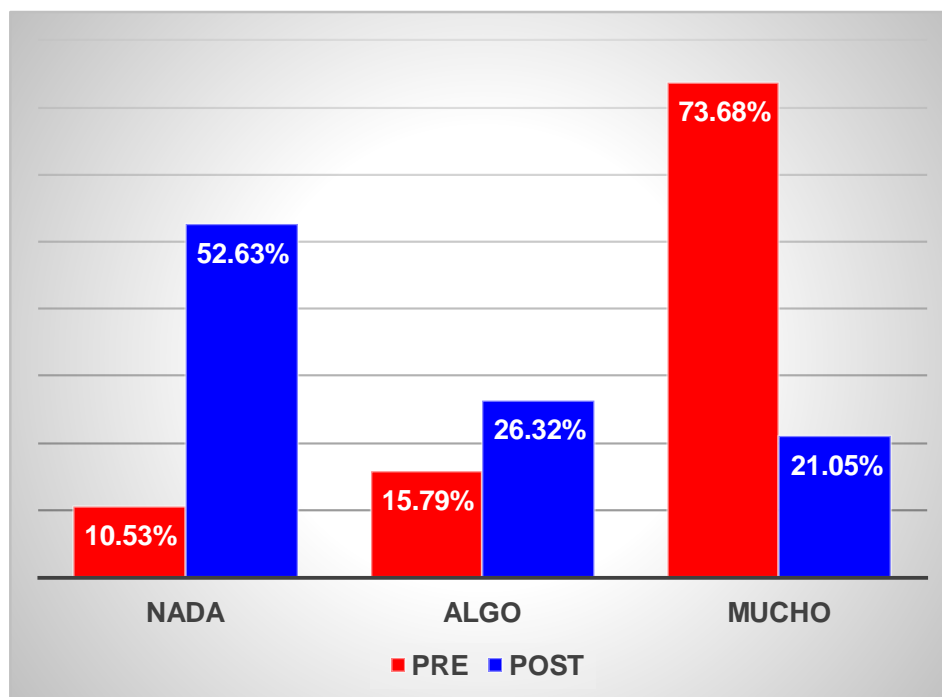
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se encontraban bien solo el 21.05% y luego de la aplicación de las referidas estrategias esto mejoró alcanzando el 71.05%.

**Tabla 22: Me siento molesto**

Evaluación	PRE	POST	PRE	POST
Respuestas	Cantidades		Porcentaje	
Nada	4	20	10.53%	52.63%
Algo	6	10	15.79%	26.32%
Mucho	28	8	73.68%	21.05%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

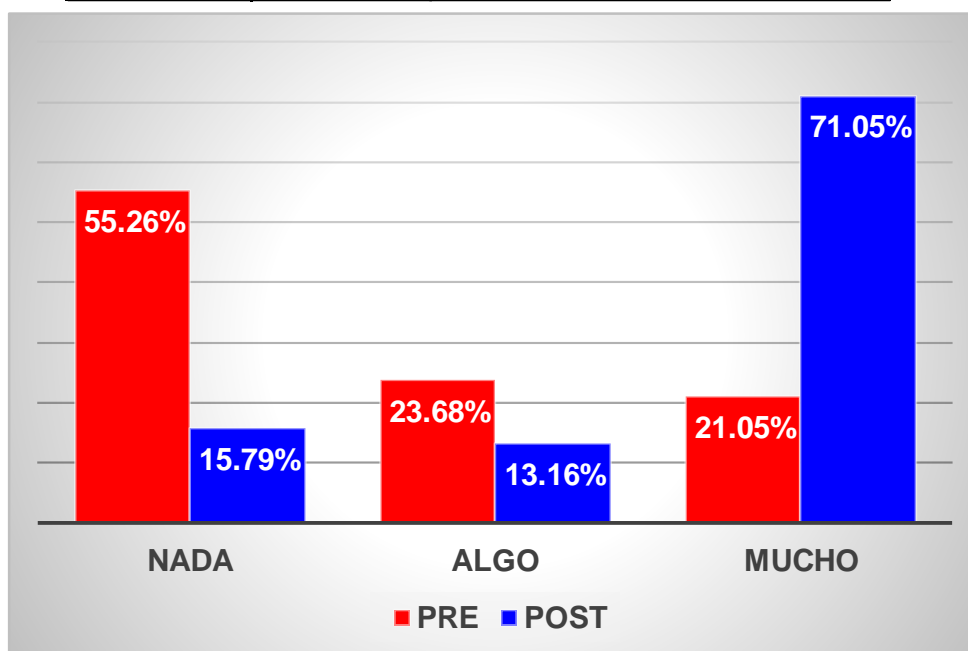
### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían molestos un 73.68% y luego de la aplicación de las referidas estrategias esta molestia representó sólo el 21.05% del total de los pacientes encuestados.



**Tabla 23: Me siento agradablemente**

Evaluación / Respuestas	PRE	POST	PRE	POST
	Cantidades		Porcentajes	
Nada	21	6	55.26%	15.79%
Algo	9	5	23.68%	13.16%
Mucho	8	27	21.05%	71.05%
Totales	38	38	100.00%	100.00%



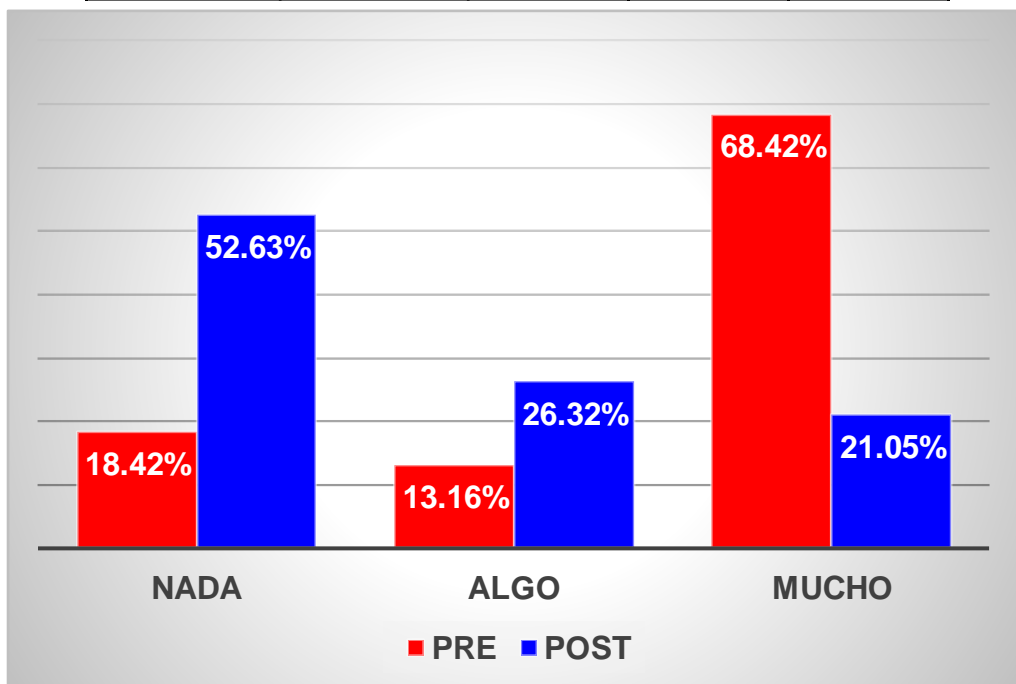
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían agradablemente solo el 21.05% y luego los mismos pasaron a ser el 71.05% del total de pacientes encuestados.

**Tabla 24: Me encuentro atemorizado**

Evaluación Respuestas	PRE	POST	PRE	POST
	Cantidades		Porcentajes	
Nada	7	20	18.42%	52.63%
Algo	5	10	13.16%	26.32%
Mucho	26	8	68.42%	21.05%
Totales	38	38	100.00%	100.00%



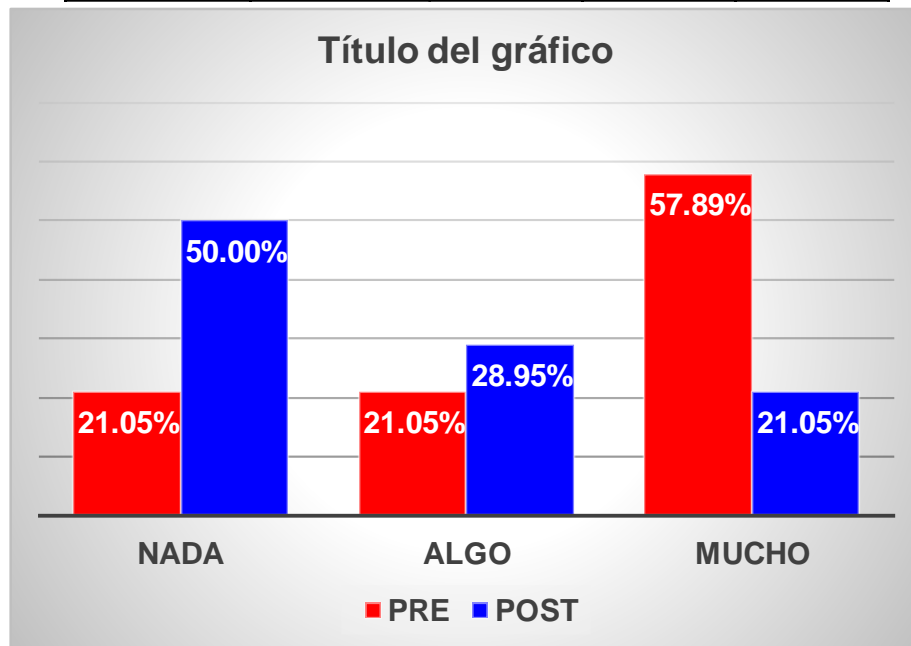
Fuente: Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes estaban atemorizados un 68.42% y luego de la aplicación de las referidas estrategias pasaron a ser sólo el 21.05% del total de los pacientes encuestados.

**Tabla 25: Me encuentro confuso**

Evaluación Respuestas	PRE	POST	PRE	POST
	Cantidades		Porcentajes	
Nada	8	19	21.05%	50.00%
Algo	8	11	21.05%	28.95%
Mucho	22	8	57.89%	21.05%
Totales	38	38	100.00%	100.00%



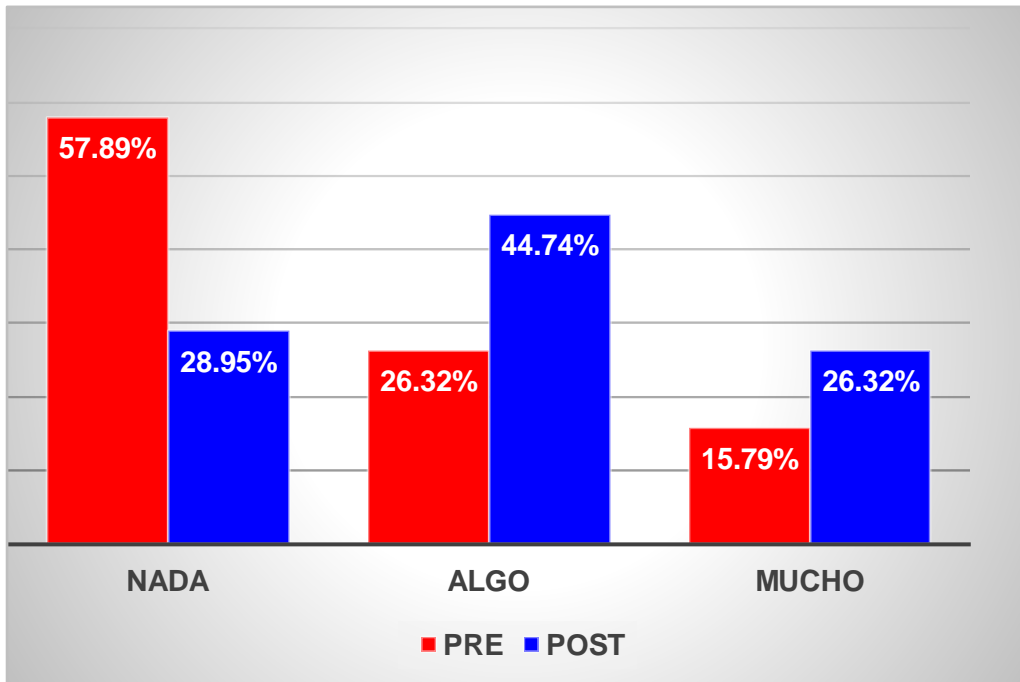
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se encontraban confusos el 57.89% y luego de la aplicación de las referidas estrategias pasaron a ser sólo el 21.05% del total de los pacientes encuestados.

Tabla 26: Me siento animoso

Evaluación / Respuestas	PRE	POST	PRE	POST
	Cantidades		Porcentajes	
Nada	22	11	57.89%	28.95%
Algo	10	17	26.32%	44.74%
Mucho	6	10	15.79%	26.32%
Totales	38	38	100.00%	100.00%



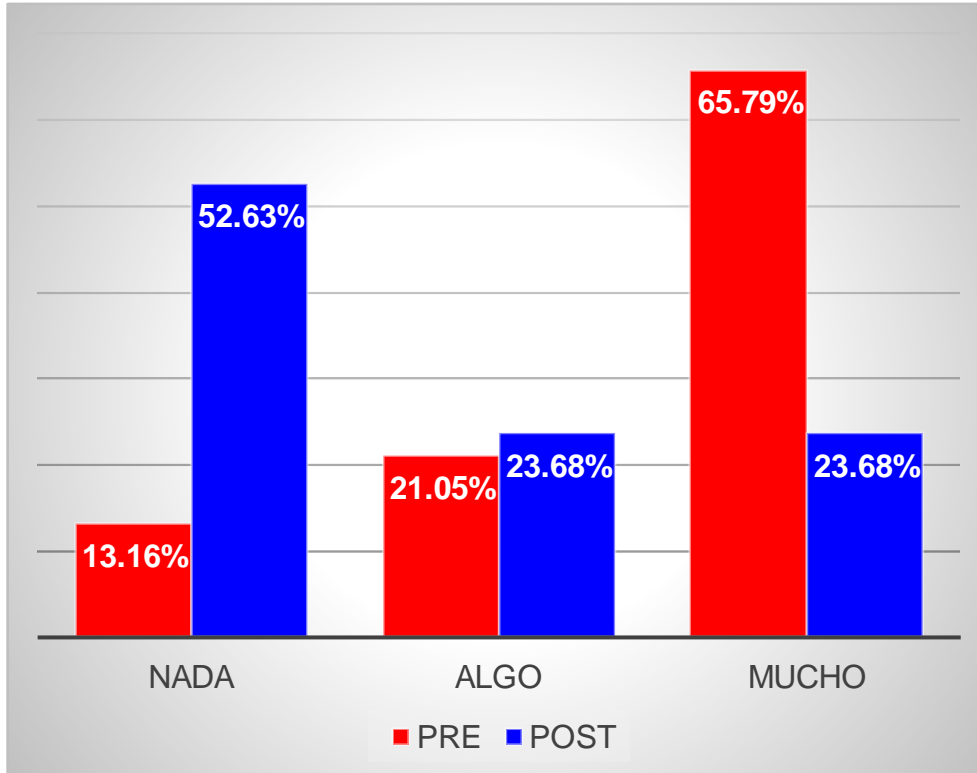
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían animosos el 15.79% y luego de la aplicación de las referidas estrategias pasaron a ser el 26.32% del total de los pacientes encuestados.

**Tabla 27: Me siento angustiado**

Evaluación Respuestas	PRE	POST	PRE	POST
	Cantidades		Porcentajes	
Nada	5	20	13.16%	52.63%
Algo	8	9	21.05%	23.68%
Mucho	25	9	65.79%	23.68%
Totales	38	38	100.00%	100.00%



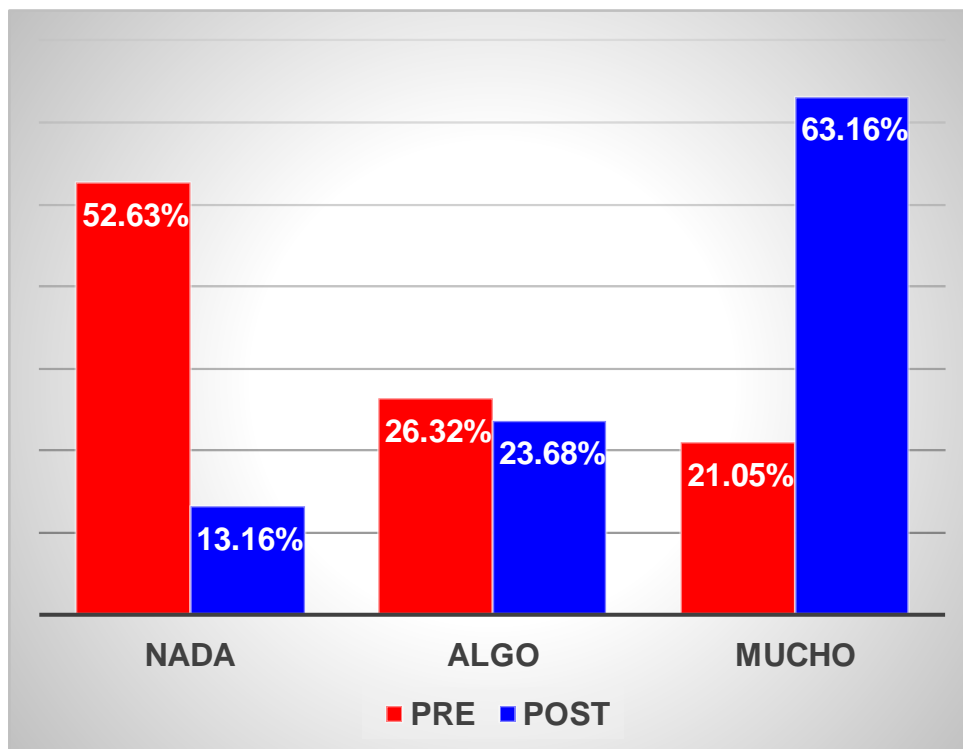
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían angustiados en un 65.79% y luego de la aplicación de las referidas estrategias esto alcanzó sólo el 23.68% del total de los pacientes encuestados.

**Tabla 28: Me encuentro alegre**

Evaluación Respuestas	PRE	POST	PRE	POST
	Cantidades		Porcentajes	
Nada	20	5	52.63%	13.16%
Algo	10	9	26.32%	23.68%
Mucho	8	24	21.05%	63.16%
Totales	38	38	100.00%	100.00%



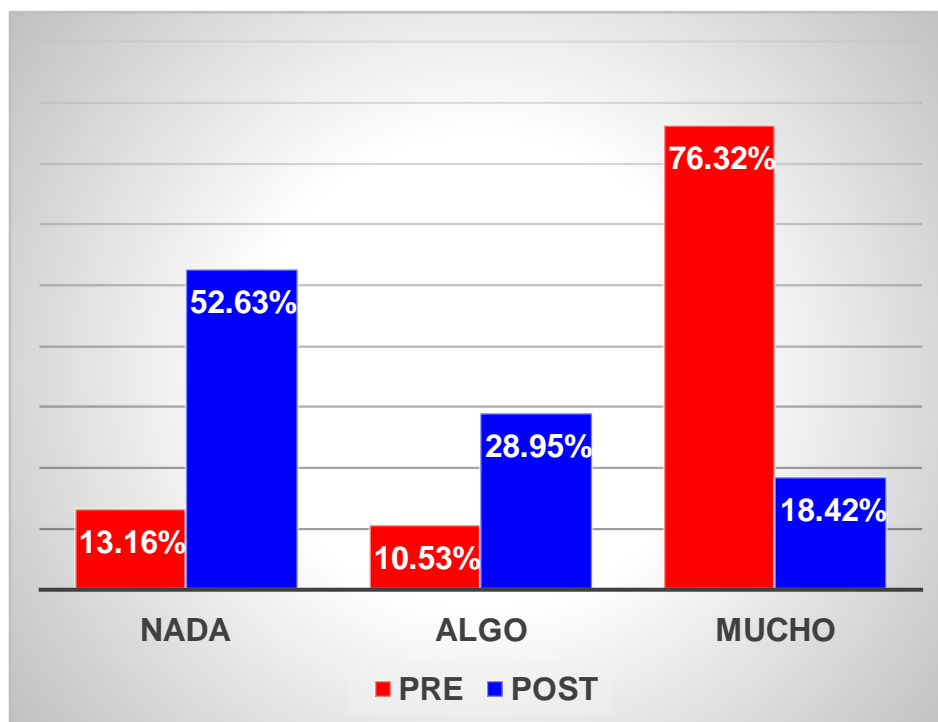
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que los pacientes antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización estaban alegres el 21.05% y luego de la aplicación de las referidas estrategias alcanzaron el 63.16% del total de los pacientes encuestados.

**Tabla 29: Me encuentro contrariado**

Evaluación Respuestas	PRE	POST	PRE	POST
	Cantidades		Porcentajes	
Nada	5	20	13.16%	52.63%
Algo	4	11	10.53%	28.95%
Mucho	29	7	76.32%	18.42%
Totales	38	38	100.00%	100.00%



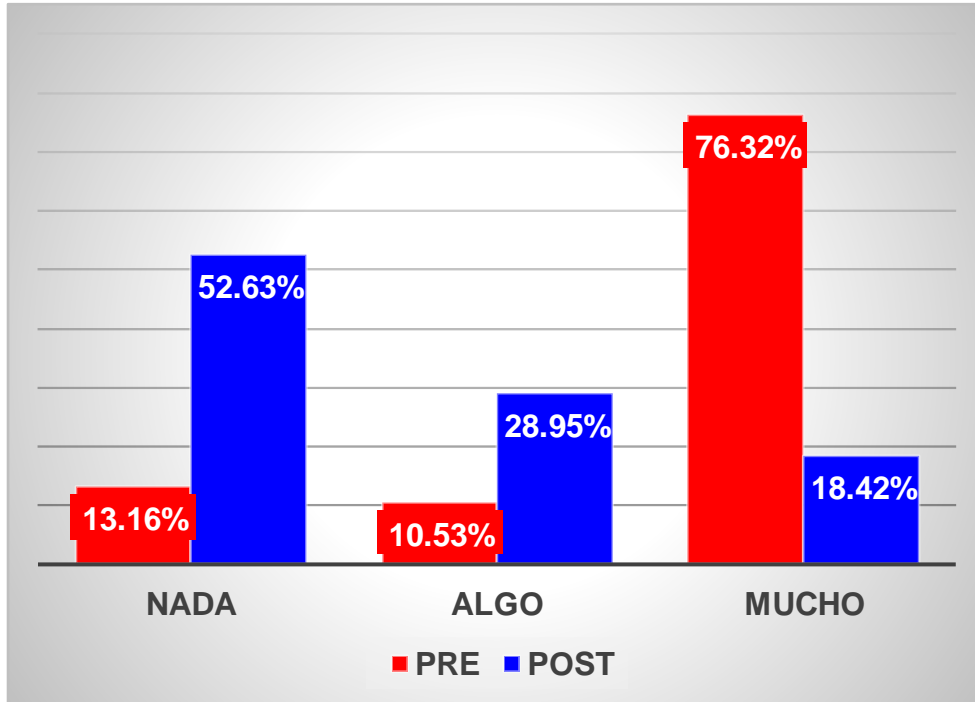
**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se mostraron contrariados en un 76.32% y luego de la aplicación de las referidas estrategias esto se redujo a un 18.42% del total de los pacientes encuestados.

**Tabla 30: Me siento triste**

Evaluación Respuestas	PRE	POST	PRE	POST
	Cantidades		Porcentajes	
Nada	5	20	13.16%	52.63%
Algo	4	11	10.53%	28.95%
Mucho	29	7	76.32%	18.42%
Totales	38	38	100.00%	100.00%



**Fuente:** Test STAIC de SPIELBERG aplicado a pacientes del Servicio de Neumología del INSN, Octubre - Diciembre 2013.

### **INTERPRETACIÓN**

En relación a la pregunta formulada, se puede apreciar que antes de aplicar las estrategias psicosociales para mejorar la adaptación del niño al proceso de hospitalización, los pacientes se sentían algo tristes y muy tristes en 76.32% y luego de la aplicación de las referidas estrategias esto se redujo a un 18.42% del total de los pacientes encuestados.



## **2. Contrastación de las hipótesis secundarias.**

### **Hipótesis secundaria 1**

#### **i) Planteamiento de hipótesis**

H<sub>0</sub>: El control de las reacciones de adaptación NO influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

H<sub>1</sub>: El control de las reacciones de adaptación influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

#### **ii) Nivel de significancia**

Nivel de significancia = 5%.

#### **iii) Estadígrafo de prueba.**

Usando software SPSS 21, encontramos la relación Chi Cuadrado como se muestra a continuación.

**iv) Tabla N° 31: Pruebas de Chi Cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,117 <sup>a</sup>	8	,804
Razón de verosimilitudes	2,019	8	,751
Asociación lineal por lineal	,100	8	,712
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,41.

**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres y pacientes del Servicio de Neumología del INSN. 2013.

El Chi Cuadrado de prueba = 1.117

**v) Decisión**

Como Chi cuadrado de prueba = 1.117 > 0.05 (nivel de significancia), por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1.

**vi) Conclusión**

Al 5% de significancia podemos establecer que el control de las reacciones de adaptación influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

## **Hipótesis secundaria 2**

### **vii) Planteamiento de hipótesis**

H<sub>0</sub>: El manejo de las reacciones defensivas NO influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

H<sub>1</sub> : El manejo de las reacciones defensivas influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

### **viii) Nivel de significancia**

Nivel de significancia = 5%.

### **ix) Estadígrafo de prueba.**

Usando software SPSS 21, encontramos la relación Chi Cuadrado como se muestra a continuación.

**Tabla N° 32: Pruebas de Chi Cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,916 <sup>a</sup>	8	,811
Razón de verosimilitudes	3,201	8	,722
Asociación lineal por lineal	,103	1	,702
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,41.

**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres y pacientes del Servicio de Neumología del INSN. 2013.

El Chi Cuadrado de prueba = 3.916

**x) Decisión**

Como Chi cuadrado de prueba =  $3.916 > 0.05$  (nivel de significancia), por lo tanto se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ .

**xi) Conclusión**

Al 5% de significancia podemos establecer que el manejo de las reacciones defensivas influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

### **Hipótesis secundaria 3**

#### **xii) Planteamiento de hipótesis**

H<sub>0</sub>: El control de las reacciones de inadaptación y desajuste NO influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

H<sub>1</sub>: El control de las reacciones de inadaptación y desajuste influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013

#### **xiii) Nivel de significancia**

Nivel de significancia = 5%.

#### **xiv) Estadígrafo de prueba.**

Usando software SPSS 21, encontramos la relación Chi Cuadrado como se muestra a continuación.

**Tabla N° 33: Pruebas de Chi Cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,211 <sup>a</sup>	8	,813
Razón de verosimilitudes	1,200	8	,727
Asociación lineal por lineal	,104	1	,708
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,41.

**Fuente:** Encuesta aplicada a Padres y pacientes del Servicio de Neumología del INSN. 2013.

El Chi Cuadrado de prueba = 8,211

**xv) Decisión**

Como Chi cuadrado de prueba =  $8,211 > 0,05$  (nivel de significancia), por lo tanto se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ .

**xvi) Conclusión**

Al 5% de significancia podemos establecer que el control de las reacciones de inadaptación y desajuste influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

## CONCLUSIONES

Luego de concluir la investigación y en base a la información estadística procesada y el trabajo de campo, así como el análisis descriptivo del marco teórico y la realidad problemática, se pudo concluir lo siguiente:

- a) Se pudo determinar que el control de las reacciones de adaptación influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.
- b) Se pudo establecer que el manejo de las reacciones defensivas influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.
- c) Se logró determinar que el control de las reacciones de inadaptación y desajuste influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.

## RECOMENDACIONES

- a) Con la finalidad de realizar un efectivo control de las reacciones de adaptación para mejorar o favorecer la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, es necesario que se desarrollen estrategias psicosociales dirigidas a calmar y relajar tanto al paciente y a los padres a fin de familiarizarlos con el proceso de hospitalización y la estancia en el nosocomio.
  
- b) En cuanto al manejo de las reacciones defensivas de manera que contribuyan con la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, consideramos que es necesario reforzar los sentimientos de temor, ansiedad y otros de parte de los pacientes y padres de familia con estrategias psicosociales dirigidas para este fin.
  
- c) A fin de controlar las reacciones de inadaptación y desajuste de manera que influyan favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, es necesario que el personal de enfermería conozca a profundidad el entorno donde se desempeña el paciente y los padres o de donde provienen para adoptar la estrategia psicosocial adecuada.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución de la OMS [Internet]. Suplemento 2006 [citado ago. 2015]. Disponible en:  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
2. Lluch Canut MT. La promoción de la salud mental en los cuidados de enfermería. [Internet]. Presencia 2005 jul-dic. Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n2/19articulo.php>> [ISSN: 1885-0219] Consultado el 15 de Agosto de 2018 Harrison´s Principles of Internal Medicine. 17 ed. Nueva York: McGraw- Hill Medical; 2008.
3. Serradas Fonseca, Mariam. Asistencia Pedagógica en la hospitalización infantil, una aproximación a la pedagogía en la hospitalización infantil. [Internet]. Universidad de Carabobo Facultad, Ciencias de la Educación Valencia . Estado de Carabobo, Venezuela. 2003.  
Disponible en:  
<http://servicio.cid.uc.edu.ve/educacion/revista/a3n21/face21-2.pdf>
4. Morales Salazar, Jessica. Experiencias de la madre con el cuidado de enfermería de niños hospitalizados. [Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería, Escuela de pos Grado e Investigación. España. 2004. Disponible en:  
<http://eprints.uanl.mx/5572/1/1020151765.PDF>

5. Ana Lucía Noreña Peña Luis Cibanal Juan. La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería [Internet]. Artículo Original .Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(6): [08 pantallas] nov.-dic. 2011. www.eerp.usp.br/rlae. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf)
6. Amanda Karen Alfaro Rojas. Romina Paola Atria Machuca. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado [Internet]. Escuela de Enfermería, Facultad de ciencias de la salud, Universidad Diego Portales. Chile (2009). Disponible en:  
[http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2009/vol6num1/pdf/FACTORES\\_AMBIENTALES.pdf](http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2009/vol6num1/pdf/FACTORES_AMBIENTALES.pdf)
7. Lafuente Guantes, M.I. La causalidad en el pensamiento de Jean Piaget [Internet].Universidad de Oviedo. Facultad de Filosofía y ciencias de la Educación. España (1973). Disponible en :  
<http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/1806>
8. Rodriguez Sacristan J. Psicopatología del niño y del adolescente (1998) .Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones
9. Silva Panes G. Las vivencias de los niños hospitalizados. [Internet].Instituto de estudios Peruanos (2012). Disponible en :  
[http://209.177.156.169/libreria\\_cm/archivos/pdf\\_175.pdf](http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_175.pdf)
10. Carta Europea del niño hospitalizado. [Internet].Parlamento Europeo de la Salud Publica. Bol Pediatr 1993; 34: 69 – 71. Disponible en:

<https://scp.com.co/ArchivosSCP/PediatrasyDerechos/CartaEuropea.pdf>

11. Ortego M, Santiago M., Álvarez L., Aparicio M. CIENCIAS PSICOSOCIALES II [Internet].Universidad de Cantabria. España. Disponible en :  
[https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema\\_07c.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema_07c.pdf)
12. Ortigosa, J & Mendez, F. (2000).La Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. Biblioteca Nueva. Madrid. España
13. Fernández, A & López, I.Estrés en padres e hijos en la hospitalización infantil. . ( 2006). Infocoponline: Revista de Psicología. Consultado el 10 de Mayo 2007 Disponible en : [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=686&cat=38](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=686&cat=38)
14. Méndez, F.X., Maciá, D. y Olivares, J. (1992). Medicina conductual con niños y adolescentes (II): Tratamiento de los problemas de salud. Cuadernos de Medicina Psicosomática.
15. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22va. Edición. España. 2009
16. Manual de Intervenciones Psicosociales .Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional Impreso en Dinamarca en 2009.

## **ANEXOS**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: “ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES Y LA ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE (NIÑO) QUE INGRESA AL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2013”**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<p><b><u>PRINCIPAL</u></b> ¿De qué manera la adopción de estrategias psicosociales influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013?.</p> <p><b><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u></b> a) ¿En qué forma el control de las reacciones de adaptación influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013? b) ¿De qué manera el manejo de las reacciones defensivas influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013? c) ¿En qué modo el control de las reacciones de inadaptación y desajuste influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013?</p>	<p><b><u>GENERAL</u></b> Determinar si la adopción de estrategias psicosociales influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.</p> <p><b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></b> a) Determinar si el control de las reacciones de adaptación influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013. b) Establecer si el manejo de las reacciones defensivas influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013. c) Analizar si el control de las reacciones de inadaptación y desajuste influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.</p>	<p><b><u>PRINCIPAL</u></b> La adopción de estrategias psicosociales influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.</p> <p><b><u>SUB HIPÓTESIS</u></b> a) El control de las reacciones de adaptación influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013. b) El manejo de las reacciones defensivas influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013. c) El control de las reacciones de inadaptación y desajuste influye favorablemente en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013.</p>	<p><b><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></b> Estrategias psicosociales</p> <p><b><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></b> Adaptación del paciente (niño) a la hospitalización</p>	<p><b><u>TIPO:</u></b> Aplicada, Descriptiva y Correlacional</p> <p><b><u>DISEÑO:</u></b> Descriptivo</p> <p><b><u>POBLACIÓN</u></b> La población está conformada por 38 familiares del paciente.</p> <p><b><u>MUESTRA:</u></b> 63 pacientes</p> <p><b><u>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</u></b> Test y Escala de Likert</p> <p><b><u>PROCEDIMIENTOS</u></b> Software SPSS Contrastación de Hipótesis</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POST GRADO  
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN ENFERMERÍA  
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA



**INSTRUMENTO PARA EL PADRE O MADRE (Niños menores de 6 años)**

**I.- Introducción**

El presente cuestionario tiene por finalidad recolectar datos sobre aplicación de estrategias psicosociales en la adaptación a la hospitalización de su niño(a).

Este estudio será voluntario y anónimo.

**II.- Indicaciones**

Se presenta un listado de preguntas a la que se le pide responder con claridad marcando con una (X) la alternativa que crea correcta.

Gracias por su participación que contribuye al desarrollo de la Investigación que realizaremos.

**III.- CONTENIDO**

**DATOS GENERALES**

Nombre del niño .....HC.....

Edad del niño..... Grado de Instrucción.....

N° de cama..... N° de Hospitalizaciones en el presente año.....

Fecha de Hospitalización..... Días de Hospitalización.....

Diagnóstico.....

Nombre del padre o madre..... Grado Instrucción.....

Edad del padre/madre.....

**Antes de la hospitalización:**

1. ¿Cómo es el estado de ánimo de su hijo?  
Alegre ( ) inquieto ( ) tranquilo ( ) Molesto ( ) Agresivo ( )
2. ¿Cómo es la relación entre usted y su niño(a) en su casa?  
Regular ( ) Buena ( ) Mala ( )

**Durante la Hospitalización**

3. ¿Su niño duerme bien últimamente?  
Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
4. ¿Su niño(a) ha estado irritable durante su hospitalización?  
Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
5. ¿Su niño está triste desde su hospitalización?  
Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
6. ¿El niño llora cuando el personal realiza algún procedimiento?  
Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
7. ¿El niño se queja?  
Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
8. ¿Refiere que quiere ir a su casa, (si es menor de 2 años) se abraza de usted y no quiere que lo deje?  
Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
9. ¿Su niño(a) ingiere sus alimentos con apetito?  
Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
10. ¿Su niño(a) se muestra agresivo?  
Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POST GRADO  
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN ENFERMERÍA  
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**



**INSTRUMENTO PARA NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS**

**I.- Introducción**

El presente cuestionario tiene por finalidad recolectar datos sobre aplicación de estrategias psicosociales en la adaptación a la hospitalización de su niño(a). Este estudio será voluntario y anónimo.

**II.- Indicaciones**

Se presenta un listado de preguntas a la que se le pide responder con claridad marcando con una (X) la alternativa que crea correcta.

Gracias por su participación que contribuye al desarrollo de la Investigación que realizaremos.

**ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO (STAIC) DE SPIELBERGER**

**A. DATOS GENERALES**

Nombre del niño.....HC.....Edad del niño.....  
Grado de Instrucción..... N° de cama.....  
N° de Hospitalizaciones en el presente año..... Fecha de Hospitalización...  
Días de Hospitalización..... Diagnóstico.....



## ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO

DESCRIPTIVOS ANSIEDAD ESTADO (STAIC)	PRE			POST		
	NADA	ALGO	MUCHO	NADA	ALGO	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3	1	2	3

## HOJA DE CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Calificación en Ansiedad-Estado
Ítems (+): 2, 3, 5, 7, 12, 14, 15, 17, 19, 20 (X)
Ítems (-): 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 (Y)
Fórmula: $(X - Y) + 40 = \text{Puntuación}$ .
<i>Niveles de Ansiedad-Estado:</i>
Bajo: Por debajo de 24 puntos.
Medio: Entre 24 y 38 puntos.
Alto: Por encima de 38 puntos



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" HUÁNUCO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**Consentimiento Informado y Confidencialidad para Participantes de Investigación**

El Consentimiento Informado y Confidencialidad es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Docentes de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. El objetivo de este estudio es:

**Determinar si la adopción de estrategias psicosociales influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Docentes de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. He sido informado (a) del objetivo de este estudio que es **Determinar si la adopción de estrategias psicosociales influirán en la adaptación del paciente (niño) a la hospitalización en el Servicio de Neumología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Octubre a Diciembre de 2013**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación

es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al siguiente N° de teléfono .....

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Lima, .... de..... de 201...

Firma del Participante:

-----  
Nombre del Participante:

-----  
Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Investigador:

-----  
Nombre del investigador:

-----  
Fecha: \_\_\_\_\_

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD:**

Estimado padre o madre de familia:

La investigadora se compromete con Usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados con fines de la investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

Atentamente

.....  
Autora del Proyecto